

Sanna Rönkä  
Ari Virtanen (toim.)

# Huumetilanne Suomessa 2009

RAPORTTI





European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

HUUMEVUOSIRAPORTTI EMCDDA:lle  
Kansallinen huumausaineiden  
seurantakeskus

HUUMETILANNE SUOMESSA  
2009

Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja  
erityisteemat huumeista

REITOX

Raportti 40/2009

© Tekijät, THL ja EMCDDA

Taitto: Taittotalo PrintOne

ISBN 978-952-245-189-7 (painettu)

ISBN 978-952-245-190-3 (pdf)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Yliopistopaino

Helsinki 2009

# Esipuhe

*Huumetilanne Suomessa 2009* on kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen huumevuosiraportti. Raportti koostuu kahdesta osasta. Osassa A tarkastellaan uusinta kehitystä ja tutkimustietoa lähivuosilta pääpainon ollessa vuodessa 2008 ja alkuvuodessa 2009. Huumetilannetta kuvataan lakien, politiikan, käytön, haittojen sekä hoidon ja muiden interventioiden näkökulmasta. Huumeekysymystä lähesytään niin terveydellisestä, sosiaalisesta kuin rikosoikeudellisesta näkökulmasta. Osassa B käsitellään huumeita koskevia erityisteemoja, joita tänä vuonna ovat kannabismarkkinat ja -kasvatus sekä amfetamiinien käyttö.

Suunnittelija Marke Jääskeläinen (THL) on kirjoittanut alaluvun 1.3 huume-kustannuksista ja tutkija Jussi Perälä (Alkoholitutkimussäätiö) luvut 11 ”Kannabismarkkinat ja -tuotanto” ja 12 ”Amfetamiinien ongelmakäyttö”. Lisäksi tutkija Tuija Hietaniemi (KRP) on kirjoittanut suuren osan luvusta 10. Raportin ovat toimitaneet ja muut luvut kirjoittaneet Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen sijoitetun kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen erikoissuunnittelijat Sanna Rönkä ja Ari Virtanen.

Raporttia tai sen osia ovat asiantuntevasti kommentoineet: Martta Forsell, THL; Pekka Hakkarainen, THL; Ulla Knuuti, Rikosseuraamusvirasto; Kristiina Kuussaari, THL; Jarmo Kärki, THL; Outi Meriläinen, THL; Leena Metso, THL; Leena Metsäpelto, Valtakunnansyyttäjänvirasto; Immo Parviainen, Opetusministeriö. Lämpimät kiitokset kaikille raportin tekoon osallistuneille.

Raportin ovat hyväksyneet sekä THL:n Tieto-osaston painotuotteiden toimitusneuvosto että kansainvälisen huumausaineyhteistyön työryhmä. Raportti on saatavana sekä suomen- että englanninkielisenä.

*Huumetilanne Suomessa 2009* on yksi Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (EMCDDA) koordinoiman huume-tietoverkoston (REITOX) kansallisista vuosiraporteista, joiden pohjalta tuotetaan EMCDDA:n vuosiraportti *Huumeongelma Euroopassa*.

Helsingissä, marraskuussa 2009

Sanna Rönkä  
erikoissuunnittelija

Ari Virtanen  
erikoissuunnittelija



# Sisältö

Esipuhe.....	3
Tiivistelmä .....	7
Summary .....	9
<b>A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET .....</b>	<b>11</b>
1 Huumelainsäädäntö ja huumausainepolitiikka .....	12
1.1 Huumausainelainsäädäntö.....	15
1.2 Huumausainepolitiikka.....	20
1.3 Taloudelliset analyysit .....	30
1.4 Sosiaalinen ja kulttuurinen konteksti .....	34
2 Huumeiden kokeilu ja käyttö .....	38
2.1 Huumeiden käyttö koko väestössä .....	38
2.2 Koululaisten huumeiden käyttö .....	41
2.3 Huumeiden käyttö väestön erityisryhmissä .....	44
3 Huumeiden vastainen ehkäisevä työ .....	46
3.1 Yleinen ehkäisevä huumetyö.....	47
3.2 Suunnattu ja kohdennettu ehkäisevä huumetyö.....	53
4 Huumeiden ongelmakäyttö .....	54
4.1 Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella .....	54
4.2 Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan .....	56
4.3 Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan .....	59
5 Huumehoito.....	62
5.1 Huumehoidon strategia ja hoitojärjestelmät .....	63
5.2 Huumehoidon asiakaskunta.....	69
5.3 Asiakastrendit päihde- ja huumehoidossa .....	78
6 Huumeisiin liittyvät terveyshaitat.....	81
6.1 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit.....	81
6.2 Muut huumeisiin liittyvät terveyshaitat .....	86
6.3 Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus.....	90
7 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen.....	93
7.1 Huume-ehtoisten ensiaputilanteiden ehkäisy ja huumekuolemien vähentäminen .....	93
7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatauti- ehkäisy ja hoito .....	94
7.3 Muiden huumeisiin liittyvien terveyshaittojen ehkäisy ja hoito.....	99
8 Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat ja niiden vähentäminen.....	101
8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen .....	101
8.2 Sosiaalinen kuntoutus .....	103

9	Huumeisiin liittyvä rikollisuus, sen torjunta ja huumeiden käyttö vankiloissa	105
9.1	Huumeisiin liittyvä rikollisuus	106
9.2	Huumerikollisuuden ehkäisy	111
9.3	Vaihtoehtoiset seuraamukset	111
9.3	Huumeiden käyttö vankiloissa	113
9.4	Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen hoito vankiloissa	113
9.5	Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen	115
10	Huumemarkkinat	117
10.1	Huumeiden saatavuus ja tarjonta	117
10.2	Huumausainetakavarikot	119
10.3	Huumausaineiden hinta ja laatu	122
<b>B. ERITYISTEEMAT</b>		<b>123</b>
11	Kannabismarkkinat ja -tuotanto	124
11.1	Kannabismarkkinat	125
11.2	Kannabistakavarikot	127
12	Amfetamiinien ongelmakäyttö	129
12.1	Amfetamiinien käytön historia	129
12.2	Amfetamiinien käytön nykytilanne	130
12.3	Hoidon tarve amfetamiinien käyttäjille	132
12.4	Amfetamiinien tuotanto, salakuljetus ja rangaistukset	134
13	Lähdeluettelo	137
14	Taulukot ja kuvat	144

# Tiivistelmä

**Toimittajat** Sanna Rönkä ja Ari Virtanen. **Kirjoittajat** Sanna Rönkä, Ari Virtanen, Marke Jääskeläinen, Tuija Hietaniemi ja Jussi Perälä. Huume tilanne Suomessa 2009. Kansallinen huume vuosiraportti EMCDDA:lle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 40/2009. 145 sivua. Helsinki 2009. ISBN 978-952-245-189-7 (painettu), ISBN 978-952-245-190-3 (pdf)

Suomen huume tilanne paheni 1990-luvun puolivälistä alkaen lähes kaikkien mitattarien (kokeilut, ongelmakäyttö, terveyshaitat, sairaudet, kuolemat, rikollisuus, takavarikot) mukaan. Huumeiden käyttö ja käyttöön liittyvien haittojen kasvu taasaantuivat vuosituhannen vaihteen jälkeen, ongelmakäytön kasvu muutama vuosi muita myöhemmin. Viime vuosina tilanne on ollut muilta osin vakaa, mutta huumeaineisiin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet.

Kannabista joskus kokeilleiden osuus 15–69-vuotiaassa väestössä oli vuoden 2006 väestökyselyn ja 2008 kyselyn ennakkotietojen mukaan 13 %. Taso oli lähes sama kuin kaikissa 2000-luvun kyselyissä ja kolme prosenttiyksikköä korkeampi kuin vuonna 1998. Vuoden 2006 kyselyssä naisista kokeilleita on 12 % ja miehistä noin 16 %. 15–34-vuotiaiden osuus (22 %) on vuosina 2002 ja 2004 pysynyt samana. Sen sijaan muutoksia on tapahtunut jälkimmäisen ikäluokan sisällä: vuodesta 2002 vuoteen 2006 15–24-vuotiaiden osuus laski 6 prosenttiyksiköllä, kun taas 25–34-vuotiaiden osuus vastaavasti kasvoi saman verran.

Nuorten keskuudessa huumeaineiden kokeilut ovat vähentyneet 2000-luvun lopussa. Vuoden 2007 ESPAD-tutkimuksen mukaan 15–16-vuotiaista koululaisista 8 prosenttia oli kokeillut kannabista joskus elämänsä aikana. Vastaava luku oli 11 prosenttia vuonna 2003 ja 10 prosenttia vuonna 1999.

Huumeaineiden ongelmakäyttäjien määrää arvioidaan Suomessa amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrällä, joka oli 14 500–19 100 vuonna 2005, mikä on 0,5–0,7 % maan 15–54-vuotiaasta väestöstä. Lähes neljä viidestä ongelmakäyttäjistä oli amfetamiinin käyttäjiä. Miesten osuus oli lähes 80 %. Eniten ongelmakäyttäjiä oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä.

Tutkimusten mukaan suomalaiselle huumeaineiden ongelmankäytölle tyypillistä on alkoholin vahva asema oheispäihteenä, buprenorfinin pistoskäyttö ja samanaikaiset mielenterveyden häiriöt. Vuonna 2007 toteutettiin yhden päivän aikana ns. päihdetapauskasvatus, jonka mukaan sosiaali- ja terveystieteiden toimintayksikössä asioineista päihdeiden ongelmakäyttäjistä, tai henkilöistä, jotka hakivat apua päihtyneenä tai päihdeiden kertakäyttöön liittyvän haitan vuoksi, noin neljännes käytti myös huumeaineita. Huumehoidon hoitojonotilannetta koskevan selvityksen mukaan päihdehuollon laitostarkkaisuun jonottavien asiakkaiden kunto on hieman heikentynyt ja korvaushoitoon jonottavien määrä jonkin verran lisääntynyt. Tehtyjen selvitysten perusteella korvaushoidossa arvioitiin olevan



1 200 henkilöä. Korvaushoitoon pääsyn ongelmana on hoidon tarpeen arvioinnista siirtyminen säännölliseen avohoidossa toteutettavaan korvaushoitoon. Opiatti-riippuvaisten korvaushoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskukseen ja osin myös apteekkien vastuulle.

Huumausaineisiin liittyvät kuolemat ovat olleet viime vuosina hieman lisääntyneet, samaan aikaan kun muiden huumehaittojen osalta tilanne on ollut vakaa. Uusien hiv- ja hepatiittitartuntojen määrä pistoskäyttäjien joukossa on 2000-luvulla laskenut. Huumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisyssä keskeistä toimintaa ovat olleet matalan kynnyksen palvelut ja niiden kehittäminen. Terveysneuvonnalla ja puhtaiden välineiden vaihdolla on pystytty selvästi ehkäisemään hiv- ja hepatiittitartuntojen leviämistä.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat usein hyvin syrjäytyneitä. Huumeihoidon asiakkaista 64 % oli työttömiä ja 11 % asunnottomia vuonna 2008. Poliisin tietoon tulleiden huumausainerikoksien määrässä ei tapahtunut muutosta edellisvuoteen verrattuna. Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy kannabistuotteita, synteettisistä huumausaineista amfetamiinia ja ekstaasia, buprenorfiinia sekä bentosodiatsepiinilääkevalmisteita. Heroiinia on tarjolla niukasti.

#### Asiasanat

huumeet, huumeepolitiikka, huumehoito, ehkäisevä päihdetyö, julkiset kustannukset, seuraamukset, huumetilastot

# Summary

**Editors** Sanna Rönkä and Ari Virtanen. **Authors** Sanna Rönkä, Ari Virtanen, Marke Jääskeläinen, Tuija Hietaniemi and Jussi Perälä. Finland – Drug Situation 2009. National Report to the EMCDDA. [Huumetilanne Suomessa 2009. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle]. National Institute for Health and Welfare (THL) Raportti 40/2009. 145 pages. Helsinki 2009. ISBN 978-952-245-209-2 (printed), ISBN 978-952-245-210-8 (pdf)

After the mid-1990s, the drug situation in Finland deteriorated according to nearly all indicators (experimentation, problem use, health detriments, morbidity, mortality, criminality and seizures). However, since 2000, drug use and the growth in drug-related harm have levelled off; although problem use growth only stabilised some years after the other indicators. In recent years, the situation has remained stable with the exception of drug-related mortality, which has shown an increase.

According to the population study's results from 2006 and preliminary results from 2008, the share of 15–69-year-olds who had experimented with cannabis sometime in their lives was 13%. This level was almost the same as in all surveys since 2000, and three percentage points higher than in 1998. In the 2006 study, the percentage was 12% among women and approximately 16% among men. The proportion of 15–34-year-olds (22%) remained the same in 2002 and 2004. However, changes have taken place within the latter age group: between 2002 and 2006, the proportion of 15–24-year-olds decreased by 6 percentage points whereas the proportion of 25–34-year-olds grew by the same amount.

Among young people, experimentation with drugs decreased in the late 2000s. According to the ESPAD survey of school pupils in 2007, 8% of 15–16-year-olds had experimented with cannabis sometime in their lives. In 2003 and 1999, the corresponding figures were 11% and 10%.

The number of problem drug users is estimated in Finland based on the number of problem users of amphetamines and opiates, which came to 14,500–19,100 in 2005, representing 0.5–0.7% of 15–54-year-olds among the entire population. Nearly four fifths of problem drug users used amphetamines. The proportion of men was almost 80%. The majority of problem drug users belonged to the 25–34-year age group.

Studies indicate that the prominent role of alcohol as an additional substance, intravenous use of buprenorphine and co-occurring mental health disorders are typical of Finnish problem drug use. A census of intoxicant-related cases, conducted during one day in 2007 among those attending the services of social and health care units, revealed that approximately a quarter of problem users of intoxicating substances and individuals who had sought help while intoxicated or due to a single use occurrence also used drugs. Based on a study on waiting times for drug

treatment, the condition of clients waiting to access inpatient detoxification at substance abuse services has deteriorated somewhat, and the number of those waiting to access substitution treatment has increased to some extent. According to studies, the number of individuals attending substitution treatment is estimated at 1,200. Bottlenecks in accessing substitution treatment include the transfer from treatment need assessment to regular outpatient substitution treatment. Substitution treatment for opiate addicts is increasingly being transferred to health centres and, in part, also to pharmacies.

The number of drug-related deaths has increased slightly over recent years, while the situation has remained stable for other drug-related harm. However, the number of new HIV and hepatitis infections among intravenous drug users has decreased since 2000. In particular, low-threshold services and their development have been essential in preventing and reducing infectious drug-related diseases. Indeed, health counselling and the exchange of clean needles and syringes have clearly succeeded in preventing HIV and hepatitis infections.

Problem drug users are usually socially marginalised. In 2008, 64% of drug treatment clients were unemployed and 11% were homeless. The number of narcotics offences entered into police records remained unchanged from the previous year. Drugs on the Finnish market are mainly cannabis products, synthetic drugs such as amphetamines and ecstasy, buprenorphine and benzodiazepines. The supply of heroin is scarce.

#### Keywords

drugs, drug policy, treatment, prevention, public expenditures, sanctions, drug statistics

## **A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET**

# 1 Huumelainsäädäntö ja huumausainepolitiikka

Huumeiden vastainen toiminta perustuu pitkän aikavälin toimenpidevalintoihin sekä näitä valintoja ohjaaviin yhteiskunnallisiin rakenteisiin. Huumausainetyön rakenteet koostuvat huumausainelainsäädännöstä ja huumausainepolitiikkaa ohjaavista strategioista sekä toimintaohjelmista. Huumeiden vastaiset toimet (ehkäisevä työ, hoito, haittojen vähentäminen, huumevalvonta) konkretisoituvat lainsäädännön toteuttamisessa sekä strategioiden ja toimintaohjelmien toimeenpanossa.

Monet kansallisista kannanotoista ja toimista liittyvät huumausainepolitiikkaa kansainvälisellä tasolla ohjaaviin järjestelmiin ja sopimuksiin. Huumepolitiikkaan vaikuttavat merkittävästi myös sille suunnatut resurssit.

Syyskuun alussa 2008 astui voimaan uusi huumausainelaki (373/2008). Muutoksella Suomen vuodelta 1994 peräisin oleva huumausainelainsäädäntö saatettiin vastaamaan EY-säännöksiä. Uudella lainsäädännöllä tehostetaan huumausainevalvontaa lisäämällä viranomaisten yhteistyötä. Muilta osin lakimuutokset eivät muuta kansallisen huumepolitiikan linjauksia. Lakiin liittyvässä asetuksessa huumausaineiden valvonnasta (548/2008) säädetään huumausainelain mukaisesta lupahallinnosta sekä sen valvonnasta, ja asetuksessa huumausaineina pidettäviä aineista, valmisteista ja kasveista (543/2008) luetellaan YK:n huumausaineita ja psykotrooppisia aineita koskeissa yleissopimuksissa huumausaineiksi määritellyt aineet ja valmisteet.<sup>1</sup> Huumausaineiden lähtöaineita säädellään Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksella (EY) 273/2004 ja neuvoston asetuksella (EY) 111/2005.

Huumausainerikoksista määrätään rikoslaissa (1304/1993), jonka mukaan huumausainerikokset jaetaan huumausainerikokseen, sen valmisteluun tai sen edistämiseen (maksimirangaistus 2 vuotta vankeutta) sekä törkeään huumausainerikokseen (vankeustuomiot 1–10 vuotta). Vuonna 2001 tehtiin rikoslain muutos (654/2001), jonka mukaan määriteltiin huumausaineen käyttörikos (maksimirangaistus puoli vuotta vankeutta), ja vuonna 2006 myös huumausainerikoksen valmistelun tai edistämisen yritys määriteltiin rangaistavaksi (928/2006). Huumausainerikosten määritykset on päivitetty rikoslain 50. luvun muutoksella (374/2008), jota on täsmennetty uuden huumausainelain perusteella.<sup>2</sup> Rikoslain sakkorangaistusta koskevalla muutoksella (578/2008) rangaistusmääräysmenettelyssä annettavan sakkorangaistuksen (esimerkiksi huumausaineen käyttörikoksen yhteydessä) muuntaminen vankeusrangaistukseksi tuli mahdottomaksi.<sup>3</sup>

---

1 Ks. tarkemmin luku 1.1.1.

2 Ks. tarkemmin luku 1.1.2 (huumetarjonnan rajoittaminen).

3 Ks. tarkemmin luku 1.1.2 (lakien toimeenpano).

Ehkäisevästä päihdetyöstä säädetään raittiustyölaissa (828/1982). 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 tehtävänä.

Oppilas- ja opiskelijahuollon keskeiset periaatteet ja opetustoimeen kuuluvat tavoitteet on määritelty eri opetusasteiden opetussuunnitelman perusteissa. Koululaeissa opetuksen ja koulutuksen järjestäjät on veloitettu yhteistyössä sosiaali- ja terveysviranomaisten kanssa soveltamaan näitä paikallisiin opetussuunnitelmiin muun muassa päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. (477,478,479/2003.)

Valtioneuvoston asetuksella neuvolatoiminnasta sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta (380/2009) määritellään terveysneuvonnan yleiseen sisältöön kuuluvaksi näyttöön perustuva tieto muun muassa alkoholin ja muiden päihteiden käytön ehkäisystä sekä opiskelijaterveydenhuoltoon erikseen kuuluvaksi päihdeongelman varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus.<sup>4</sup>

Työterveyshuoltolaki (1383/2001, 376/2008) mahdollistaa huumausainetestiä 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 (760/2004, 456/2007). Yksityisyyden suojasta työelämässä annettu laki (759/2004) ja siihen tehdyt muutokset (375/2008, 511/2008) sääntelevät työnantajien oikeuksia ja niiden rajoitteita työntekijöiltä vaadittavien huumausainetestien osalta.

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. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (993/2006) säädetään päihdehuoltolain mukaisesta lähettävän lääkärin lausunnosta, joilla henkilö määrätään tahdosta riippumattomaan hoitoon terveysvaaran perusteella.

Opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidosta on annettu uusi asetus (33/2008), jolla pyritään vastaamaan opioidien ongelmakäytön lisääntymiseen 2000-luvulla.<sup>5</sup> Lääkkeen määräämistä koskevalla asetuksen muutoksella (490/2008) on täsmennetty erityislupavalmisteena määrättävän psykotrooppisen

4 Ks. tarkemmin luku 1.1.2 (ehkäisevä huumetyö).

5 Ks. tarkemmin luku 1.1.2 (huumehoito).

aineen tai huumausaineen määräämistä tapauksissa, joissa kyseessä ovat erityiset hoidolliset perusteet.<sup>6</sup>

Tartuntatautiasetuksen muutoksella (1383/2003) edellytetään, että tartuntatautien vastustamistyöstä vastaavan kunnallisen toimielimen tulee huolehtia tartuntatautien vastustamistyöstä mukaan lukien suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonta ja tartuntatautien torjunnan edellyttämän tarpeen mukaan käyttövälineiden vaihtaminen. Lisäksi yleisen rokotusohjelman osana asetuksella (421/2004) suositellaan maksuttomia hepatiitti A- ja B-rokotuksia ruiskuhuumeiden käyttäjille, heidän seksikumppaneilleen että samassa taloudessa asuville henkilöille.

Huumausaineista säädetään muun muassa rikoslaissa koskien rahanpeusaa (68–79/1998) ja rattijuopumusta (1198/2002), pakkokeinolain muutoksessa (646/2003), jossa esitetään ehdot telekuuntelulle, televalvonnalle ja tekniselle tarkkailulle. Lisäksi huumausaineista säädetään poliisilain muutoksissa (21/2001, 525/2005), joissa säädetään peitetoiminnasta ja valeostoista sekä niistä merkittävistä tiedonhankintamenetelmistä, jotka liittyvät vakavan ja järjestäytyneen rikollisuuden estämiseen, paljastamiseen ja selvittämisen tehostamiseen tai terroristisessa tarkoituksessa tehtävän rikoksen valmistelun ehkäisemiseen.

Vankeuslaki (686/2005) säätelee huumausaineita koskevaa vankilavalvontaa, mutta myös 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 selviytymis-mahdollisuuksiaan parantavaan toimintaan eikä käytä päihteitä ja sitoutuu noudattamaan liikkumista koskevia ehtoja.

Ensimmäinen kansallinen huumausainestrategia valmistui Suomessa vuonna 1997. Strategian tavoitteena pysäyttää huumausaineiden käytön ja huumausainerikollisuuden kasvu. Strategian pohjalta on tehty valtioneuvoston periaatepäätöksiä vuosina 1998, 2000, 2004 (vuosille 2004–2007) ja 2007 (vuosille 2008–2011).

Uusimman vuosille 2008–2011 laaditun periaatepäätöksen mukaan 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. Suomi noudattaa huumausainepolitiikassaan Yhdistyneiden Kansakuntien huumausaineiden vastaisia sopimuksia sekä Euroopan unionin huumausainestrategiaa vuosille 2005–2012. (Valtioneuvosto 2007a.)<sup>7</sup>

6 Ks. tarkemmin luku 1.1.2 (huumehoito).

7 Ks. tarkemmin luku 1.2.

Vuoden 1997 huumestrategiaan liittyen vuonna 2000 tuotettiin nuorten huumeiden käytön ehkäisytoimikunnan mietintö ja vuonna 2001 huumehoitotyöryhmän mietintö. Lisäksi poliisi on tuottanut huumausaineiden vastaisen strategian (2002) vuosiksi 2003–2006 ja Vankeinhoitolaitos (2002) päihdestrategian (osat I–III), jota on myöhemmin täydennetty uudella strategialla vuosiksi 2005–2006. Tulli on tuottanut huumausainestrategian vuosille 2002–2005. Lisäksi poliisi, tulli ja rajavartiolaitos ovat tuottaneet yhteisen PTR-huumausainestrategian.

Huumausaineiden valvonta, käytön ehkäisy ja käyttäjien hoito tulevat esiin monissa nykyhallituksen toiminnan keskeisissä asiakirjoissa. Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmassa (2007) päihtet (mukaan lukien huumausaineet) nousevat esiin erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kehittämisen yhteydessä, kun painotetaan varhaisen puuttumisen mallin vakiinnuttamista osaksi perusterveydenhuoltoa sekä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon ja päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen turvaamista.

Näihin tavoitteisiin tähtäävät myös muun muassa kunta- ja palvelurakenteen uudistamiselle reunaehdot antava puitelaki (169/2007), terveyden edistämisen politiikkaohjelma (Valtioneuvosto 2007b), lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma (Valtioneuvosto 2007c), Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelma (OPM 2007b), valtioneuvoston päätös sisäisen turvallisuuden ohjelmasta (Valtioneuvosto 2008), kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma 2008–2011 (STM 2008a) ja Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (STM 2001). Vuoden 2009 aikana hallitusohjelmaan liittyen ovat valmistuneet Kaste-ohjelman toimeenpano-ohjelma (STM 2009c), mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä pohtineen työryhmän mietintö (STM 2009a), raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoitoa käsitelleen työryhmän mietintö (STM 2009b) sekä sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpanon väliraportti (SM 2009).<sup>8</sup>

## 1.1 Huumausainelainsäädäntö

### 1.1.1 Huumausainelaki

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

Laissa huumausaineen määritelmä perustuu pääosin kansainvälisiin sopimuksiin. Huumausaineiksi voidaan valtioneuvoston asetuksella lukea lisäksi myös aineet, joiden valvontaan ottamisesta päätetään uusia psykoaktiivisia aineita kos-

<sup>8</sup> Ks. tarkemmin luku 1.2.



kevasta tietojenvaihdosta, riskienarvioinnista ja valvonnasta annetun Euroopan unionin neuvoston päätöksen 2005/387/YOS mukaisesti.

Asetuksessa huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista (543/2008) luetellaan YK:n huumausaineyleissopimuksessa ja psykotrooppisia aineita koskevassa yleissopimuksessa huumausaineiksi määritellyt aineet ja valmisteet. Aineiden nimet on päivitetty vastaamaan kansainvälisissä listoissa olevia nimiä. Huumausainesopimuksen listaan I on lisätty uutena aineena oripaviiini. Asetuksessa luetellaan nyt myös yhteisötasolla huumausainevalvontaan otetut aineet, joita ovat 4-MTA, PMMA, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2 ja 1-Bentsyyliiperatsiini.

Huumausainelain mukaisena lupa- ja valvontaviranomaisena toimii Fimean (ent. Lääkelaitos). Valmistus- sekä tuonti- ja vientilupien lisäksi Suomeen tuonin ja Suomesta viennin osalta lupa vaaditaan huumausaineen toteamiseksi käytettäville aineille, valmisteille ja testijärjestelmille, jotka sisältävät huumausaineita, samoin huumausaineiden käsittelylle. Asetuksessa huumausaineiden valvonnasta (548/2008) säädetään tarkemmin huumausainelain mukaisesta lupahallinnosta, luvanvaraisesta toiminnasta ja sen valvonnasta.

Huumausainelain mukaisina toimivaltaisina viranomaisina ovat Fimean (ent. Lääkelaitos) lisäksi myös poliisi huumausaineiden rikostorjuntaan liittyvissä asioissa sekä tulli- ja rajavartiolaitoksen huumausaineiden maahantuontiin, maasta vientiin ja kauttakulkuun liittyvissä asioissa sekä mainitut viranomaiset asioissa, joista säädetään huumausaineiden lähtöaineiden kauppaa koskevilla (EY) asetuksilla.

Lainsäädännössä mainitaan myös Stakesin osalta mandaatti toimia Suomen edustajana huumausaineita ja niiden väärinkäyttöä koskevassa eurooppalaisessa (REITOX) tietoverkostossa. Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen fuusioituessa ja muodostaessa uuden Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (668/2008) laissa määritetyt Stakesin tehtävät siirtyivät uudelle laitokselle.

Huumausainelain uudistamisen yhteydessä lainvastaisen toiminnan rangaistavuus jaetaan teon vakavuuden perusteella huumausainelakirikkomukseen ja huumausainerikokseen. Huumausainelakirikkomuksen mukaan rangaistavat teot ovat lähinnä velvollisuuksien laiminlyöntejä. Jollei teosta muualla laissa säädetä ankarampaa rangaistusta, huumausainelakirikkomuksesta voidaan tuomita sakkoon.

Huumausainerikoksista säädetään nykyisen lain mukaisesti rikoslain 50 luvussa.

## 1.1.2 Muu huumausaineita koskeva lainsäädäntö

Vuoden 2007 jälkeen huumausaineita koskevia muutoksia on tehty asetukseen neuvolatoiminnasta ja koulu- sekä opiskeluterveydenhuollosta, työterveyshuol-

tolakiin, asevelvollisuus- ja siviilipalveluslakeihin, lakiin maanpuolustuskorkeakoulusta, opioidiriippuvaisten korvaushoitoasetukseen, lääkkeen määräämistä annettuun asetukseen, lastensuojelulakiin sekä rikoslain huumaussainerikoksia koskeviin pykäliin.

### *Ehkäisevä huumetyö*

Valtioneuvoston asetuksella neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) säädetään terveystarkastuksista neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Asetuksen mukaan riittävillä ja säännöllisillä terveystarkastuksilla ja terveysneuvonnalla halutaan tehostaa varhaista tukea ja ehkäistä syrjäytymistä. Terveysneuvonnan osana pyritään tukemaan yksilöä ja edistämään hänen psykososiaalista hyvinvointiaan myös alkoholin, tupakan ja muiden päihteiden käytön ehkäisyn osalta.

Asetuksessa säädetään, että neuvoloissa otetaan kouluterveydenhuollon tapaan käyttöön laajat terveystarkastukset, joihin osallistuu koko perhe. Asetus edellyttää, että peruskoulun kahdeksaslukulaisten laajassa terveystarkastuksessa arvioidaan oppilaan erityiset tarpeet ammatinvalinnan ja jatko-opiskelun kannalta sekä suunnitellaan tarvittavat tukitoimet yhteistyössä muun oppilashuollon kanssa. Terveysneuvonnan järjestämisen yhteydessä mainitaan erityisesti mahdollisen päihdeongelman varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus.

Työterveyshuoltolain (1383/2001) muutoksilla tarkennettiin määrittelyä siitä, että työpaikkojen huume-testauksen piiriin kuuluvat työtehtävät on käsiteltävä ennen hyväksymistään työnantajan ja työntekijöiden yhteistoimintamenettelyn mukaisessa järjestyksessä (Laki yhteistoiminnasta yrityksissä 334/2007).

Uudessa asevelvollisuuslaissa (1438/2007) täydennetään sääntelyä, jonka mukaan palvelustehtävien hoitamisen edellytysten selvittämiseksi tai palveluskelpoisuuden määrittämiseksi asevelvollinen voidaan määrätä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastukseen. Laki sisältää ehdot huumaussaineen käyttöä selvittävien kokeiden käytölle.

Vastaavasti siviilipalveluslain (1446/2007) mukaan siviilipalveluskeskus tai siviilipalveluspaikka voi palveluksen aikana määrätä siviilipalvelusvelvollisen hänen terveydentilansa toteamiseksi osoittamansa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastukseen tai tutkimukseen (mukaan lukien yksityisyyden suoja annettun lain mukaisesti huume-testien teon), jos se on tarpeen palvelustehtävien hoitamisen edellytysten selvittämiseksi tai palveluskelpoisuuden määrittämiseksi.

Laissa maanpuolustuskorkeakoulusta (1121/2008) esitetään, että opiskelijaksi hakeutuva on velvollinen osallistumaan terveydenhuollon ammattihenkilökunnan tekemään päihdetestiin ennen opiskelijaksi hyväksymistä sekä osallistumaan tarvittaessa päihdetestiin myös opiskeluaikana tai siihen liittyvässä harjoittelussa, jos on perusteltua aihetta epäillä, että opiskelija esiintyy päihteiden vaikutuksen alaisena.

## *Huumehoito*

Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoja säätelevässä asetuksessa (33/2008) painotetaan, että vain vaativat korvaushoitotapaukset hoidetaan erikoissairaanhoidossa ja muulta osin hoito tapahtuu perustasolla. Hoitojen arviointia sekä aloitusta suunnataan laitoshoidon sijaan polikliiniseen suuntaan.

Buprenorfinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita saa opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa määrätä ainoastaan toimintayksikön palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle otettavaksi vain toimintayksikön valvonnassa. Jos potilas sitoutuu hoitoon hyvin, hänelle voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa (uudessa asetuksessa poikkeustapauksissa 15) vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä.

Asetus mahdollistaa kuitenkin buprenorfinia ja naloksonia sisältävän yhdistelmävalmisteen toimittamisen apteekista potilaan allekirjoittaman apteekkisopimuksen perusteella. *Apteekkisopimuksella* tarkoitetaan sopimusta, jolla potilas sitoutuu noutamaan sopimuksen mukaiset lääkkeet vain yhdestä apteekista ja sitoutuu siihen, että apteekki voi välittää hoitoa koskevaa tietoa häntä hoitavalle lääkärille ja tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekkeille.

Lääkkeen määräämisestä annetun asetuksen muutoksella (490/2008) tarkennetaan ehtoja varsinaisen huumausaineen määräämisestä lääkekäyttöön tai, jos siihen on erityiset hoidolliset perusteet, myös lääkelain pysyvien lupamääräyskäytännön ulkopuolisten erityislupavalmisteiden määräämisestä 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. Asetusmuutoksen perusteella myös kannabispohjaista kipulääkettä voi määrätä kipuun tietyissä tapauksissa. Laajempaa myyntilupaa ei kannabispohjaisilla lääkkeillä kuitenkaan ole.

## *Lastensuojelulain edellyttämät toimenpiteet*

Vuoden 2008 alussa voimaan astuneessa lastensuojelulaissa (583/2007) korostetaan päihde- ja mielenterveyspalvelujen piirissä olevien aikuisten kykyä selviytyä hänen hoidossaan ja kasvatuksessaan olevien lasten hoidon ja tuen tarpeesta. Lapsi on otettava sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen huostaan ja järjestettävä hänelle sijaishuolto, jos puutteet lapsen huolenpidossa uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä, tai lapsi vaarantaa vakavasti itse terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihteitä, tekemällä muun kuin vähäisenä pidettävän rikollisen teon tai muulla niihin rinnastettavalla käyttäytymisellään. Jos huostaanoton katsotaan olevan lapsen edun mukaista, hoidosta tehdään erityinen asiakassuunnitelma, jossa kirjataan sijaishuollon tavoitteet ja erityisesti tuen ja avun järjestäminen lap-

selle, hänen vanhemmilleen sekä huoltajilleen ja johon voi sisältyä myös erityistä huolenpitoa vakavan päihde- tai rikoskierteen katkaisemiseksi.

## Huumetarjonnan rajoittaminen

Huumausainerikoksista säädetään rikoslain 50 luvussa, jota täsmennettiin tarkennettujen huumausainemääritelmien perusteella (374/2008). Lakimuutokseen sisältyy uutena kielto viljellä kokapensasta, kat-kasvia, ja Psilosybe-sieniä sekä kielto viljellä huumausaineina tai huumausaineiden raaka-aineena käytettäviksi oopiumiunikkoo, hampua ja meskaliinia sisältäviä kaktuskasveja.

### *Esimerkkejä lakien toimeenpanosta*

Valtioneuvoston asetuksella (719/2007) määrättiin päihdepalvelujen kehittämiseen valtionavustuksia vuosille 2007–2009 yhteensä 3 500 000 € sosiaalialan osamiskeskuksille, kunnille ja kuntayhtymille päihdeongelmaisten hoidosta ja hoidon kehittämisestä aiheutuviin kustannuksiin. Avustuksessa painotetaan päihdeiden käytön hoidon alueellista tarvetta ja viranomaisyhteistyön kehittämistä osana kansallista kunta- ja palvelurakennemuutosta (Paras-hanketta). Erityisiä kohteita rahoitushankkeille ovat päihdeongelmaiset naiset ja mielenterveysongelmaiset.

Huumausaineen käyttörikos on mahdollista käsitellä rangaistusmääräysmenettelyssä (692/1993). *Menettely* soveltuu tapauksiin, joissa voidaan määrätä sakkorangaistus rikkomuksesta, josta tapaukseen sovellettavassa rangaistussäännöksessä ei ole säädetty ankarampaa rangaistusta kuin sakko tai enintään kuusi kuukautta vankeutta. Rangaistusvaatimuksen antaa poliisimies, tullimies tai muu laissa säädettyä valvontaa suorittava virkamies omasta aloitteestaan tai syyttäjän puolesta. Käsitteily vaatii asianomistajan suostumuksen. Rangaistusmääräyksen antaja voi myös jättää rangaistusmääräyksen antamatta, jos kysymyksessä on sellainen rikkomus, josta lain mukaan saa jättää syytteen ajamatta. Myös tämä kohta soveltuu huumausaineen käyttörikokseen.

Rangaistusmääräyksen täytäntöönpanosta on voimassa, mitä lainvoimaisen tuomion täytäntöönpanosta ja sakkojen perimisestä säädetään. Rikoslain muutoksella (587/2008) päätettiin, ettei rangaistusmääräysmenettelyssä annettua sakkorangaistusta muunneta vankeudeksi. Käytännössä tämä tarkoittaa, että poliisin tai syyttäjän rangaistusvaatimusmenettelyssä antamia sakkoja myöskään huumausaineen käyttörikoksesta ei enää voi muuntaa vankeudeksi. Huumausaineiden käyttörikosten yhteydessä on myös mahdollista tehdä syyttämättäjäättämispäätöksiä nuorten puhutteluun ja ongelmakäyttäjien hoitoon ohjauksen perusteella, mutta päätösten määrä on jäänyt vähäiseksi. (STM 2009d)<sup>9</sup>

9 Tilastojen tulkinnasta vrt. tarkemmin lukuun 9.3

## 1.2 Huumausainepolitiikka

### *Huumausainepolitiikan taustaa*

Huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä seuraa Suomessa huumausainetilannetta ja valvoo poikkihallinnollisen huumeohjelman toteutusta. Sen keskeinen tehtävä on sovittaa yhteen eri hallinnonalojen toimenpiteitä. Ryhmässä ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, sisäasiainministeriö, oikeusministeriö, opeusministeriö, ulkoministeriö, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Valtakunnansyyttäjänvirasto, Tullihallitus sekä Opetushallitus.

Suomessa vuoteen 2007 asti voimassa olleesta Matti Vanhasen ensimmäisen hallituskauden (2004–2007) huumausaineita käsittelevästä periaateohjelmasta vuosille 2004–2007 esitettiin vuonna keväällä 2007 ohjelman loppuraportti 2007 (STM 2007). Raportti perustui eri viranomaistahojen selvityksiin ja se koottiin huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän toimesta.

Raportin mukaan yleinen huumausainetilanne on pysynyt vakaana 2000-luvun aikana, mutta huumeiden käyttö on vakiintunut selvästi 1990-luvun alkua korkeammalle tasolle. Huumausainerikoksien kokonaismäärässä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia, kuten ei huumekuolemissakaan. Huumausaineiden käyttöön liittyvät sairaudet ja tartuntataudit ovat pysyneet matalalla tasolla.

Loppuraportin mukaan periaateohjelman toimenpide-ehdotuksia on toteutettu seuraavasti: Ehkäisevää päihdetyötä on vahvistettu peruskouluissa, ammattikouluissa, lukioissa sekä nuorisotyössä. Päihdehuoltolaki velvoittaa kunnat tarjoamaan riittävästi hoitoja, vaikka niitä ei ole vielä tarjolla kaikissa kunnissa. Vankien päihdekuntoutusta on ohjelmakaudella lisätty. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontatoiminta on asetuksella säädetty pakolliseksi kaikissa kunnissa. Toimintaan kuuluu mm. puhtaiden ruiskuneulojen vaihto. Työnantajat ovat laatineet enenevässä määrin päihdeohjelmia, millä painotetaan huumausaineiden testausten lisäksi ennalta ehkäisevää työtä ja hoitoon ohjausta työpaikoilla. Lisäksi ohjelmalla on vahvistettu syyttäjien, poliisin ja sosiaalihuollon yhteistyötä käyttäjien hoitoon ohjaamiseksi. Valtakunnansyyttäjä ja sisäasiainministeriön poliisiosasto ovat antaneet menettelyohjeet huumausaineen käyttöririksestä. Ohjeet korostavat poliisin vastuuta hoitoon ohjauksesta ja rangaistusseuraamuksista luopumista hoitoon haikuduttaessa tai muutoin vähäisten käyttöririkosten yhteydessä.

### *Huumausainepolitiikan kehityslinjat 2008–2011*

Maaliskuussa 2007 virkaan astuneen Matti Vanhasen toisen hallituksen periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011 valmistui vuoden 2007 lopussa ja se tehtiin edellä esitetyn loppuraportin perustalta (Valtioneuvosto 2007a).

Päätöksellä valtioneuvosto jatkaa ja vahvistaa huumausainepoliittista koordinaatiota ja hallinnonalojen välistä yhteistyötä hallituskaudella 2008–2011. Päätöksen mukaan huumausaineiden vastaisen työn perusvalmiudet ovat Suomessa hyvät. Tilannetta voidaan seurata luotettavasti ja siihen kyetään tarvittaessa puuttumaan tehokkaasti. Joka vuosi huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä antaa kertomuksen valtioneuvostolle periaatepäätöksen toteutumisesta ja kauden lopussa valtioneuvostolle laaditaan erikseen ohjelman loppuraportti mahdollisen uuden ohjelman suunnittelua varten. Päätös sisältää seuraavat seitsemän toimenpideosiota:

### 1. Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen

Ehkäisevää päihdetyötä tehostetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, nuorisotyössä, kouluissa ja oppilaitoksissa. Turvataan ehkäisevän päihdetyön asema osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Vakiinnutetaan varhainen puuttuminen osaksi kaikkien hyvinvointipalveluiden toimintaa. Päihdeasioiden koulutusta kaikkialla koulutusjärjestelmässä vahvistetaan. Tuetaan laadukasta huumausaineita koskevaa tiedotus- ja valistustoimintaa. Tarvittaessa tiedotusta kohdistetaan erityisille riskiryhmille.

### 2. Huumausainerikollisuuden torjunta

Lisätään kiinnijäämisriskiä Suomessa tehdyissä törkeissä ja levittämistyyppisissä huumausainerikoksissa. Rikosvastuu toteutetaan saumattomalla kansainvälisellä yhteistyöllä tekijän koti- tai oleskeluvaltiossa. Suomen markkinoille tarkoitetun huumausaineen maahantuontia torjutaan takavarikoimalla huumausaine pääsääntöisesti maan rajoilla. Vakiinnutetaan huumausaineiden ja huumausaineeksi luokiteltujen lääkeaineiden katutason levityksen valvonta osaksi poliisin perustoimintaa. Huumausainerikosten oheisrikollisuuden, erityisesti kätöntärikollisuuden, parituksen, kiristyksen ja rahanpesun paljastamista lisätään. Tehostetaan rikoksen tuottaman hyödyn jäljittämistä ja kattavaa poisottamista.

### 3. Huumausaineriippuvuuden hoito ja huumeongelman haittojen vähentäminen

Jatketaan hoitopalveluiden kehittämistä ja hoidon tarjonnan lisäämistä, jotta kansalaiset saisivat yhdenvertaisesti tarvitsemansa palvelut. Tarjotaan huumeidenkäyttäjille monipuolisesti riippuvuuden luonteeseen sopivia erilaisia hoitovaihtoehtoja. Lisätään sellaista hoitoa, terveysneuvontaa ja tukea, jolla vähennetään huumeongelmiin liittyviä haittoja, kuten sairauksia, mielenterveysongelmia ja oheisrikollisuutta. Helpotetaan opioidiriippuvaisten hoitoon pääsyä ja mahdollistetaan hoitojen lisääminen vastaamaan nykyistä paremmin hoidon tarvetta. Poliisin tarjoamaa hoitoonohjausta tehostetaan edelleen.

4. Päihdeongelmien hoidon tehostaminen rikosseuraamusten yhteydessä  
Parannetaan vankeusrangaistuksen vaikuttavuutta suunnittelemalla rangaistusaikea ja vapautuminen yksilöllisesti, kuten uusi vankeuslaki edellyttää. Sijoittajayksikkötoimintaa kehitetään ja päihdekuntoutusta ja lähtyötä vankiloissa lisätään. Valvotun koevapauden tukitoimia ja vapautuvien vankien jälkihuoltoa kehitetään. Yhdyskuntaseuraamuksiin liittyvää päihdekuntoutusta tehostetaan sekä nuorisorangaistukseen tuomittujen kuntoutumismahdollisuuksia parannetaan.

#### 5. EU:n huumausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö

Osallistutaan aktiivisesti Euroopan unionin yhteisen huumausainepolitiikan suunnitteluun ja toteutukseen. Osallistutaan kansainväliseen huumausaineiden vastaiseen yhteistyöhön Yhdistyneiden kansakuntien, Euroopan Neuvoston sekä Pohjoismaiden ministerineuvoston huumausainepoliittisilla foorumeilla. Tuetaan lähialue- ja kehitysyhteistyövaroin huumausaineiden vastaisia ja huumeisiin liittyvien haittojen vähentämiseen tähtääviä, Suomen tavoitteita tukevia kansainvälisiä kahden- ja monenkeskisiä hankkeita.

#### 6. Huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus

Pitkäjännitteistä huumetilanteen tutkimusseuranta jatketaan ja huolehditaan siitä, että huume politiikan vastuutahoilla on käytettävissään ajantasaiset tiedot huumausainetilanteesta. Tuotetaan tarvittavat kansalliset tiedot Euroopan unionin huumeseurantakeskuksen EMCDDA:n tilanneraportteihin ja YK:n tiedonkeruujärjestelmiin. Edistetään huumeiden käyttöön, huumemarkkinoihin, huumeidenkäyttäjien hoitoon ja huumeongelmien torjuntakeinoihin liittyvää tutkimusta ja tutkijakoulutusta ja edistetään suomalaistutkijoiden kansainvälistä yhteistyötä. Seurataan säännöllisesti kansalaisten huumausaineisiin, niiden käyttöön ja haittoihin liittyviä mielipiteitä.

#### 7. Huumausainepolitiikan koordinaatio

Huumausainepolitiikan koordinaatiovastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Koordinaatiolla sovitaan yhteen kansallisia huumausainepolitiikkaan liittyviä toimenpiteitä. Tässä tarkoituksessa jatketaan huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän toimintaa hallituskaudella 2008–2011. Seurataan huumausainetilanteen kehitystä ja raportoidaan siitä valtioneuvostolle säännöllisesti. Yhteen sovitaan huumausainepoliittisen lainsäädännön ja viranomaistoimenpiteiden valmistelua ja toimeenpanoa. Kansallista huumausainepolitiikkaa yhteen sovitaan myös alkoholi- ja tupakkapolitiikkaan.

Ohjelman osalta toteutettavan huumausainepolitiikan vaikuttavuutta seurataan muun muassa seuraavilla mittareilla: huumausaineiden käytön laajuus ikäryhmittäin, huumausaineiden ongelmakäyttäjien määrä, sairaalahoitajaksot, huumausainekuolemat, huumausaineiden käyttöön liittyvät tartuntatauditapaukset, huumausainerikokset, huumausainetakavarikot ja poliisin suorittamien hoitoonohjauksien määrä.

Huumausaineiden vastaisessa työssä otetaan lisäksi huomioon hallituksen eri ohjelmissa sovittavat toimenpiteet sekä muun muassa sisäisen turvallisuuden ohjelmassa määritellyt keinot.

### *Hallituksen muissa toimintaohjelmissa sovittavat toimet*

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskeva (Paras-hanke) lainsäädäntö tuli voimaan 23.2.2007. Puitelaki (169/2007) velvoittaa kunnat järjestämään keskeiset sosiaali- ja terveyspalvelut yhdenvertaisesti kaikille suomalaisille. Tavoite arvioidaan saavutettavan, kun kuntarakennetta ja rahoitus pohjaa vahvistetaan, kuntien yhteistyötä tiivistetään ja palveluverkon kattavuus varmistetaan.

*Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa (Kaste) kehittämissuunnitelmassa* (STM 2008a) esiin nostetaan kehittämistarpeet koskien perusterveydenhuoltoa, sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Ohjelman tavoitteena on, että ihmisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee, ihmisten hyvinvointi ja terveys lisääntyvät ja terveyserot vähenevät ja palvelujen laatu, vaikuttavuus sekä saatavuus paranevat samalla kun alueelliset erot vähenevät.

*Terveyden edistämisen politiikkaohjelman* (Valtioneuvosto 2007b) mukaan Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee esityksen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten kattavan hoidon järjestämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee myös kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jossa luodaan linjaukset sekä toimintamallit mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseksi.

*Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa* (Valtioneuvosto 2007c) tavoitteena on lapsiperheitä tukeva palvelujärjestelmä, joka luo lapsille ja nuorille hyvinvointia edistävän saumattoman verkoston, joka on samalla ennaltaehkäisevästi hyvinvoinnin uhkia poistava ja tehokkaasti ongelmiin tarttuva. Yhtenä painopisteenä ovat lapsille ja nuorille suunnatut tukipalvelut – etenkin kun perheessä esiintyy väkivaltaa, mielenterveys- tai päihdeongelmia.

Nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelma laaditaan nuorisolain (72/2006) mukaan joka neljäs vuosi. Ensimmäisessä *lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelmassa vuosille 2007–2011* (OPM 2007b) todetaan, että mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen sukupolvelta toiselle on yksi vahvimmista syrjäytymisen poluista. Ohjelma korostaa, että lastensuojelun, päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden yhteistyötä tulee kehittää tavoitteena pystyä ottamaan huomioon aikuispalveluja tarvitsevien vanhempien lasten suojelun ja kuntoutuksen tarpeet.



Myös rikosoikeudessa nuorisorangaistukseen voitaisiin sisällyttää mielenterveys- tai päihdehoitoa.

*Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa* (Valtioneuvosto 2008) korostetaan, että syrjäytyminen liittyy usein pitkäaikaisten toimeentulo-ongelmien lisäksi päihteen käyttöön ja mielenterveysongelmiin. Kierteen katkaisu edellyttää usean eri toimijan yhtäaikaista toimia ja varhaista puuttumista. Koska lisäksi päihheet (varsinkin alkoholi) ja väkivalta liittyvät Suomessa usein yhteen, ohjelmassa esitetään lapsiin ja nuoriin kohdistuvan väkivallan vähentämiseksi olemassa olevien uhrin tukipalvelujen vahvistamista. Ohjelmassa painotetaan myös kansallista ja kansainvälistä viranomaisyhteistyötä järjestäytyneen rikollisuuden torjunnassa ja sektori-kohtaista yhteistyötä elinkeinoelämän kanssa.

*Huumausaine- ja järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan tehostamista selvittänyt työryhmä* (SM 2007) korosti, että kiireellisimpänä toimenpiteenä tulisi toteuttaa vakavaa ja järjestäytyntä rikollisuutta koskevan tiedon keruu ja tallettaminen poliisiin valtakunnallisiin tietojärjestelmiin. Kiireellisesti tulisi huolehtia myös siitä, että järjestäytyntä rikollisuutta torjutaan ensisijaisesti vakavan rikollisuuden kohdetorjuntamenettelyn avulla. Vastaavasti tulisi huolehtia siitä, että järjestäytyneen rikollisuuden torjunta suunnitellaan ja toteutetaan koordinoitusti

### *Huumepolitiikan arviointi*

Kansallisessa huumausainekomiteassa valmistettiin vuonna 1997 ensimmäinen valtakunnallinen huumausainestrategia Suomeen. Tuukka Tammen (2007) väitöskirjan mukaan komiteassa oli vastakkain kaksi näkemystä huumeasoiden 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-luvuilta lähteneeseen rationaalisen ja humanin kriminaalipolitiikan traditioon, jonka mukaan kriminaali- ja sosiaalipolitiikka tähtää ensisijaisesti sosiaalisten haittojen minimointiin.

Tutkimuksen mukaan haittojen vähentäminen ei ole uhannut huumeiden kieltolaki-politiikkaa, vaan on muodostunut sen osaksi. Haittojen vähentäminen toteutettuna ruiskujen ja neulojen vaihtopisteiden (huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden) perustamisena ja laajennettuna korvaushoitona on merkinnyt erikoistuneiden, lääketieteeseen pohjautuvien palvelujen syntyä ja lääkärinkunnan lisääntynyttä panosta huumeongelmien hoidossa. Samanaikaisesti huumeiden käytön rikosoikeudellinen kontrolli on tehostunut. Haittojen vähentäminen ei näin ole merkinnyt siirtymää liberaalimpaan huumepolitiikkaan, eikä se ole heikentänyt perinteistä huumeiden totaali-kieltoon perustuvaa politiikkaa. Sen sijaan haittojen vähentäminen yhdistyneenä rankaisevaan kieltolaki-politiikkaan muodostaa

Suomessa vallalla olevan kahden raiteen huumeepoliittisen paradigman. (Tammi 2007)

Vuosia 2008–2011 koskevan huumeepoliittisen periaatepäätöksen toteutumisen seurantaan kuuluvat poikkihallinnollisen, huumaussainepoliittikan kansallisen koordinaatioryhmän toimesta vuosittain laaditut hallinnolliset kertomukset valtioneuvostolle. Vuotta 2008 koskevassa kertomuksessa (STM 2009d) todetaan, että

1. Ehkäisevän päihdetyön laadun ja vaikuttavuuden kehittämistyötä on jatkettu parempia menetelmiä kehittämällä, ehkäisevän työn tietopohjaa vahvistamalla ja kouluttamalla. Ehkäisevän päihdetyön kuntayhdyskiloverkoston koordinoituvastuu on siirretty Alkoholiohjelman 2008–2011 (THL 2009a) aluekoordinaattoreille ja samalla siitä eriytettyyn kehittäjäverkostoon on otettu mukaan myös muita kuin kuntaedustajia. Päihdetyön koulutuksen kehittämisen hanke jatkoi sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön yhteisten koulutussuositusten toimeenpanoa. Molemmat osapuolet ovat myös rahoittaneet laajasti ehkäisevän päihdetyön hankkeita.<sup>10</sup>
2. Sisäasiainministeriö ja Venäjän federaation huumevalvontavirasto allekirjoittivat vuonna 2008 huumeiden ja niiden lähtöaineiden laittoman kaupan torjuntaa koskevan yhteistyösopimuksen. Myös uusi tulliyhteistyösopimus Uzbekistanin kanssa allekirjoitettiin ja samalla aloitettiin sopimusneuvottelut sekä Valko-Venäjän että Azerbaidzanin kanssa. Sopimukset tulevat tehostamaan entisestään Tullin kansainvälistä yhteistyötä muun muassa huumerikollisuuden torjumiseksi. Yhteistyön tiivistämiseksi Venäjän ja Valko-Venäjän kanssa sijoitettiin Moskovaan tulliyhdysmies. Kansallisen yhteistyön edistämiseksi Tulli on jatkanut yhteistyösopimusten tekemistä yksityisen sektorin kanssa.<sup>11</sup>
3. Vuoden 2008 helmikuun alusta tuli voimaan uusi sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008), jonka tavoitteena oli hoidon kynnyksen madaltaminen ja avohuollon painottaminen laitoshuollon sijasta. Sosiaali- ja terveysministeriö kokosi asetuksen toteutumisen seuranta varten lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoilta saamiensa lausuntojen perusteella yhteenvedon opioidiriippuvaisten korvaushoidon tilanteesta vuoden 2008 lopussa.<sup>12</sup> Vuonna 2008 julkaistiin poikkihallinnollinen ja poikkitieteellinen arviointitutkimus matalan kynnyksen terveysneuvontatyön vaikuttavuudesta Suomessa. Tutkimuksen mukaan ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapiste-interventio on ollut merkittävä tekijä hiv-infektion, A- ja B-hepatiitti-infektioiden ja osittain myös C-hepatiitti-infektioiden ennaltaehkäisyssä ja epidemioiden torjunnassa. Toiminta on saavuttanut sille alun perin asetetut tavoitteet. Erityisen merkittävää

10 Ks. myös luku 3.

11 Ks. myös luku 9.

12 Ks. tarkemmin luku 5.3.

on, että hiv-infektioilanteelle asetetut hyvin kunnianhimoiset tavoitteet epidemian katkaisemisesta ja tapausmäärien rajoittamisesta alle 30 uuteen tapakseen vuodessa todella ovat toteutuneet.<sup>13</sup>

4. Yksilölliset rangaistusajan suunnitelmat (mukaan lukien päihdeohjelmiin osallistumistoiminnot) laadittiin vuonna 2008 vankeusvangeista 88 prosentille. Myös valvotun koevapauden käyttö on lisääntynyt tavoitteiden mukaisesti. Rikoksenteikijän sosiaalista selviytymistä tukevaksi uudeksi rangaistukseksi valmistellaan vapaudessa toimeenpantavaa ja sähköisesti valvottua valvontarangaistusta, jonka piiriin on tarkoitus liittää myös päihdekuntoutusta. Huu-  
mausaineen käyttörikostapauksissa tehtyjen nuorten puhutteluun tai ongelmakäyttäjien hoitoon ohjaamiseen perustuvien syyttämättäjäätämispäätösten määrä on kuitenkin edelleen vähäinen, vaikkakin kasvussa.<sup>14</sup>
5. Kansainvälisessä huumausaineyhteistyössä Suomi kuuluu ECOSOC:n alaiseen YK:n huumausainetoimikuntaan (CND) 2008–2011 ainoana pohjoismaana ja on UNODC:n päärahoittajamaiden ryhmän jäsen. Vuoden 2008 aikana Suomen tuella YK:n huumaus- ja rikostoimisto (UNODC) käynnisti kehitysmaiden huumausainelaboratoriotoimintoja kehittävän ohjelman liittyen Suomen valmistelevaan, vuoden 2007 CND:ssä hyväksytyyn päätöslauselmaan. Suomen kannalta keskeisiä strategisia hankkeita ovat myös UNODC:n toteuttama Venäjän luoteisosien huumetilannetta koskeva tiedonhallinta-hanke sekä Keski-Aasian huumevalvontainfrastruktuurin kehittämistä koskeva hanke. EU yhteistyötä koordinoidaan EU:n horisontaalisessa huumausainetyöryhmässä (HDG). Vuonna 2008 EU hyväksyi HDG:ssa suoritetun valmistelun pohjalta huumeita koskevan toimintasuunnitelman vuosille 2009–2012. Suomi osallistui EU:n huumausaineseurantaviraston (EMCDDA) toimintaan ja vuonna 2008 toteutettiin myös viraston toiminnan ulkoinen arviointi. EMCDDA julkaisee vuosittain EU:n huumeoloja koskevan raportin sekä useita teema-kohtaisia raportteja. Europolin keskeinen asema Euroopan lainvalvontaviranomaisten yhteisenä rikostiedusteluorganisaationa on vuoden aikana korostunut entisestään. EU:n lainvalvontaviranomaisten yhteistyömahdollisuuksia parantavia hankkeita on Europolissa vireillä useita, erityisesti tiedon välitykseen ja -hallintaan liittyviä. Suomen Europoliin sijoittamalla yhteyshenkilöillä on keskeinen ja merkittävä rooli erityisesti laajojen useiden maiden yhteisoperaatioiden koordinoinnissa. Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä on jatkanut Suomen EU-puheenjohtajakaudella 2006 käynnistetyn kaupunkiverkoston (EXASS Net) toimintaa. Suomi osallistui vuonna 2008 Pohjoismaiden ministerineuvoston alaisen Nordisk Narkotikaforumin työhön ja Suomen aloitteesta ryhmä käsitteli muun muassa päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoitoon ja hoidon kehittämiseen liittyviä kysymyksiä.

13 Ks. tarkemmin luku 7.2.

14 Ks. myös luku 9.2.

6. Huumausainetilanteesta julkaistaan vuosittain raportti. Huumetutkimuksissa on vuoden 2008 aikana tarkasteltu huumeiden käyttöä, huumemarkkinoita, huumehoitoa ja hoitoon pääsyn kynnyksiä sekä kansalaisten asenteita ja mielipiteitä. Suomen Akatemian vuonna 2007 käynnistämä erityinen päihde- ja addiktio tutkimuksen tutkimusohjelma jatkuu edelleen.
7. Vuonna 2008 voimaan tulleet uusi huumausainelaki (373/2008) ja siihen liittyvät valtioneuvoston asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmistesta ja kasveista (543/2008) ja valtioneuvoston asetus huumausaineiden valvonnasta (548/2008) eivät muuta Suomen huumausainepoliittista peruslinjaa.

Huumausainetilannetta kuvaavien seurantaindikaattorien osalta todettiin, että huumekuolemat vähentyivät 2000-luvun alussa alle sataan (97 vuonna 2002) tapukseen, mutta lähtivät sitten uudelleen nousuun (143 tapaus vuonna 2007). Lainvalvontaviranomaisten tietoon tulleiden huumausainerikosten kokonaismäärä vuonna 2008 pysyi edellisvuotisella tasolla. Huumeiden kokeilu ja käyttö eivät ole enää kasvaneet, ja nuorissa ikäryhmissä se on jopa vähentynyt. Myös useimpien muiden huumehaittainsidikaattorien mukaan huume tilanne on tasaantunut.

Kansallisen Kaste-ohjelman toimeenpano-ohjelmassa (STM 2009c) päihteiden käyttöön liittyvät tavoitteet kohdistuvat kuntien informaatio-ohjaukseen ja asiantuntija-apuun, so. päihdetilanteen seurantaindikaattorien ylläpitoon ja materiaalin tuottamiseen sekä päihdealan strategiatyön ja hyvien toimintakäytäntöjen kehittämiseen. Erityisesti Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoitavastuulla on ehkäisevän päihdetyön seudullisten rakenteiden vahvistaminen aluekehittäjäverkostojen ja tukiaineistoon liittyvän koulutuksen avulla sekä vertais-tietojärjestelmien luominen toimintakäytäntöjen tuloksellisuuden seuraamiseksi. Tärkeässä asemassa ovat tällöin sekä tehdyt palvelujen laatusuositukset että asiakasnäkökulman esiin nostavan asiakaspalautteen keruu. Lisäksi päihdeongelmaisten osalta varhaisen puuttumisen hyvien käytäntöjen levittäminen kuuluu Kaste-ohjelman tavoitteisiin – erityisesti lasten ja nuorten osalta. Myös palvelujen integroimista yhtenäiseksi kokonaisuudeksi painotetaan ohjelmassa.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (Valtioneuvosto 2007b) tuloksena vuonna 2009 valmistui kaksi sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän mietintöä, mielenterveys- ja päihdetyöstä sekä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon kehittämisestä.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä pohtineen Mieli 2009 – työryhmän mietinnössä (STM 2009a) korostettiin ennalta ehkäisyä ja varhaista puuttumista sekä painopisteen siirtämistä palveluissa perus- ja avopalveluihin. Työryhmän mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten on saatava palveluja joustavasti yhden oven kautta ja yhdenvertaisesti muiden kanssa. Tämä kuitenkin edellyttää palvelurakenteessa muutoksia, ja niiden tekeminen on mielekästä osana käynnissä olevaa laajempaa Paras-hanketta. Työryhmä esittää myös, että mielenterveyslain, päihde-

huoltolain ja raittiustyönlain sisällöt päivitetään ja niiden yhdistämisen mahdollisuus arvioidaan.

Mieli-työryhmän mukaan palvelurakennetta on kehitettävä lisäämällä peruspalveluissa tehtävää mielenterveys- ja päihdetyötä sekä perustamalla yhdistettyjä mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avoyksiköitä. Kuntien tulisi lisätä ja monipuolistaa päivystäviä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville, minkä seurauksena laitospaikkojen tarve vähenee. Lisäksi ehdotetaan, että mielenterveys- ja päihdeongelmia itse kokeneita otetaan mukaan palveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Koska mielenterveys- ja päihdeongelmia esiintyy yhä enemmän samanaikaisesti, myös erikoistason psykiatriset ja päihdehuollon avoyksiköt ehdotetaan yhdistettäväksi. Psykiatrinen sairaalahoido ehdotetaan siirrettäväksi pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen. Palvelujen kehittäminen edellyttää suurempaa resursointia, joka on suunnattava erityisesti perus- ja avopalveluihin mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyyn, varhaisen tuen sekä hoidon tehostamiseksi. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön asema palveluissa on varmistettava nimeämällä vähintään yksi kokopäiväinen työntekijä koordinoimaan työtä laajan väestöpohjan mukaiselle alueelle.

Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamista pohtineen työryhmän mietinnössä (STM 2009b) esitetään, että raskaana oleville naisille on säädettävä subjektiivinen oikeus päästä välittömästi päihdehoidon tarpeen arviointiin sekä sen edellyttämään päihdehoitoon. Vapaaehtoiseen hoitoon hakeutumisen on oltava helppoa, ja asianmukaisia päihdepalveluita on tarjottava jo ennen raskautta. Tahdosta riippumattomalla hoidolla ei voida korvata riittämättömiä päihdepalveluita, mutta vaihtoehtoa on käytettävä silloin, kun kaikki muut keinot on käytetty.

Työryhmä korostaa päihdeongelmien ehkäisyyn ja päihdetietoisuuden lisäämisen tärkeyttä. Päihteet on otettava puheeksi mahdollisimman varhain kaikkien äitiysneuvoloiden asiakkaiden kanssa, ja myös puolison alkoholin käyttö on kartoitettava. Terveystuella, sosiaalipalvelutoimiston, sosiaalipäivystyksen ja poliisin on rohkaistava raskaana olevia päihteiden käyttäjiä hakeutumaan äitiysneuvolaan, jotta he saisivat äitiysavustuksen ja varmistaisivat lapsen terveyden. Erityisosaaminen on keskitettävä yliopistollisiin sairaaloihin tai keskussairaaloihin, mutta osa seurannasta voidaan toteuttaa myös äitiysneuvolassa.

Työryhmän mukaan Suomessa pitäisi selvittää mahdollisuus valmistella vapaaehtoista tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säännökset Tanskan ja Norjan mallin mukaan. Raskaana oleva nainen voisi itse sitoutua hoitopaikkaan allekirjoittamalla hoitosopimuksen, joka on voimassa sovitun ajan, vaikka henkilö muuttaisi mielensä halustaan pysyä hoidossa. Työryhmä ehdottaa lakimuutosta, jonka mukaan mahdollistettaisiin tahdosta riippumaton hoito myös syntyvän lapsen terveysvaaran perusteella. Laki mahdollistaa nyt hoitoon määräämisen terveysvaaran perusteella viideksi vuorokaudeksi. Työryhmän näkemyksen mukaan tahdosta riippumatonta tätä hoitojaksoa tulisi pidentää 30 päivään ja mahdollistaa hoidon jatkaminen myös raskauden loppuun asti.

Sisäisen turvallisuuden ohjelman (Valtioneuvosto 2008) toimeenpanon ensimmäisessä väliraportissa (SM 2009) todettiin, että alkoholi- ja muussa päihdevalistuksessa on nostettu esiin pähteiden käyttöön liittyviä tapaturmariskejä ja laadittu selvitys siitä, miten tämä näkökulma on otettu huomioon päihdevalistuksen aineistossa. Tämä teema oli esillä myös Terveiden edistämisen keskuksen ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen järjestämien päihdepäivien ohjelmassa. Nuorten työpajatoimintaa ja etsivää työtä toteutetaan lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelman (OPM 2007b) tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi järjestökentällä Suomen Punaisen Ristin syrjäytymisen ehkäisemiseksi kehitetyn varhaisen puuttumisen mallin käyttöön on sitoutunut jo yli 350 vapaaehtoista ja vuonna 2008 raportoituihin keskusteluihin pähteiden käytön vähentämisestä ja haittojen minimoimisesta yli 5000 henkilön kanssa.<sup>15</sup>

Opetusministeriö asetti 12.3.2008 työryhmän valmistelemaan tarvittavat säädosmuutokset yliopistoja, ammattikorkeakouluja, ammatillista koulutusta ja ammatillista aikuiskoulutusta koskevaan lainsäädäntöön koskien koulutuksen aikana ilmenevää eri tekijöistä johtuvaa soveltumattomuutta erityisesti sosiaali- ja terveysalan tehtäviin. Yksi työryhmän toimeksiannossa mainituista erityistehtävistä on se, että työryhmä valmistelee tarvittavia säädosmuutoksia huumeestausten mahdollistamiseksi koulutuksen aikana kaikilla koulutusaloilla ja -asteilla. Työryhmän työ valmistuu vuoden 2009 syksyllä.

Vuonna 2006 valmistuneessa, päihdetyötä tekevien järjestöjen tuottamassa huumaussainehjelmassa vuosille 2006–2008 esitetään tavoitteeksi huumeiden kokeilun ja käytön ehkäiseminen sekä käyttöön puuttuminen, monipuolisen tiedon ja keskustelun lisääminen huumeiden käytön syistä ja seurauksista sekä huumeiden käyttäjien ja heidän läheistensä palvelujen lisääminen ja kehittäminen (Tekry 2006). Yleisiä tavoitteita edistetään neljällä eri toimintalinjalla: ihmisten ja lähiyhteisöjen tukemisella arjessa, yhteiskunnalliseen päätöksentekoon sekä asenneilma-  
piiriin vaikuttamisella, yhteistyön kehittämisellä huumetyötä tekevien järjestöjen sekä muiden toimijoiden kanssa, sekä huumetyön laadun ja rakenteiden kehittämisellä. Ohjelmaan sitoutui kaikkiaan 31 eri järjestöä. Ohjelman toteuttamisen koordinoimiseksi sille perustettiin ohjausryhmä.

Vuoden 2009 alussa tehdyssä seurantaraportissa arvioitiin ohjelman toteutumista. (Tella & Opari 2009).<sup>16</sup> Ohjelman arvioinnin edetessä todettiin, etteivät toimintalinjat olleet paras mahdollinen tapa jäsentää toimintaa, sillä toiminta ei poikennut eri linjoissa merkittävästi toistaan, koulutus, viestinnän keinot ja vaikuttamistoiminta olivat kaiken toiminnan ydinalueita. Toisaalta yksi selitys asialle raportin mukaan voi olla se, että kolmas toimintalinja, yhteistyön kehittäminen, oli lähes perusedellytys ohjelman toteutumiselle. Järjestöjen oma arvio ohjelman to-

<sup>15</sup> Ks. tarkemmin luku 3.2.

<sup>16</sup> Arvioinnissa käytettiin aluksi sähköistä kyselyä, mutta matalan vastausprosentin vuoksi tiedonkeruussa käytettiin lopussa myös järjestöjen työkokouksia. Kaikki arvioinnin tulokset on käsitelty myös järjestöjen työkokouksissa. (Tella & Opari 2009.)

teutumisesta oli melko myönteinen. Esteenä ohjelman toteutumiselle nähtiin lähinnä resurssien puute. Ohjelman myötä yhteistyö ja vuorovaikutus ovat lisääntyneet järjestöjen välillä ja yhteinen foorumi keskustelulle on luotu, mutta siitä huolimatta tarpeet lisätä yhteistyötä tulivat esiin monien järjestöjen vastauksissa. (Tella & Opari 2009.)

Järjestöjen toimintaa koskevassa arvioinnin osassa todetaan, että suurin osa ohjelmaan sitoutuneista järjestöistä tekee yleistä ehkäisevää työtä, joka voi kohdentua koko väestöön tai johonkin väestöryhmään (29 järjestöä 31 sitoutuneesta järjestöstä). Työtapoja olivat esimerkiksi tiedotus- ja vaikuttamistoiminta sekä koulutus. Ohjelmaan sitoutuneista järjestöistä yli puolet (20/31) tekee myös riskejä ehkäisevää työtä. Tästä esimerkkeinä ovat vertaisryhmätoiminta päihteitä käyttävien lapsien vanhemmille, matalan kynnyksen palvelut, palveluohjaus, huumeneuvontapuhelinpalvelut, nettineuvonta sekä toiminnalliset tukitapaamiset. Lähes puolet järjestöistä (15/31) tekee myös korjaavaa päihdetyötä, jota ovat päihdehaittoihin kohdistuneet palvelut, hoitopalvelut, päihdeongelmien uusimisen ehkäisy tai haittojen vähentäminen. Pääasiassa järjestöt kohdistavat toimintansa koko väestöön (24/31). Yli puolet järjestöistä (18/31) kohdentaa erityispalveluja myös muille kuin käyttäjille, kuntoutuville tai läheisille. Tästä ryhmästä suurimman osan muodostavat ammattilaiset ja vapaaehtoiset. Ikäluokkien perusteella eniten ja monipuolisimmin (23/31) palveluja kohdennetaan nuoriin aikuisiin (18–29-vuotiaat). Toimintamuodoista tiedottaminen (29/31) on selkeästi merkittävin ja sitä toteutetaan esimerkiksi järjestön oman lehden tai nettipalvelujen kautta. Myös vaikuttamistyö (25/31) nousee keskeiseksi toimintamuodoksi niin (asiantuntija)verkostoissa, alueille (tapahtumien organisointi) kuin valtakunnallisellakin (asiantuntijalausunnot) tasolla. Järjestöistä yli puolet (18/31) kertoo tuottavansa myös kouluttajapalveluja. (Tella & Opari 2009.)

## 1.3 Taloudelliset analyysit

### 1.3.1 Julkiset huumehaittakustannukset

Valtiolle aiheutuneet huumehaittakustannukset lasketaan käyttäen Suomessa vaikiintunutta laskentakehikkoa (Salomaa 1996; Hein & Salomaa 1998). Laskentakehikon perusteella lasketut haittakustannukset on raportoitu vuodesta 1998 lähtien Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL)<sup>17</sup> (aiemmin Stakes) julkaisemassa Päihdetilastollisessa vuosikirjassa. Tässä raportissa esitetyt valtiolle aiheutuneet kustannukset vastaavat Päihdetilastollisessa vuosikirjassa esitettyjä kustannuksia niiltä osin kuin ne ovat mukana molemmissa laskentakehikoissa.

<sup>17</sup> Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) ja Kansanterveyslaitos yhdistyivät 1.1.2009 muodostaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen.

Taulukko 1. Huumeiden käytön haittakustannukset valtiolle 2007 (miljoonaa euroa).

COFOG	Viranomainen	Reuter's	Budjetin menot yhteensä	Huumehaittakustannukset	Korva-merkitty
03. YLEINEN JÄRJESTYS JA TURVALLISUUS	03.1 POLIISITOIMI				
	Poliisitoimi	Järjestys/turvallisuus	584,4	16,4	
	Tullivalvonta	Järjestys/turvallisuus	150,7	5,5	
	03.2 PALO- JA PELASTUSTOIMI				
	Palo- ja pelastustoimi	Järjestys/turvallisuus	67,9	2,4	
	03.3 TUOMIOISTUINLAITOS				
	Käräjäoikeus	Järjestys/turvallisuus	129,1	1,7	
	Hovioikeus	Järjestys/turvallisuus	35,9	0,9	
	Korkein oikeus	Järjestys/turvallisuus	7,0	0,1	
	Oikeusapu	Järjestys/turvallisuus	22,9	0,2	
	Ulosottolaitos	Järjestys/turvallisuus	80,7	0,8	
	Syyttäjälaitos	Järjestys/turvallisuus	32,1	1,1	
	03.4 VANKILAITOS				
	Vankeinhoitolaitos	Järjestys/turvallisuus	208,1	33,9	
	Avolaitostyöt	Järjestys/turvallisuus	5,4	0,9	
	03.5 YLEISEEN JÄRJESTYKSEEN JA TURVALLISUUTEEN LIITTYVÄ TUTKIMUS JA KEHITTÄMINEN				
	Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos	Ennaltaehkäisy	1,5	0,05	
	Kriminaalipoliittinen instituutti	Ennaltaehkäisy	0,6	0,02	
	03.6 YLEINEN JÄRJESTYS, MUUALLA LUOKITTELEMATON				
	Oikeusministeriö	Ennaltaehkäisy	87,3	0,7	
	Eräät maksetut korvaukset	Haittojen vähentäminen	12,8*	0,1	
07. TERVEYDENHUOLTO	07.5.0 TERVEYDENHUOLTOALAN TUTKIMUS JA KEHITTÄMINEN				
	Stakes	Ennaltaehkäisy	23,5	0,6	Kyllä
	Kansanterveyslaitos	Ennaltaehkäisy	34,5	1,2	
	Alkoholitutkimussäätiö	Ennaltaehkäisy	0,7	0,1	
	07.6 TERVEYDENHUOLTO, MUUALLA LUOKITTELEMATON				
	Sosiaali- ja terveysministeriö	Ennaltaehkäisy	95,9	2,1	Kyllä
	Raha-automaattiyhdistys	Ennaltaehkäisy	306	10,9	Kyllä
	Raha-automaattiyhdistys	Ennaltaehkäisy	306	2,5	
10. SOSIAALITURVA	10.1.1 SAIRAUS (Y)				
	Sairauspäivärahat	Haittojen vähentäminen		0,9	
	10.1.2 TOIMINTARAJOITTEISUUS				
	Työkyvyttömyyseläke	Haittojen vähentäminen		9,6	
TULONSIRROT KUNNILLE				27,2	
KUSTANNUKSET YHTEENSÄ				119,9	

\*) Eräät maksetut korvaukset pois lukien avustukset saamelaisten kulttuuri-itsehallinnon ylläpitämiseen.



Vuonna 2007 huumeiden käyttö aiheutti valtiolle<sup>18</sup> noin 120 miljoonan euron kustannukset. Näistä kustannuksista nimenomaan huumeille korvamerkittyjä varoja oli yhteensä 13,6 miljoonaa euroa. Suomen Raha-automaattiyhdistys, joka on yksi suurimpia päihdetyön rahoittajia, kohdisti 10,9 miljoonaa euroa huumetyöhön ja ennalta ehkäisyyn. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa tehtävään huumeisiin liittyvään tutkimukseen Sosiaali- ja terveysministeriö kohdisti 0,6 miljoonaa euroa. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö kohdisti ennaltaehkäisevään huumetyöhön 2,1 miljoonaa euroa.

Valtiolle eniten huumehaittakustannuksia aiheuttavat järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta koituvat kustannukset. Vuonna 2007 nämä olivat yhteensä arviolta 63,9 miljoonaa euroa. Kuten aiempinakin vuosina vankeinhoidosta aiheutuneet kustannukset (33,9 miljoonaa euroa) olivat suurin menoerä.

Huumehaittojen ennaltaehkäisystä aiheutui noin 18,8 miljoonan euron kustannukset. Suurimmaksi osaksi nämä kustannukset koostuivat huumetutkimukseen ja päihdetyöhön suunnatuista varoista.

Haittojen vähentämiseen käytettiin 10,6 miljoonaa euroa. Tästä 9,6 miljoonaa euroa meni huume-ehtoisten työkyvyttömyyseläkkeiden kustannuksiin ja 0,9 miljoonaa euroa huume-ehtoisten sairauspäivärahojen kustannuksiin. Valtion maksumiin korvauksiin muun muassa rikoksen uhreille käytettiin 0,1 miljoonaa euroa.

### 1.3.2 Huumeisiin liittyvät yhteiskunnalliset kustannukset

Vuonna 2007 huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheutti noin 200–300 miljoonan euron välittömät haittakustannukset ja 500–1 100 miljoonan euron välilliset haittakustannukset<sup>19</sup> (taulukko 1). Eniten välittömiä kustannuksia aiheutui sosiaalitoimen menoista, joiden osuus oli noin kolmannes kaikista välittömistä kustannuksista. Toiseksi eniten kustannuksia aiheutui järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta, joiden osuus oli noin neljännes. Välillisistä kustannuksista suurin erä oli menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta.

Välittömät kustannukset sisältävät terveydenhoidon, sosiaalitoimen, rikollisuusvalvonnan, rikosten aiheuttamien omaisuusvahinkojen, tutkimuksen sekä ennaltaehkäisevän päihdetyön huume-ehtoiset kustannukset. Terveystoimien kustannuksissa on otettu huomioon huume-ehtoinen vuodehoito sekä avohoitokäynnit lääkärillä. Sosiaalitoimen kuluihin on laskettu päihdehuollosta, toimeentulotuesta ja lastensuojelusta aiheutuneet huume-ehtoiset kustannukset. Järjestyksen ja

<sup>18</sup> Aineistona on käytetty ministeriöiden ja valtion virastojen sekä laitosten budjetti- ja tilinpäätöskertomuksia laskentavuodelta.

<sup>19</sup> Haittakustannukset on laskettu käyttäen Suomessa vakiintunutta laskentakehikkoa (Salomaa 1996; Hein & Salomaa 1998). Haittakustannukset julkaistaan vuosittain THLn Päihdetilastollisessa vuosikirjassa.

turvallisuuden ylläpito pitää sisällään sekä oikeusjärjestelmän kustannukset että poliisin, pelastustoimen ja tullin toimintaan liittyvät kustannukset. Omaisuusvahingoilla tarkoitetaan omaisuuteen kohdistuneista rikoksista aiheutuneiden vahinkojen rahallista arvoa ja vakuutuskustannuksia.

Välillisiin kustannuksiin lasketaan huumeiden käytöstä aiheutuneet tuotantomennytykset sekä huumeiden käytön takia ennenaikaisesti kuolleiden menetetyt elämän arvo. Tuotantomennytykset lasketaan huume-ehtoisten vuodehoitopäivien määrän perusteella. Hoitopäivät tilastoidaan ICD-10 -luokituksen perusteella, jolloin huumesairausdiagnoosit on eroteltavissa. Menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta lasketaan käyttämällä vaihtoehtoiskustannuksesta sataprosenttisesti invalidisoituneen henkilön laitoshoitokustannuksia.

Vuonna 2007 huumeiden käytöstä aiheutuneista välittömistä kustannuksista sosiaalikulut kasvoivat jälleen eniten, keskimäärin lähes yhdeksän prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitoon liittyvät kustannukset kasvoivat noin neljä prosenttia. Myös terveydenhuoltokustannukset kasvoivat hieman. Sen sijaan tutkimuksen ja ennaltaehkäisevän huumeiden käytön menot vähenivät yli viisi prosenttia. Välillisistä kustannuksista huumeiden käytön takia menetetyt elämän arvo kasvoi huomattavasti, noin 26 prosenttia. Tämä johtui huume-ehtoisten kuolemien määrän kasvusta. Tuotantomennytykset huumeiden käytön takia pysyivät sitä vastoin lähes ennallaan.

Taulukko 2. Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2006 ja 2007, milj. euroa.

	2006		2007	
	Min	Max	Min	Max
<b>Välittömät kustannukset</b>	<b>197</b>	<b>281</b>	<b>203</b>	<b>288</b>
<i>Terveyskulut</i>	21	54	21	55
<i>Sosiaalikulut</i>	72	77	78	54
<i>Järjestys ja turvallisuus</i>	54	70	56	73
<i>Omaisuusvahingot, tutkimus, ennaltaehkäisevä päihdetyö</i>	50	81	47	77
<b>Välilliset kustannukset</b>	<b>388</b>	<b>851</b>	<b>487</b>	<b>1 077</b>
<i>Tuotantomennytykset</i>	62	103	62	104
<i>Menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta</i>	326	748	425	973
<b>Yhteensä</b>	<b>586</b>	<b>1 132</b>	<b>690</b>	<b>1 365</b>

Lähteet: Päihdetilastollinen vuosikirja 2008 ja 2009, STAKES ja THL.

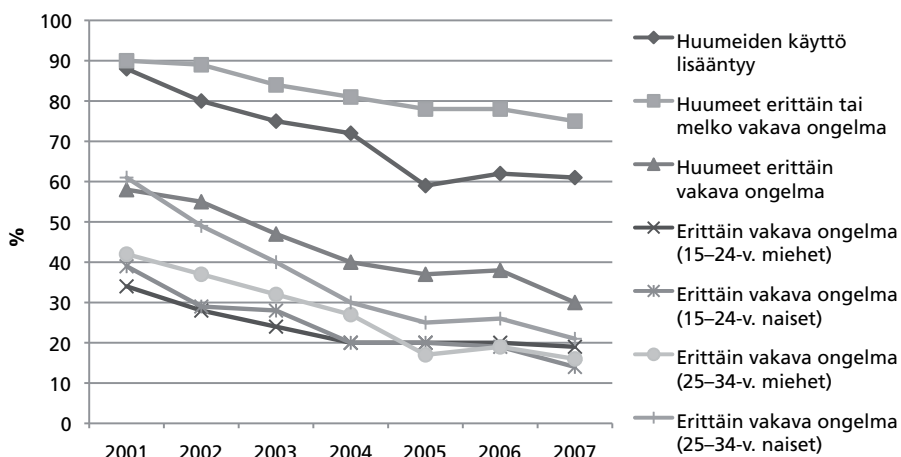
## 1.4 Sosiaalinen ja kulttuurinen konteksti

### *Yleiset asenteet huumausaineita kohtaan*

Väestön asenteita huumeongelmisiin on mitattu Suomessa vuosittaisissa Aikuisväestön terveystutkimuksista koskeissa (AVTK) kyselyissä. Väestöltä on kysytty, miten vakavana ongelmana vastaaja pitää huumausaineiden käyttöä Suomessa nykyään, ja miten hän arvelee huumeiden käytön kehittyvän täällä lähitulevaisuudessa.<sup>20</sup>

Suuri enemmistö AVTK-tutkimusten vastaajista on jatkuvasti pitänyt huumeiden käyttöä Suomessa vähintään melko vakavana ongelmana, ja vain pari prosenttia on ennakoinut käytön vähenevän. Aivan viime vuosina arviot ovat jonkin verran lieventyneet, mutta huumehuoli on kuitenkin edelleen varsin suuri nuorisakin ikäryhmissä. (Piispa ym. 2008, 14–16.)

Kuvio 1. Aikuisväestön mielipiteet huumeiden käytöstä 2001–2007.



Lähde: Piispa et al. 2008.

Tutkijoiden mukaan arvioiden lievenemisessä lienee kyse siitä, että huumeiden läsnäoloon on jossain määrin totuttu ja huumeongelma on ”normalisoitunut” ja asetunut osaksi päihdeongelmien kenttää. Pisimmillään totumisprosessi on nuorten kaupunkilaisten keskuudessa – alueilla, jossa huumeita kauimmin ja yleisimmin on esiintynyt. (Piispa ym. 2008, 24–26)

20 Ks. tarkemmin luku 2.1.

Uusimmassa 15–16-vuotiaiden koululaisten päihteiden käyttöä kuvaavassa ESPAD-kyselyssä näkyy vastaava normalisoitumisen tendenssi siten, että eri aineiden (kannabis, ekstaasi, amfetamiini) kerran tai kaksi tapahtuvan käytön riskin suureksi arvioivien osuus on vähentynyt 2000-luvulla ja on tällä hetkellä reilu kolmannes vastaajista (35–40 %). Samalla erot arvioituissa riskeissä aineiden välillä ovat kaventuneet. Kuitenkin huumeisiin liittyvä yleinen huoli on nuortenkin osalta pysynyt ennallaan, mikä ilmenee siinä, että aineiden säännöllisen käytön riskin suureksi kokevien osuus (85–90 %) on käytännössä pysynyt muuttumattomana koko 2000-luvun ajan kaikkien aineiden osalta. (Metso ym. 2009, 73–74.)<sup>21</sup>

### *Asenteet kannabiksen käyttäjiä kohtaan*

Suomalaista huumeidenkäyttöä ja kannabiksen osuutta siitä on tarkasteltu myös kannabisaktivistien<sup>22</sup> näkökulmasta. Taru Kekoni kyseli väitöskirjassaan aktiivisilta, miten heidän oma kannabiksen käyttönsä alkoi ja mitä merkityksiä he itse käytölle antavat ja toisaalta miten he kokevat yhteiskunnassa reagoitavan kannabiksen käyttöön ja mitä reagointi merkitsee heidän omaan yhteiskunnalliseen asemaansa nähden.<sup>23</sup> (Kekoni 2007, 78)

Haastateltavien mukaan yhteiskunnallisen suhtautumisen kannabiksen käyttöä kohtaan kerrotaan olevan negatiivista, leimaavaa ja perustuvan kannabiksesta vallitsevaan tietämättömyyteen sekä toisaalta alkoholin vahvaan valta-asemaan päihdekulttuurissamme. Haastatteluissa ilmiöitä kuvataan viittaamalla yleiseen ”huumehysteriaan”, ja tuomalla esiin ristiriitaa, joka vallitsee yhteiskunnallisessa suhtautumisessa ”hyväksi päihteeksi” nimettyyn alkoholiin. Tutkijan mukaan kannabiksen käyttäjien asettaminen osaksi ”ongelmaisten huumeiden käyttäjien” ryhmää asettaa kannabiksen käytön marginaaliin tuottamalla kannabiksen käyttöön liittyen leimattuja ongelmaidentiteettejä ja syrjäytymisen mallitarinoita. Tällaisen yhteiskunnallisen suhtautumiseen toimintansa perustavat yhteiskunnalliset toimijat työntävät käytännössä kannabiksen käyttäjät yhteiskunnallisten toiminta-alueiden ulkopuolelle. (Kekoni 2007, 169–171.)

21 Ks. tarkemmin luku 2.2.

22 Tutkimuksessa kannabisaktivistilla tarkoitetaan henkilöä, joka omalla toiminnallaan (joko kannabisjärjestöjen tai yksityisen toimintansa kautta) pyrkii toimimaan yhteiskunnallisesti aktiivisesti kannabiksen käytön ja käyttäjien aseman parantamiseksi.

23 Tutkija otti yhteyttä haastateltaviinsa Suomen kannabisyhdistyksen kautta ja jakamalla yhteydenottolomakkeita Tampereella 2003 pidetyn hamppumarssin yhteydessä. Haastatteluihin osallistui 36 aktiivistia. Kaikille haastateltaville oli yhteistä tavalla tai toisella ideologinen asenne kannabikseen, mutta kannabiksen käyttötavat vaihtelivat suuresti (yksi ei käyttänyt lainkaan kannabista). Kannabista käytti päivittäin kolmannes haastatelluista ja lähes kolmannes joko muutaman kerran viikossa tai muutaman kerran vuodessa. Työssäkäyvien osuus haastatelluista oli 44 % ja opiskelijoiden osuus 36 %. Työttöminä oli haastatelluista 17 %. Miehii haastatelluista oli kaksi kolmesta: Haastatelluista hieman yli kolmannes kuului joko ikäluokkaan 15–24-vuotiaat tai 25–34-vuotiaat, ja hieman yli 10 % ikäluokkiin 35–44-vuotiaat tai 45–54-vuotiaat. Haastattelumenetelmänä oli kvalitatiivinen, aktivoiva haastattelumalli. (Kekoni 2007, 78–92.)

Median kannabikseen liittyvä huumejulkisuus määritellään sensaatiohakuiseksi, ja uutisoinnissa käsitellään kannabiksen käytön vaikutuksia tavalla, jonka haastateltavat kokevat perustuvan virheelliseen tietoon. Valtamedialle vaihtoehtoiset kanavat, kuten internetin keskustelufoorumit, antavat mahdollisuuden myös toisenlaiselle julkisuudelle ja valtakulttuurista poikkeaville näkökulmille. Yksilöllisellä tasolla kuitenkin vaikeneminen näyttää olevan yhteiskunnallisen reagoinnin pohjalta syntynyt malli oman yhteiskunnallisen aseman säilyttämiseksi – ratkaisu, joka samalla ylläpitää tiedon vääristymiä näkökulmien välillä. (Kekoni 2007, 170–171.)

### *Asenteet huumeongelmaisia kohtaan*

Suomalaisten asenteita huumeongelmaisia kohtaan kartoitettiin tammikuussa 2007 tehdyssä kyselyssä<sup>24</sup>. Kysyttäessä ovatko vastaajat valmiita auttamaan huumeriippuvaista läheistensä, noin 81 prosenttia oli väittämän kanssa joko samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Yhteiskunnalta toivotaankin aikaisempaa enemmän resursseja huumeongelmaisten hoitoon (73 %). Huumeiden käyttö nähdään yhteiskunnallisena ongelmana myös siinä mielessä, että ainoastaan kolmannes vastaajista pitää huumeriippuvuutta käyttäjän omana asiana (32 %). Auttamishalusta ja hoitomyönteisyydestä huolimatta suomalaiset suhtautuvat huumeiden käyttäjiin varautuneesti. Huumeiden käyttäjien arvioidaan levittävän tarttuvia tauteja (80 %). Tämän lisäksi huumeiden käyttäjät arvioidaan pelottaviksi (66 %) ja epäluotettaviksi (78 %). (Sormunen 2007)

Varauksellinen asenne tulee ilmi myös selvityksessä jossa arvioitiin lähiasukkaiden asenteita Helsingin keskustassa, melko hyvässä maineessa olevassa kaupunginosassa olevaan suurehkoon huumehoidon palvelukeskukseen sijaintiin. Palvelukeskuksessa toimii avohoitoyksikön lisäksi muun muassa ylläpitohoitoa metadonilla antava yksikkö, ruiskujen ja neulojen vaihtopiste sekä hygieniapalveluja antava päiväkeskus. Tutkimuksen mukaan kyselyyn vastanneista noin puolet (51,4 %) vastusti huumehoitoyksikön sijaintia, kolmannes (33,3 %) ei tätä vastustanut ja lopulla osalla ei ollut suoraa mielipidettä asiaan. Tutkijan mielestä tulos oli hieman yllättävä, koska kansainvälisen arvotutkimuksen World Value Survey 2007 Suomea koskevan osion mukaan huumeiden väärinkäyttäjät ovat suomalaisten enemmistön (82 %) mielestä ryhmä, jota kaikkein vähiten haluttaisiin naapuriksi. (Hietaranta 2009, 20–23.)<sup>25</sup>

24 Suomalaisen suhtautuminen huumeiden väärinkäyttäjiin -kyselyn tuotti Schering-Plough Oy: Kysely toteutettiin puhelinhaastatteluna tammikuussa 2007. Tutkimukseen vastasi 500 henkilöä, jotka edustavat ikänsä, sukupuolensa ja asuinpaikkansa puolesta suomalaisia.

25 Tutkimusaineistona olivat huumehoidon palvelupistettä koskevat Suomen suurimman sanomalehden (Helsingin Sanomat) artikkelit (18) ajanjaksolla 12.8.1998–2.11.2006, paikallisen asukasyhdistyksen, paikallispoliisin sekä palvelukeskuksen johtajan haastattelut sekä palvelukeskuksen lähiympäristön asukkaille lähettämän asukaskyselyn (237 kotitaloutta) vastaukset (vastausprosentti oli 45 %) – ja tutkijan oma havainnointi (Hietaranta 2009, 9-10).

Tutkimuksen mukaan pelot eivät liity vain mielikuviin vaan lähes kolme neljästä liittyi konkreettisesti itse tai lähiympäristön kokemuksiin epämiellyttäväksi kokemuksiin tilanteisiin ja kohtaamisiin. Naisvastaajista kaksi kolmesta oli tuntenut pelkoa tai huolta yksikköjen tai niiden asukkaiden vuoksi kun osuus miehillä oli noin puolet. Yli 50-vuotiaat ovat harvemmin olleet peloissaan yksikön vuoksi, mutta he olivat myös joutuneet harvemmin yksikön asiakkaiden aiheuttamiin epämiellyttäviin tilanteisiin. Varakkaiden tuloluokkien osalta pelot liittyvät omaisuuteen (ilkivalta ja asunnon hinnan aleneminen) kun taas keskiluokka kokee pelkojen kohteena ennen kaikkea ympäristön muuttumisen ja rikollisen käyttäytymisen lisääntymisen. Kaikkiaan yksikön sijainti ahtaalla kujantyyppisellä kadunpätkällä on sijoitusratkaisuna ollut ongelmallinen, ja osittain syynä epämiellyttäviin kohtauksilanteisiin. Vaikka yksikkö onkin pyrkinyt ehkäisemään ongelmatilanteita yhteistyössä alueen vartiointiliikkeen kanssa ja palkkaamalla ympäristötyöntekijän siistimään asiakkaiden jälkiä, tutkija arvioi, että lähiyhteisön kannalta ympäristön avaruuteen olisi hyvä kiinnittää huomiota tulevia yksikköjä perustettaessa. (Hietaranta 2009, 20–23.)

## 2 Huumeiden kokeilu ja käyttö

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

Tutkimusten mukaan 1990-luvulla huumeikokeilujen nousutrendi poikkesi sukupuolen mukaan ja 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.

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. 1990-luvun loppupuolella ilmiö monimuotoistui eikä enää rajautunut kaupunkilaisnuorten marginaaliseksi juhlimismuodoksi. Nykyisin juhlimiseen kytkeytyvää huumeiden viihdekäyttöä ei voidakaan tarkastella ainoastaan tekno- ja ravekulttuurin osana, vaan pikemminkin laajempaan nuorisokulttuurisena virtauksena.

Näyttää siltä, että 1980-luvun loppupuolella syntyneen nuorisosukupolven kiinnostus huumeikokeiluihin on vähäisempää kuin nuorisosukupolven 10 vuotta sitten. Silti huumeikokeilut ja huumeiden käyttö ovat huomattavasti korkeammalla tasolla kuin 1990-luvun alussa. (Hakkarainen & Metso 2007.)

### 2.1 Huumeiden käyttö koko väestössä

Vuoden 2006 väestökyselyn mukaan 15–69-vuotiaassa väestössä joskus kannabista kokeilleiden osuus oli 13 %.<sup>26</sup> Taso oli lähes sama kuin vuoden 2002 kyselyssä ja kolme prosenttiyksikköä korkeampi kuin vuonna 1998. Naisista kokeilleita on 11 % ja miehistä noin 15 %. 15–34-vuotiaiden osuus (22 %) on vuosina 2002 ja 2006 pysynyt samana. Sen sijaan muutoksia on tapahtunut jälkimmäisen ikäluokan sisällä: vuodesta 2002 vuoteen 2006 15–24-vuotiaiden osuus laski 6 prosenttiyksiköllä, kun taas 25–34-vuotiaiden osuus vastaavasti kasvoi saman verran. Näin kannabiksen käytön merkitys nuorisokulttuurissa näyttäisi vähentyneen, kun taas

<sup>26</sup> Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat 15–69-vuotiaat suomalaiset, joista poimittiin satunnaisotannalla 5500 henkilön otos Suomen väestötietojärjestelmästä. Ahvenanmaa, laitoksissa asuva väestö ja vailla vakituista asuntoa olevat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Puolet otoksesta kohdistettiin ikäryhmään 15–34-vuotiaat. Yliotannalla tahdottiin kohdistaa kyselyä huumeiden käytön kannalta aktiivisimpaan väestön-osaan. Analyysissa nuorten yliotanta tasapainotettiin painokertoimilla. Postitse lähetettyyn kyselyyn vastasi 3029 henkilöä.

2000-luvun vaihteen huumeiden kokeilijasukupolven käyttö näyttäisi vielä jatkuvan. (Hakkarainen & Metso 2007).

Vuoden 2006 kyselyn mukaan viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kannabista kokeilleita oli 3 %, mikä vastasi vuosien 1998 ja 2002 kyselyjen tasoa. Eniten käyttö lisääntyi 25–34-vuotiaiden miesten osalta, jossa käyttäjien osuus kaksinkertaistui vuodesta 2002 vuoteen 2006. Kuukauden aikana kannabista oli käyttänyt 1 % aikuisista, joista 15–24-vuotiaiden ikäluokassa 4 % ja 25–34-vuotiaiden ikäluokassa 3 %. Miesten osuudet kokeilijoista olivat jonkin verran naisten osuuksia suuremmat. (Hakkarainen & Metso 2007.)

Vuoden 2008 juomatapakyselyn<sup>27</sup> osana tehdyn huumeekyselyn ennakkotietojen perusteella tilanne ei näyttäisi muuttuneen merkittävästi vuodesta 2006. Ikäryhmittäiset muutokset ovat niin pieniä, että ne mahtuvat virhemarginaalin sisään eikä niistä voi tehdä päätelmiä kehityssuunnista. Muutoksia vanhemmissa ikäryhmissä saattaa selittää se, että verrattuna aiempiin postikyselyihin vuoden 2008 henkilökohtaisen haastattelun yhteydessä tehdyissä kyselyssä yli 35-vuotiaat ovat todennäköisesti salanneet laiton kannabiksen käyttöönsä enemmän kuin nuoremmat. (Metso 2009)

Taulukko 3. Kannabista kokeilleiden elinikäis- ja vuosiprevalenssit ikäryhmittäin 1992–2008, %.

	1992	1996	1998	2002	2004	2006	2008***
<b>Elinikäisprevalenssi</b>							
kaikki	5	8	10	12	12	13	13
15–24	12*	14**	19	25	18	19	21
25–34	10	16	19	19	22	25	25
35–44	4	8	8	11	13	16	13
45–69	1	2	3	4	5	6	5
<b>Vuosiprevalenssi</b>							
kaikki	1	2	3	3	3	3	3
15–24	6**	9*	10	11	8	9	10
25–34	2	3	3	4	5	7	6
35–44	0	1	0	1	2	2	1
45–69	0	0	0	0	0	1	0
*18–24 v **16–24 v *** Vuonna 2008 tiedonkeruumenetelmä poikkesi edellisistä							

Lähde: Hakkarainen & Metso 2007, Metso 2009

27 Vuosina 1992 - 2006 huumeekyselyjen aineistot on kerätty postikyselyinä. Vuonna 2008 aineisto kerättiin juomatapatutkimuksen käyntihaastattelujen yhteydessä. Haastattelut perustuivat satunnaisotantaan ja perusjoukkona olivat 15–69-vuotiaat suomalaiset. Otokoko oli 3750 henkilöä ja lopullinen nettootos noin 73 %. Haastattelun jälkeen vastaajalle annettiin täytettäväksi lomake, jolla oli huumeiden käyttöä koskevat kysymykset. Vastaja sulki lomakkeen kirjekuoreen ja antoi sen haastattelijan mukaan. Lisäkyselylomakkeita palautettiin kaikkiaan 2593, eli vastausprosentti oli 69,1 %. Erilainen tiedonkeruu tapa saattaa vaikuttaa tuloksiin ja siksi vuoden 2008 tuloksia ei voida pitää täysin vertailukelpoisina aiempien postikyselyjen kanssa. (Metso 2009, Huhtanen ym. 2009.)

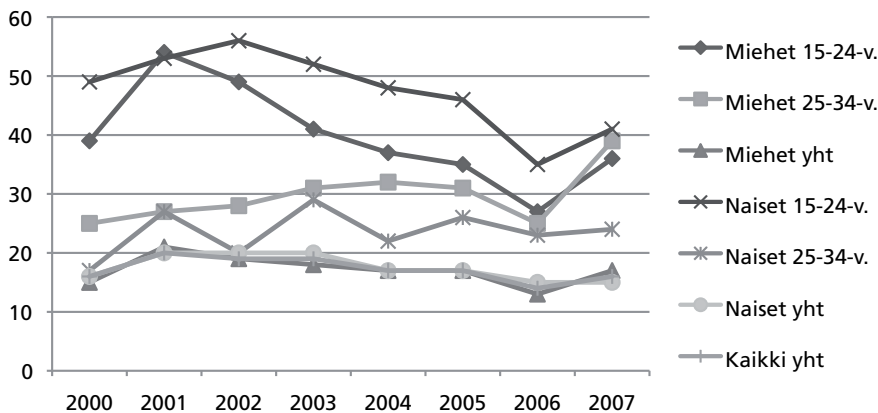


Vuoden 2006 kyselyn mukaan muiden huumeiden kuin kannabiksen osalta joskus huumeita kokeilleiden osuus vaihteli amfetamiineja kokeilleiden 2 %:sta opiaattien 0,6 %:iin. Ekstaasia oli kokeillut 1,5 % ja kokaiinia 1,0 %. Suhteellisesti eniten amfetamiineja (9 %), ekstaasia (5 %) ja kokaiinia (3 %) kokeilleita löytyi 25–34-vuotiaiden miesten joukosta. Viimeisen vuoden aikaisista kokeiluista ilmoitti kaikkien aineiden ja kaikkien ikäryhmien osalta alle 2 % vastanneista ja viimeisen kuukauden aikaisesta käytöstä vain muutama henkilö. (Hakkarainen & Metso 2007.)

Unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä oli vuonna 2006 käyttänyt ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin elinaikana 7 %, viimeisen vuoden aikana 3 % ja viimeisen kuukauden aikana 2 % vastanneista. Lääkkeiden osalta ikä- ja sukupuolierot olivat pieniä. (Hakkarainen & Metso 2007.)

Aikuisväestön (15–64-vuotiaat) terveyskäyttäytymistä koskevien (AVTK)<sup>28</sup> kyselyjen tärkein vuosittainen huumetilanteen kehitystä kuvaava mittari on huumeiden kokeilijoita tuttavapiirissään tietävien osuudet eri ikäluokissa. Nämä osuudet kasvoivat 2000-luvun alkupuolelle asti, mutta ovat laskeneet sen jälkeen. Selvimpää muutokset ovat olleet 15–24-vuotiaiden osalta. Kokonaistrendi ei kuitenkaan ole aivan yksiselitteinen, sillä 25–34-vuotiaiden miesten kontaktit huumeiden kokeilijoihin ovat yleistyneet viime vuosina. Vuosi 2007 näytti poikkeavan yleisestä laskukehityksestä koko nuorimman ikäluokan osalta. (Piispa ym. 2008, 30, Helakorpi ym. 2009, 156.)

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



Lähde: Piispa ym. 2008, Helakorpi ym. 2009.

<sup>28</sup> AVTK-tutkimusten aineistot on kerätty suuntaamalla postikysely 5000 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 1997–2008) uusintakyselyä. Lomakkeen täytettynä palauttaneiden määrä on vaihdellut vuosittain 3200:n ja 3600:n välillä. (Piispa ym. 2008, Helakorpi ym. 2009.)

AVTK-tutkijat (Piispa ym. 2008) summaavat yhteen viimeaikaisia tutkimustuloksia ja esittävät tulkintanaan, ettei uusia huumeiden kokeilijoita ja käyttäjiä enää ehkä ilmaannu siinä määrin kuin noin kymmenen vuotta sitten, mutta käytön kasvun vuosien jäljiltä huumeilla on Suomessa huomattavasti aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten juhlintatavoissa, viihdekäytössä (Salasuo 2005) että päihteiden ongelmakäytössä (Partanen ym. 2007).

## 2.2 Koululaisten huumeiden käyttö

Koululaisiin kohdistuneen vuoden 2007 ESPAD-tutkimuksen<sup>29</sup> mukaan 15–16-vuotiaista nuorista 8 % oli joskus elämänsä aikana kokeillut kannabista. Osuus oli 10 % vuonna 1999 ja 11 % vuonna 2003. Erot eivät olleet merkittäviä tyttöjen ja poikien välillä. Erilaisia ”kovia” laittomia huumeita joskus ilmoitti kokeilleensa 0–2 % vastanneista. Päihteiden käytön osalta tasaantumisen ja vähenemisen trendi on ollut havaittavissa koko 2000-luvun ajan niin alkoholin humalakäytön, alkoholin ja pillerien yhteiskäytön, tupakan kun kannabiksen käytönkin osalta. Aleneva trendi alkoi pääkaupunkiseudulta, mutta näkyy jo selvästi myös muualla Etelä-Suomessa ja Länsi-Suomessa. Vuonna 2007 kannabiskokeilut olivatkin lähes yhtä yleisiä kaupungeissa kuin maaseudulla asuvien nuorten keskuudessa. Alueellisesti nuorten kannabiskokeilut ovat kuitenkin edelleen yleisimpiä (12 % nuorista) pääkaupunkiseudulla. (Ahlström ym. 2008; Metso ym. 2009.)

Poikkeuksena edelliseen kehitykseen on lisääntynyt liimojen ja liuottimien käyttö sekä tyttöjen osalta rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö. Liimoja tai liuottimia oli vuoden 2007 tutkimuksen mukaan käyttänyt elinaikanaan nuorista 10 %. Tytöistä lähes 10 % oli käyttänyt päihteenä myös rauhoittavia tai unilääkkeitä. Erittymisen liimojen ja liuottimien käyttö on huomattavasti yleisempää maaseudulla (15 % nuorista) kuin kaupungeissa (9 %). (Ahlström ym. 2008.)

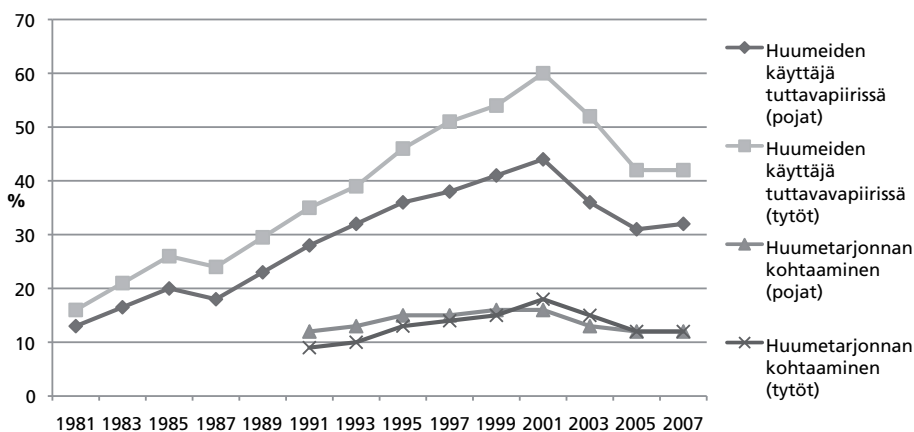
Yleisesti ottaen koulussa hyvin menestyvät käyttävät kaikkia päihteitä vähemmän kuin heikosti menestyvät. Huumeiden kokeilu on ollut vähäistä (4–5 %) koko tutkimusjakson ajan hyvin koulussa pärjävien oppilaiden keskuudessa, ja esimerkiksi vuonna 2007 ero kannabiksen käytössä hyvin ja huonosti menestyvien välillä oli suuri (3 % / 17 %). Vastaava ilmiö tulee esiin koulupinnauksesta kyseltäessä. Vuoden 2007 tietojen mukaan oppilaista, jotka eivät ole viimeisen kuukauden aikana pinnanneet lainkaan, 4 % oli joskus kokeillut kannabista, kun taas vähintään 3 kertaa pinnanneista lähes kolmannes oli joskus myös kokeillut kannabista. Myös koululaisten kotitausta vaikuttaa jonkin verran huumeekokeiluihin, sillä ns. ydinperheessä elävillä koululaisilla kannabiskokeilujen määrä (6 %) on noin puolet vas-

<sup>29</sup> Viimeisin näistä kyselyistä on vuonna 2007 toteutettu ESPAD-kysely, johon osallistui 299 koulua ja 5 043 oppilasta peruskoulun 9. luokalta. Tietoja kerättiin samalla tiedonkeruumenetelmällä kuin vuosien 1995, 1999 ja 2003 kyselyissä. Vastausprosentti oli 91 % vuonna 2003. (Ahlström ym. 2008.)

taavasta osuudesta muissa perhemuodoissa. Sen sijaan perheen koulutustaustalla ei ole merkittävää vaikutusta kokeiluihin, vaikka kokeilut alun perin 1990-luvun puolivälissä yleistyivät juuri korkeakoulutaustaisissa perheissä. (Metso ym. 2009 79–81, 84–86.)

Valtakunnallisen, 12–18-vuotiaihin kohdennetun nuorten terveystapatutkimuksen<sup>30</sup> kysymyksillä on mahdollista arvioida nuorten ”sosiaalista altistumista huumeille”, mitä tarkastellaan kysymällä tietävätkö nuoret tuttavapiirissään huumaavia aineita kokeilleita tai onko heille itse tarjottu näitä aineita. Vuoden 2007 tutkimuksen mukaan ainakin yhden huumeekokeilijan tuttaviansa keskuudessa tietävien 14–18-vuotiaiden osuus lisääntyi vuodesta 1987 vuoteen 2001, minkä jälkeen osuus lähti laskuun. Lasku pysähtyi kuitenkin vuonna 2007. (Rimpelä A. ym. 2007, 42–44.)

Kuvio 3. 14–18-vuotiaiden sosiaalinen altistuminen huumeille (% , ikä vakioituna).



Lähde: Rimpelä A. et al. 2007.

Tutkijoiden mukaan kahden vuoden välein toteutettavat nuorten terveystapatutkimus ja kouluterveyskyselyt viittaavat siihen, että huumeiden käytön väheneminen olisi pysähtymässä. Valtaosa huumaavien aineiden tarjonnasta tulee ystäviltä ja tuttavilta, mikä viittaa siihen, että näistä aineista on tullut osa nuorten arkipäivää, eikä saatavuus riipu yksinomaan ulkopuolisesta tarjonnasta. (Rimpelä A. 2007, 51.)

Suomessa on kerätty *FinnTwin 12-17* -aineistoa vuosina 1983–1987 syntyneistä kaksosista. Aineiston perusteella on arvioitu huumeiden käyttöön liittyvi-

<sup>30</sup> Tutkimus on postikysely, joka toistetaan joka toinen vuosi. Ensimmäinen kysely tehtiin vuonna 1977. Kyselyotos valitaan 12-, 14-, 16- ja 18-vuotiaista Kyselyyn liittyy kaksi uusintakyselyä vastaamattomille, joista viimeinen oli mahdollista täyttää sähköisesti. Vuoden 2007 kyselyyn vastasi 5840 nuorta (vastausprosentti 61 %). (Rimpelä A. ym. 2007.)

en taustatekijöiden osuutta huumekeiluihin: yksilö-, vertaisryhmä- ja perhemuuttujien roolia nuorten kannabiskokeiluissa (Korhonen ym. 2008) ja varhaisiän masennuksen vaikutusta myöhempiin huumekeiluihin (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 tutkimuksessa<sup>31</sup> todettiin, että tutkituista kaksosista 13,5 % 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. Kun mallia tarkennettiin kohdentamalla analyysi kaksospareihin, joista vain toinen oli kokeillut huumeita, tulokset muuttuivat siten, että merkittävästi huumekeiluihin 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. Erityisesti tutkijat nostavat esiin varhaisen tupakoinnin ilmiönä, joka oli jopa varhaista alkoholin käyttöä merkitsevämpi myöhemmissä huumekeiluissa. Tutkijat kuitenkin muistuttavat, että monia huumekeiluihin muussa kirjallisuudessa esiin nousseita tekijöitä (perheen asenneilmapiiri, kuri, yleiset ympäristötekijät, huumeiden saatavuus) oli jouduttu jättämään pois tutkimuksen alkuperäisestä muuttujalistasta. (Korhonen ym. 2008)

Varhaisiän masennuksen vaikutusta nuorten päihteiden käyttöön kuvaavassa kaksostutkimuksessa<sup>32</sup> todettiin varhain (14-vuotiaana) ilmenevien masennus-

31 Tutkimusaineisto koostui viidestä täydellisestä kaksosten syntymäkohortista vuosilta 1983–1987 (n=5600 kaksosta) sekä kaksosiin ja heidän vanhempiinsa 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-vuotiaana. Vaikuttavien muuttujien ryvästä 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 3118 henkilöstä (kaksosista). Aineisto analysoitiin logistisella ja ehdollisella (conditional) logistisella regressionalyysillä käyttäen tunnuslukuna vetosuhtetta (odds ratio). Viimeisen vaiheen eriparia (discordant) olevien kaksosten otosjoukkoon kuului kaikkiaan 246 kaksosparia. (Korhonen ym. 2008.)

32 Tutkimus kohdistui viiteen täydellisten kaksosten syntymäkohorttiin vuosilta 1983–1987 (n=5600 kaksosta) sekä kaksosiin ja heidän vanhempiinsa kohdistuneisiin peruskyselyihin, kun kaksoset olivat 11–12-vuotiaita (kattavuus 87 %). Tämän tutkimuksen perusaineistona on edellisestä aineistosta satunnaisotoksen pohjalta (40 % otoksesta) toteutettu seurantahaastattelu perheille kaksosten ollessa 14-vuotiaita (kattavuus 90 %) sisältäen alkoholimin periytyvyyttä valottavan SSAGA-lomakeosion. Varsinainen seuranta-aineisto koostui kyselyistä kaksosille heidän ollessaan 17,5-vuotiaita (kattavuus 83 %). Aineiston puhdistettu ja tarkastettu lopullinen aineisto käsitti tiedot kaikkiaan 1545 henkilöstä (kaksosista). Aineisto analysoitiin logistisella ja ehdollisella (conditional) logistisella regressionalyysillä käyttäen tunnuslukuna

oireiden ennakoivan huumekekeilujen kohonnutta todennäköisyyttä nuoruusiällä (17,5-vuotiaana). Sama pätee myös tupakan päivittäisen käytön lisääntyneeseen todennäköisyyteen sekä alkoholin säännöllisen käytön todennäköisyyteen. Kun mallia tarkennettiin kohdentamalla analyysi kaksospareihin, joista vain toinen oli kokenut nuoruusiällä masentuneisuutta ja joiden osalta nuoruusiän huumekekeilut eroavat, yhteys ei näyttäisi enää olevan merkitsevä. Kuitenkin jälkimmäisessä tapauksessa otoskoko on niin pieni, että tulokset ovat korkeintaan suuntaa antavia. (Sihvola ym. 2008).

## 2.3 Huumeiden käyttö väestön erityisryhmissä

Päihteiden käytön kannalta erityisen haasteellisen ryhmän muodostavat nuoret miehet. Varusmieskyselyt ovat osoittautuneet tärkeäksi tavaksi lähestyä tämän ryhmän terveystottumuksia. Varusmiespalvelukseen tulevia on seurattu systemaattisesti kyselytutkimuksin vuodesta 1968 lähtien. Vuoden 2005 kyselyn vastajista noin 20 % raportoi kokeilleensa jotain huumausainetta aiemmin, yleisemmin kannabista. (Meririnne ym. 2007.)

Nämä kyselyt eivät kuitenkaan tavoita varusmiespalvelun ulkopuolelle jääneitä miehiä. Vuosi-ikäluokasta noin viidennes ei suorita varusmiespalvelusta. Tätä tietoa varten Stakes, puolustusvoimat, työministeriö sekä Helsingin ja Vantaan kaupunki toteuttivat tutkimuksen, jossa kerättiin tietoa sekä varusmiespalveluksen ulkopuolelle jääneistä että varusmiespalvelun keskeyttäneistä sekä heidän terveystottumuksistaan vuosina 2004–2005. (Stengård ym. 2008.)<sup>33</sup>

---

vetosuhdetta (odds ratio). Viimeisen vaiheen eriparia (discordant) olevien kaksosten otosjoukkoon kuului kaikkiaan 150 kaksosparia. (Sihvola ym. 2008.)

<sup>33</sup> Tutkimukseen osallistui vuosina 2004–2005 yhteensä 356 varusmiespalveluksen tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäänyttä sekä 440 palvelukseen määrättyä nuorta miestä Helsingistä ja Vantaalta. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja rekisteritietoja hyödyntämällä. Varusmies- tai siviilipalvelukseen astuvien terveydelliset edellytykset selvitetään kutsunnoissa lääkärintarkastuksessa. Luokkaan A sijoitetaan henkilöt, joiden terveydentila ei rajoita toimintaa kenttäoloissa, ja luokkaan B henkilöt, joilla on terveydellisistä syistä vaikeuksia selviytyä taistelujoukoissa, mutta jotka voidaan kuitenkin kouluttaa erilaisiin tukitehtäviin. Nämä henkilöt määriteltiin tutkimuksessa AB-mieheksi. Mikäli nuorella todetaan jokin terveydellinen este varusmiespalvelukseen, hänet vapautetaan palveluksesta joko rauhan aikana (C-luokka), määräaikaisesti (E-luokka) tai pysyvästi (D-luokka). Joka kymmenennellä asevelvollisista todetaan terveydellinen palveluste, joista esimerkiksi vuoden 2007 kutsunnoissa 80 % sijoitettiin C-luokkaan ja 11 % D-luokkaan. Noin puolet jää palveluksen ulkopuolelle mielenterveydellisistä syistä. Palveluksen aloittaneista asevelvollisista joka kymmenes keskeyttää palveluksen, noin puolet heistä mielenterveydellisistä syistä. Myös tutkimukseen osallistuneet, palvelusuhteensa keskeyttäneet laskettiin mukaan CDE-miesten luokkaan. (Stengård ym. 2008, 5, 26–27.)

Taulukko 4. Huumeiden käyttö varusmiespalvelukseen osallistuneiden ja sen ulkopuolelle jääneiden keskuudessa 2004–2005

	AB-miehet	Palveluksen ulkopuolelle jääneet	CDE-miehet keskimäärin	Palveluksen kesken jättäneet
Kokeillut huumeita	16 %	32 %	43 %	55 %
Tuntee huumeita joskus kokeilleen	59 %	67 %	75 %	83 %
On tarjottu huumeita	55 %	62 %	70 %	78 %

Lähde: Stengård ym. 2008.

Varusmiespalvelukseen astumisen yhteydessä hakijat luokitellaan sen mukaan, onko heillä terveydellisiä esteitä varusmiespalveluksen suorittamiseen. AB-miehillä mahdolliset terveyshaitat eivät estä palvelukseen osallistumista. Tutkimustulosten mukaan CDE-miehille oli kasaantunut AB-miehiä enemmän kuormittavia elämäntapahtumia (työttömyys ja toimeentulo-ongelmat) sekä psykososiaalisia ongelmia (perheen päihde- ja mielenterveysongelmat). CDE-miehillä oli myös vähemmän sosiaalisia suhteita, tukea ja harrastustoimintoja kuin AB-miehillä. Epäterveellimmät elintavat kasautuivat päihdediagnoosin saaneille. CDE-miehistä psyykkisesti kuormittuneita (unihäiriöitä, masentuneisuutta jne.) oli lähes puolet kun vastaava osuus AB-miehistä oli alle 10 %. Lisäksi palveluksen keskeyttäneillä ongelmien kasaantuminen on yleisempää kuin palveluksen ulkopuolelle jääneillä. (Stengård ym. 2008, 74–80.)

### 3 Huumeiden vastainen ehkäisevä työ

Ehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä. Päihdetyön kehittämiseksi perustettiin vuonna 2000 ehkäisevän päihdetyön kuntayhdyshenkilöverkosto. Vuoden 2007 keväällä lähes 95 % Suomen kunnista oli nimennyt ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilön. Yhdyshenkilön tehtäväksi määriteltiin ehkäisevän päihdetyön edistäminen kunnassa moniammatillisena yhteistyönä, tiedonvälitys ehkäisevän päihdetyön toimijoiden välillä sekä kunnallisen tai alueellisen päihdestrategian koordinointi.

Ehkäisevän päihdetyön kunta- ja alueverkostojen kehittäminen toteutetaan valtakunnallisen alkoholiohjelman kautta. Nykyinen hallitus päätti jatkaa vuoden 2003–2007 alkoholipoliittisen periaatepäätöksen (STM 2003) mukaista toimintaa vuosina 2008–2011 toteutettavalla alkoholiohjelmalla. Vuoden 2008 loppuun asti Stakes ja tämän jälkeen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toimii ohjelman pääkoordinaattorina, joka ohjaa kuntaohjelman toteuttamisessa. THL kehittää myös päihdetyön alueellista kehittäjäverkostoa sekä kerää ja välittää alan hyviä käytäntöjä. Toimintakautena 2008–2011 on tarkoitus vahvistaa alueellista ja seudullista alkoholihaittojen ehkäisyä. Lääninhallituksiin palkataan aluekoordinaattoreita, jotka huolehtivat, että ohjelman toimintalinjat näkyvät sekä alueellisissa että kunnallisissa päihdestrategioissa. Hallituksen tuki ohjelmalle tulee Terveyden edistämisen politiikkaohjelman kautta.

Kuntien päihdestrategioissa ehkäisevä päihdetyö on käsitetty yleensä jatkumona, johon sisältyi ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen ja hoito. Uuden käsitelmäärityksen myötä päihdetyö jakaantuu ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön. Päihteitä käsitellään päihdestrategioissa yleensä kokonaisuutena, huumeita ja alkoholia erottelematta. Myös tupakoinnin ja toiminnallisten riippuvuuksien ehkäisy luetaan ehkäisevän päihdetyön piiriin.

Ehkäisevälle päihdetyölle on määritelty laatukriteerit (Stakes 2006). Kriteeristö on luonteeltaan sisällöllinen ja se soveltuu eri päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisyyn sekä vähentämiseen.<sup>34</sup> Laatukriteerien omaksumista käytäntöön pidetään keskeisenä välineenä ehkäisevän työn laadun parantamiseksi. Huumetyötä ei laatukriteereissä ole eroteltu muusta päihdetyöstä.

Opetushallituksen määrittelemissä koulujen opetussuunnitelmissa terveystieto on erotettu omaksi oppiaineekseen. Päihteiden ehkäisyyn liittyvät kysymykset ovat keskeisiä terveystiedossa opetettavia sisältöalueita. Myös koulujen opetussuunnitelmassa ja oppilashuollossa tulee käsitellä huumeiden vastaista työtä.

34 Kriteerit: 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.

Paikalliseen opetussuunnitelmaan tulee kirjata muun muassa päihteiden käytön ennaltaehkäisemistä ja hoitamista koskevat toimenpiteet.

Opetusministeriö tukee nuorten ehkäisevää päihdetyötä valtavirtaistamisperiaatteella tukemalla toimijoita ja harrastuksia, joilla pyritään ennalta ehkäisemään nuorten päihteiden käyttöä. Nuorten ehkäisevää päihdetyötä tehdään lisäksi esimerkiksi nuorten työttömien aktivoimiseksi perustetuissa työpajoissa. Työpajatoiminta on yksi varhaisen puuttumisen toimintamalli, ja sen tavoitteena on myös katkaista mahdollinen syrjäytymiskehitys nuorilla, jotka ovat vaarassa jäädä ilman jatkokoulutusta.

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.

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.

Huumetyön osaksi on luotu sähköisiä huumeetietopalveluja, keskustelufoorumeita sekä välineitä päihteiden käytön itsearviointiin. Asiantuntijoiden tietojen vaihtoa ja koulutusta on vastaavasti kehitetty luomalla koulutuksen tueksi verkostopohjaisia asiantuntijafoorumeita.

## 3.1 Yleinen ehkäisevä huumetyö

Suomessa kunnat ja niiden muodostamat kuntayhtymät vastaavat pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen korostuu tavoitteena, joka näkyy lainsäädännössä (kansanterveyslaki), käynnissä olevissa poliittisissa ohjelmissa (Terveys 2015-kansanterveysohjelma) sekä toimintapolitiikkoja ohjaavissa palvelujen laatusuosituksissa (esimerkiksi päihdepalvelujen laatusuositukset, ehkäisevän päihdetyön laukriteerit). Stakes toteutti vuonna 2007 kaikille kunnanjohtajille kyselyn hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategioiden, toimintatapojen ja seurannan näkökulmasta.<sup>35</sup>

Tutkimuksen tulosten mukaan Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa (STM 2001) esitetty tavoite ”nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvien

<sup>35</sup> Kyselyyn vastasi 177 kuntaa kaikista 416 kunnasta (vastausprosentti 43 %), mutta vastanneiden kuntien väestöosuus kattoi lähes kaksi kolmasosaa Suomen asukasmäärästä. (Wilskman ym. 2008, 5.)



terveysongelmien hoidosta niin, etteivät ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa” on nostettu eksplisiittisesti tavoitteeksi kunnallisella tasolla 41 prosentissa vastanneista kunnista. Kuntakoon kasvaessa korostuvat myös nuorten päihdeiden käyttöön liittyvät tavoitteet siten, että ne mainitaan jo kahdessa kolmesta yli 30 000 asukkaan kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmasta. Vastaavasti ehkäisevän päihdetyön laatuksiteereitä (Stakes 2006) ja päihdepalvelujen laatusuosituksia (Stakes 2002) sovelletaan noin kahdessa kolmesta vastanneesta kunnasta siten, että sovellettavuusaste on lähes 100 % yli 30 000 asukkaan kunnissa. Tulevaisuuden haasteita palvelujen kehittämiseksi kunnissa tuottavat vastausten mukaan elämäntapasairauksien (esimerkiksi päihdeiden käyttö) ennalta ehkäisy. Elämänkaaren mukaan tarkasteltuina nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon ja ehkäisyn sekä kouluterveydenhuollon paineet näkyvät myös selvästi vastauksissa. (Wilskman ym. 2008, 15–16, 19–20, 32.)

Vuonna 2008 Stakes selvitti kunnallisen päihdestrategiatyön suunnitelmallisuutta haastattelemalla ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöitä (n=16) ja käymällä läpi kuntien päihdestrategioita (n=24). Selvityksen mukaan useissa kunnissa päihdestrategia on valmisteltu valtakunnallisten ohjeiden ja suositusten mukaan ja päätuotteena on valmistunut asiakirja, joka sitouttaa kunnan toimijat työskentelemään yhteisen vision mukaan. Kuitenkin usein päihdestrategiat koostuvat vain nykytilanteen ja toiminnan kuvauksista. Tällöin ne eivät ohjaa toiminnan soveltamista käytäntöön, Kuvaileva strategia tarjoaa päihdetyön kehittämiseen ja eri toimialojen verkostoitumiseen varsin vähän aineksia. Strategian valmisteluun osallistuu toisinaan suhteellisen pieni joukko kunnan alueella työskenteleviä henkilöitä – muu toimijajoukko jää prosessin ulkopuolelle, eivätkä he koe strategian toimeenpanoa velvoittavaksi. Selvityksen mukaan osassa haastatteluista välittyi kuva, että tärkeimpänä päihdepoliittisena vaikuttajana pidetäänkin strategian valmisteluun osallistunutta päihdetyöryhmää. Kunnan päihdestrategia saattaa jäädä valtuustokäsittelyn jälkeen unohduksiin, kun päihdetyöryhmä edustaa jatkuvuutta ja parhaimmillaan osallisuutta päätöksentekoon. (Kekki & Kajander 2008, 35–36.)

Strategioiden lisäksi kunnissa on monenlaisia virallisia ja epävirallisia linjauksia, jotka vaikuttavat esimerkiksi eri viranomaisten (poliisi/terveyskeskukset) vastuisiin päihtyneistä asiakkaista tai toimintatapoihin, joiden mukaan eri viranomaiset toimivat oman asiakaskuntansa (nuorisotyöntekijät, lääkärit) parissa. Tämänkaltaisilla konkreettisilla toimintalinjauksilla on usein enemmän suoraa vaikutusta päihdetyöhön kuin strategioilla. Yhteistyö ja innovatiivisuus eivät välttämättä edellytä muodollista päihdestrategiaa, mutta haastateltavat korostivat, että strategia on hyödyksi innovaatioiden toimeenpanossa. Strategian avulla päihdetyö kehittyi, vastuutahot sitoutuvat kehittämistyöhön – ja työstä hyötyvät niin asiakkaat kuin myös työntekijät itse. (Kekki & Kajander 2008, 36–37.)

Järjestöt ovat yksi keskeisimpiä toimijoita ehkäisevässä päihdetyössä. Julkista terveyden edistämisen rahoitusta saaneiden järjestöjen toimintaa arvioitiin vuon-

na 2007.<sup>36</sup> Arvioinnissa huomioitiin: (1) Toimintaperiaatteet ja strategia (ehkäisevän päihdetyön kohdentaminen laatukriteerien mukaan), (2) Toiminnan toteutus ja organisointi (työn tietoperustan varmistus, sekä toteutusprosessien valinta), (3) Tuloksellisuus (tavoite suhteessa ehkäisevän päihdetyön kohdentumiseen, seuranta ja arviointi), (4) Osaaminen (henkilöstön osaamisen arviointi ja hyödyntäminen), (5) Kumppanuudet ja resurssit (tavoitteellinen yhteistoiminta sekä (6) Johdaminen (toiminnan suunnittelu, toteutuksen ja organisoimisen tuloksellisuus). (Wennberg ym. 2007, 8-10.)

Arvioinnin mukaan järjestöjen työmuodoissa korostuvat tiedotus- ja koulutus/konsultointitoiminta. Ehkäisevän päihdetyön menetelmät jakautuvat yleisesti tunnettuihin ja vakiintuneisiin (usein kansainvälisesti käytettyihin) sekä järjestön itsensä kehittämiin. Käytännössä vain ensimmäisen tyyppin menetelmien vaikuttavuutta arvioitaessa on mahdollista löytää tutkimus- ja arviointitietoa alkuperäisen mallin vaikuttavuudesta. Vaikka noin 70 % kyselyyn vastaajista kokee, että järjestö kiinnittää tarpeeksi huomiota ehkäisevän päihdetyön vaikuttavuuden arviointiin, huomattavaa on, että vain 42 % vastaajista käyttää arvioinnissa systemaattista menetelmää. Useimmiten systemaattisella arviointimenetelmällä viitataan Stake-sin ehkäisevän päihdetyön laatukriteereihin. Arvioinnin keinoja olivat useimmiten raportointi ja dokumentointi (esim. toimintakertomus), arviointipalaverit sekä asiakaspalautte. (Wennberg ym. 2007, 24–26.)

Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämiseksi asetetun työryhmän loppuraportissa vuodelta 2007 arvioidaan, että päihdeopetuksen määrä ja opetuksen sisällöt vaihtelevat eri oppilaitoksissa ja eri koulutusasteilla, mikä johtuu muun muassa siitä, onko oppilaitoksessa tai korkeakoulussa aiheesta kiinnostunutta opettajaa, päihdetyölle määrättyä vastuupettajaa tai omaa päihdetyön tutkimusta. Opetuksen tason turvaamiseksi työryhmän toiminnan tuloksena syntyi esitys päihdetyön koulutuksen minimisisällöksi. (OPM 2007a.)

Työryhmänsuosituksissa todetaan, että päihdetyön koulutusvelvoite koskee kaikkia koulutusaloja, joista valmistutaan sosiaali- ja terveysalan työntekijöiksi. Lisäksi on tärkeää, että kaikki nuorisotalon, kasvatusalan, opetusalan, diakonian ja poliisin työtehtäviin valmistuvat saavat koulutuksessaan päihdetyön perusvalmiudet. Annettavan päihdetyön koulutuksen kattavuuden, systemaattisuuden ja laadun varmistamiseksi on määriteltävä selkeät tutkinto- ja koulutusaloittaiset päihdetyön osaamistavoitteet. Opintokokonaisuuksissa tulee huomioida päihde- ja mielenterveytyön tasapuolisuus ja tehdä se näkyväksi opetussuunnitelmissa

36 Toiminnan arviointi perustui Euroopan laatupalkintomalliin (EFQM-malliin). Arvioinnin ai-neistona on käytetty järjestöjen edustajien sekä sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesten haastatteluja, järjestöjen toimintakertomuksien ja ehkäisevän päihdetyön työmenetelmistä kertovien asiakirjojen analyysiä, sähköistä kyselyä, näitä aineistoja syventäviä tapaus tutkimuksia sekä muuta täydentävää dokumenttiaineis-toa. Arvioinnissa toteutettiin itsearvioinnin sekä tiedon keräämisen yhdistävä kysely, joka välitettiin järjestö-jen yhteyshenkilöille. Kyselyä pyydettiin välittämään järjestössä eteenpäin niille henkilöille, jotka vastaavat / toteuttavat ehkäisevää päihdetyötä ko. organisaatiossa. Kyselyyn vastasi 53 henkilöä ja kysely koski järjestö-jen toimintaa vuonna 2005.

ja opetustyössä. Yllä mainituilla aloilla työskenteleville tulee olla tarjolla riittävästi laadukasta lisä- ja täydennyskoulutusta päihdetyön osaamisen täydentämiseksi, ylläpitämiseksi ja vahvistamiseksi. Lisäksi oppilaitoksilla tulee olla ajantasainen päihdestrategia, jotta oppilaitosten oma päihdetoimintakulttuuri kehittyy rinnan päihdetyön opetuksen kanssa. (OPM 2007a.) Nuorisotyössä työelämän täydennyskoulutusta on alettu kehittää Preventiimi-ohjelmalla, joka toimii valtakunnallisen Humanistisen ammattikorkeakoulun (HUMAK) yhteydessä, kehittäen nuorisotyössä toimivien ammattitaitoa ja verkottamalla toimijoita. (Preventiimi 2009.)

Opettajien käsityksiä ehkäisevään huumetyöhön suuntautuneesta koulukasvatuksesta ja opetuksesta tarkastelevassa väitöskirjassaan Outi Mäkitalo pyrki tunnistamaan opettajien erilaisia tapoja ymmärtää päihdeilmiötä ja heidän tapojaan toteuttaa ehkäisevää huumetyötä.<sup>37</sup> Haastattelussa käytettiin avainkysymyksiä, jotka koskivat sitä, miten opettajat ymmärtävät käsitteen ”päihde”, minkälaiset oppilaat opettajan mielestä käyttävät huumeita ja minkälaisista perheistä huumeita käyttävät nuoret ovat, onko sillä eroa, käyttääkö oppilas alkoholia tai huumeausinetta, sekä voiko opettaja tehdä ehkäisevää huumetyötä, onko huumevalistus ainoa vaihtoehto ja miten opettajat ymmärtävät oman roolinsa koulussa. (Mäkitalo 2008, 60.)

Mäkitalon tutkimuksen mukaan opettajat tarkastelivat päihdekäsitettä enimmäkseen terveysnäkökulmasta. Alkoholi ja huumeet eroteltiin selvästi toisistaan. Lisäksi opettajien käsitysten erot liittyivät siihen, miten laajasti huume-käsite määriteltiin ja siihen tarkasteltiinko huumeiden käytön terveysvaikutuksia aineisiin liittyen vai yleisemmällä vaikutustasolla. Usein näytti siltä, että on totuttu ajattelemaan, että lääketieteellisestä viitekehuksesta tuotettu tieto on objektiivista. Kuitenkaan lääketieteen tuottama tieto ei olekaan samaa tietoa, jota opettajat ja oppilaat kohtaavat omassa maailmassaan. (Mäkitalo 2008, 175–181.)

Osa tutkimukseen osallistuneista opettajista korosti ehkäisevän huumetyön sisällöstä terveysvaikutusten ja niihin liittyvien faktojen merkitystä, kun taas osa opettajista liitti ehkäisevän huumetyön laajaan koulukasvatukseen perustuvaan kokonaisuuteen. Jälkimmäisessä tapauksessa perinteistä huumevalistusta kehitetään kohti elämisentaitoja, eettisyyttä sekä arvokasvatusta ja opetusta kehitetään voimavarakeskeisesti. Ensimmäisessä vaihtoehdossa huumevalistuksen toteuttajaa haetaan usein ulkopuolisen asiantuntijan avulla ja kasvatustehtävän toteutuminen korvataan faktatiedon esittämisellä oppilaan uusien kykyjen ja ominaisuuksien kehityksen jäädessä toiselle sijalle. Eräät opettajat painottavat voimakkaita tunnekokemuksia (esimerkiksi kuvat huumeiden aiheuttamista terveysongelmista), kun taas toiset painottavat tietopainotteista opetusta saarnaamisen ja moralisoinnin sijaan. Koska oppilaalle tarjottava oppimisen sisällön kokonaisuus koostuu ainetie-

<sup>37</sup> Tutkimuksessa käytettiin fenomenografista tutkimusotetta. Haastatteluaineisto koostui 9 lukion opettajan haastattelusta (tällöin tutkija oli havainnut aineiston olevan riittävän rikas erilaisine vaihteluineen). Kaikkia haastateltavia haastateltiin keskimäärin tunnin verran kahdesti, ensin keväällä ja toisen kerran syksyllä 2001. Haastateltavat opettajat edustivat eri aineita. ( Mäkitalo 2008, 58.)

toudesta, opettajat eivät koe olevansa päteviä puhumaan huumeista, sillä heillä ole alan erityisasiantuntemusta. Toisen vaihtoehdon lähtökohdasta opettajat laajentavat omaa rooliaan kasvattajina toimimiseen ja korostavat nuorten vuorovaikutustaitojen kehittämistä sekä nuorten kriittistä kykyä päättää suhtautumisestaan huumeisiin erilaisen tiedon ja oman ajattelun perusteella. Opettajat kokivat olevansa omien tietojensa ja taitojensa (sekä niiden kehittämisen) kautta päteviä puhumaan huumeista. Myös he täydentäisivät opetustaan ulkopuolisten asiantuntijoiden vierailuilla, vaikka epäilivätkin näiden tietojen relevanttiutta kasvatustehtävän suhteen. (Mäkitalo 2008, 175–181.)

Mäkitalon mukaan suhtautuminen huumeisiin Suomessa on tabuluonteinen. Tämä vaikuttaa opettajien rooliin mahdollisissa interventio-tilanteissa. Opettajat arvioivat, että muiden ammattiryhmien tietoperusta sopii interventioiden toteuttamiseen opettajien tietoperustaa paremmin. Ehkäisevän huumetyön ajateltiin painottuvan tasolle, jossa pulmatilanteissa olevia nuoria pyritään auttamaan moniammatillisessa ryhmässä, johon opetukseen osallistuvat opettajat ovat periaatteessa sitoutuneita lukion perustehtävän kautta. Tutkijan mukaan opetus on oppimisen toinen puoli ja oppilaan kriittisen ajattelun kehittyminen ja se, miten hän oppii suhtautumaan vastuullisesti huumeisiin, ovat riippuvaisia siitä, mitä hänelle koulukasvatuksen kautta tarjotaan opittavaksi. Haastattelussa opettajat olettivat usein ulkopuolisen huumevalistajan tiedon olevan oikeaa tietoa, mutta tutkijan mukaan voidaan kysyä, miten tämä ulkopuolinen tieto liittyy lukion kasvatuksellisiin ja sivistyksellisiin tavoitteisiin – oppilaiden vastuullisuuden ja tulevaisuudessa tarvittavien kykyjen ja ominaisuuksien kehittämiseen. Ehkäisevän huumetyön kannalta keskeistä on se, miten opettajat ymmärtävät tehtävänsä, sillä oppilaille päättävä tieto suodattuu opettajan läpi sen kautta, miten opettaja itse asian näkee. Opettajien roolina instituution näkökulmasta onkin auttaa oppilaita muodostamaan vastuullisuutta suhdetta maailmaan. Huumeiden viihdekäyttökulttuurin leviämisen myötä myös opetuksen pitää mukautua uusiin haasteisiin ja opettajia pitää rohkaista koulujen huumeikasvatuksesta käytävään keskusteluun. (Mäkitalo 2008, 181–182, 185–189.)

Keskeinen päihdealan järjestö, A-klinikkasäätiö, loi jo yli 10 vuotta sitten huumetyön tueksi kansallisen sähköisen huumetietopalvelun (Päihdelinkki). Päihdelinkki on matalan kynnyksen verkkopalvelu, joka tarjoaa riippuvuuksiin liittyvää tietoa ja oma-apuvälineitä. Päihdelinkkiä ja sen keskustelufoorumien käyttöä seurataan säännöllisesti. Vuoden 2007 syksyllä tehdyn seurannan mukaan eri kävijöiden määrä kuukausittain oli keskimäärin 42 000. Päihdelinkin kävijäkyselyllä marras-joulukuussa 2007 kartoitettiin palvelujen käyttäjäprofiilia sekä käytettyjä palveluja.<sup>38</sup> Kyselyn mukaan kävijöiden iän keskiarvo oli 31,7, naisia oli 59 % vastanneista ja vastanneet olivat pääasiassa kaupunkilaisia (pääkaupunkiseudulta

<sup>38</sup> Päihdelinkin kävijäkysely toteutettiin 1.11.–31.12.2007, minkä aikana kyselyyn vastasi 1421 palvelun käyttäjää.

30 %). Opiskelijoita vastanneista oli lähes puolet ja työssä käyviä noin kolmannes. (Päihdelinkki 2008a.)

Yhteensä yli puolet Päihdelinkin käyttäjistä ilmoitti hakevansa tietoa ja tukea liittyen omaan tai läheisen päihdeiden käyttöön tai riippuvuusongelmaan. Työn ja opiskelun vuoksi Päihdelinkkiä käytti noin joka viides vastanneista. Noin kolmannes vastaajista ilmoitti hakevansa tukea palvelusta omaan tilanteeseensa, ja näistä 60 % ilmoitti ongelmallisesta alkoholin käytöstään ja noin viidennes sekä ongelmallisesta lääkkeiden että huumeiden käytöstä. Pelaamisestaan oli huolestunut noin joka kymmenes. Työhönsä liittyen tietoa hakeneista suurimmat yksittäiset ammattiryhmät olivat sairaanhoitajat (27 %) ja sosiaalityöntekijät (12 %). Työssään tietoa tarvitsevat seurasivat keskustelupalstoja ja hakivat tietoa tietopankista. Lisäksi päihdelinkissä on toteutettu ammattilaisten ohjaamia, suljettuja keskusteluryhmiä päihdeidenkäytöstään huolestuneille äideille ja huumeiden käyttäjille (Sauna-keskustelualue). Tavoitteena ryhmissä on päihdeiden käytön lopettaminen. (Päihdelinkki 2008a.)

Vuonna 2008 Sauna-keskustelualueella vieraili keskimäärin noin 8 800 eri kävijää kuukaudessa. Vierailuja saunaan tehtiin kuukausittain parhaimmillaan yli 30 000. Keskustelualueelle tehdyn kävijäkyselyn<sup>39</sup> perusteella kyselyyn vastanneiden miesten ja naisten keski-ikä oli 25 vuotta ja osuudet lähes samat. Vastaajista suurin osa oli kaupunkilaisia, noin kolmannes pääkaupunkiseudulla. Työssä olevia ja opiskelijoita oli vastanneista molempia noin kolmannes. Lähes puolet vastaajista luonnehti päihdeiden käyttöään satunnaiskäytöksi, eivätkä kaikki Sauna-palstan vierailijat olleet päihdeidenkäyttäjiä. Yleisin käytetty päihde vastaajien joukossa oli alkoholi (75 %) ja muista käytetyistä päihdeistä mainittiin kannabis (60 %), bentso-diatsepiinit (50 %), amfetamiinit (kolmannes), buprenorfiini (21 %) tai muut opi-aatit (kolmannes), ekstaasi (23 %) ja lakka (16 %). (Päihdelinkki 2008b.)

Suurin osa vastaajista vierailee Sauna-alueella säännöllisesti, lukee Sauna-keskusteluja valikoiden ja viettää keskustelualueella alle tunnin viikossa. Kuitenkin joka neljäs vastaaja kertoi käyvänsä lähes päivittäin keskustelualueella. Eniten Sauna-keskusteluja käytetään tietolähteenä (42 %) tai vertaistuen hakemiseen (27 %). Vastaajista noin 40 prosenttia kertoi luopuneensa jonkin päihteen kokeilusta ja 30 säännöllisestä käytöstä Sauna-keskustelujen innoittamana. Yli 40 prosenttia ilmoitti myös vähentäneensä suonensisäistä käyttöä. Toisaalta 30 Sauna-palstan käyttäjistä ilmoitti myös keskustelujen houkutelleen käyttämään sellaisia päihteitä, joita ei olisi muuten kokeillut. (Päihdelinkki 2008b.)

39 Saunan kävijäkyselyyn vastasi vuonna 2008 kaikkiaan 131 Saunan kävijää.

## 3.2 Suunnattu ja kohdennettu ehkäisevä huumetyö

Tiettyihin (riski)ryhmiin suunnatut tai (henkilökohtaisiin) riskitekijöihin kohden-  
netut ehkäisevän päihdetyön projektit ovat tuottaneet viime vuosina laajasti ma-  
teriaalia ehkäisevän päihdetyön toteuttamiseksi. Näitä on koottu yhteen Terve-  
den edistämisen keskuksen Ehkäisevän päihdetyön materiaalit -portaaliin (Tekry  
2009).

Riskiryhmiin suunnatuista ehkäisevän päihdetyön valtakunnallisista projek-  
teista vuoden 2008 aikana valmistui muun muassa arvio viihdekäyttäjille vuosi-  
na 2005–2007 suunnatun ehkäisevän työn menetelmien ja materiaalin kehit-  
tämishankkeesta Rave Against Drugs (YAD 2008). Hanke kohdistui erityisesti  
konemusiikkitapahtumiin suunnitellun ehkäisevän työn toimintamallin luomi-  
seen. Hankkeen ideana oli materiaalin tuottaminen ja jakaminen konemusiikkita-  
pahtumissa sekä kohderyhmän edustajien kouluttamien kenttätyön toteuttajiksi ja  
vertaisvaikuttajiksi. Lisäksi hanke sisälsi yhteistyötä tapahtumajärjestäjien kanssa.

Päihteiden käyttöön liittyvistä riskitekijöistä painottui vuonna 2008 kansal-  
lisissa keskusteluissa erityisesti mielenterveyden ja päihdetyön välinen kytkeä,  
mikä kävi ilmi hyvin Mieli- 2009 – työryhmän mietinnössä (STM2009a). Asiaan  
liittyen vuonna 2008 tuotettiin muun muassa opas vanhemmille ja nuorten parissa  
työskenteleville nuorten ahdistuksen ja päihteiden käytön kohtaamisesta ja mah-  
dollisten ongelmien tunnistamisesta (Fröjd ym. 2009)

Nuorisotyön määrärahoista on tuettu vuosittain lähes sataa hanketta. Osa  
hankkeista on valtakunnallisia ennaltaehkäisyohjelmia, menetelmien kehitystä ja  
koulutusta, osa paikallisia ruohonjuuritason tapahtumia ja toimia.

Paikallisia päihdetyön hankkeita on suunnattu moniin eri ryhmiin, esimer-  
kiksi perheet, romanit, maahanmuuttajat ei-heteroseksuaaliset ja vammaiset, mut-  
ta arviot ovat yleensä paikallisia, hankekohtaisia ja suppeita eikä niistä löydy ver-  
tailevaa tai yleistettävissä olevaa kysymyksenasettelua.

## 4 Huumeiden ongelmakäyttö

Huumausaineiden 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 % maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. Lähes neljä viidestä ongelmakäyttäjistä oli amfetamiinin käyttäjiä. Miesten osuus oli lähes 80 %. Eniten ongelmakäyttäjiiä oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä.

Huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2008 tietojen mukaan päihdehuollon kaikkien huumeasiakkaiden joukossa ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä olivat opiaatit (50 %), stimulantit (16 %), alkoholi (18 %), kannabis (9 %) ja lääkkeet (7 %). Nämä tulokset heijastavat hoidon tarjontaa: korvaushoitoa on toistaiseksi olemassa vain opiaattien käyttäjille. Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä peräti 34 %:lla koko asiakaskunnasta. Eri huumausaineiden, alkoholin ja lääkeaineiden sekakäyttö on tyypillinen osa suomalaista päihdeiden ongelmakäyttökulttuuria.

Tutkimusten mukaan alkoholi on pääasiallinen ongelmapäihde Suomessa. Huumeiden ongelmakäyttö yhteiskunnallisena ongelmana on varsin tuore. Tyypillistä huumeiden ongelmakäytössä Suomessa on käyttäjien suhteellisen nuori ikä, tästä johutuva suhteellisen lyhyt käyttöhistoria. 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 häiriöitä.

### 4.1 Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella

Huumeiden ongelmakäytön laajuutta on seurattu vuodesta 1997 lähtien viranomaistilastojen perusteella tehtyjen tilastollisten arvioiden<sup>40</sup> perustella. Arvion mukaan 15–54-vuotiaasta väestöstä koko maassa oli vuonna 2005 noin 14 500–19 100 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää. (Partanen ym. 2007.)

<sup>40</sup> Ongelmakäyttäjien määrän arviointi perustuu tilastolliseen merkintä-takaisinpyynti -menetelmään (capture-recapture), jossa samasta kohdejoukosta otettujen otosten 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 tartuntatautirekisteristä suonensisäisen huumeiden käytön vuoksi kirjatut C-hepatiittitapaukset. Tuloksena esitetyt arvovälit perustuvat 95 prosentin luottamusväliin. Osaryhmiin on sovellettu erilaisia log-lineaarisia malleja, joten niiden summa ei ole sama kuin kokonaisarvio. (Partanen ym. 2004, 2007.)

Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien<sup>41</sup> määrä lisääntyi selvästi vuodesta 1999 vuoteen 2002. Sen jälkeen amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien osuus on pysynyt samalla tasolla. Ongelmakäyttäjien selvän enemmistön, 75–80 % muodostivat amfetamiinien ongelmakäyttäjät, joita vuonna 2005 oli 0,4–0,7 % Suomen 15–54-vuotiaasta väestöstä. Opiaattien ongelmakäyttäjää oli arvion mukaan 0,13–0,18 % väestöstä. Naisten osuus oli noin 20–30 % kummassakin aine-ryhmässä. 15–24-vuotiaiden nuorten osuus käyttäjistä oli noin 25–35 %, mutta he eivät olleet enää ikäryhmänä selkeästi suurin käyttäjäryhmä, kuten aiemmin, vaan 25–34-vuotiaiden osuus oli jo saavuttanut nuoremman ikäluokan osuuden. (Partanen ym. 2007.)

Taulukko 5. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998–2005.

	1998	1999	2001	2002	2005
<b>Kokonaisarvio</b>	0,4–0,55	0,4–0,5	0,5–0,6	0,55–0,75	0,52–0,69
<b>Amfetamiinien käyttäjät</b>	0,26–0,45	0,29–0,43	0,35–0,54	0,38–0,65	0,43–0,74
<b>Opiaattien käyttäjät</b>	0,06–0,09	0,09–0,11	0,14–0,17	0,15–0,21	0,13–0,18
<b>Miehet</b>	0,54–0,70	0,54–0,66	0,58–0,71	0,77–1,03	0,74–0,98
<b>Naiset</b>	0,20–0,58	0,14–0,24	0,20–0,31	0,29–0,57	0,20–0,31
<b>15–25-vuotiaat</b>	0,67–1,12	0,73–1,02	0,81–1,04	0,93–1,30	0,63–0,95
<b>26–35-vuotiaat</b>	0,51–0,71	0,46–0,59	0,64–0,82	0,74–1,13	0,68–0,94
<b>36–55-vuotiaat</b>	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 % oli Etelä-Suomesta ja näistä selvästi yli puolet pääkaupunkiseudulta. Etelä-Suomessa ongelmakäyttäjien määrän lisääntyminen on vuoden 2005 tietojen mukaan pysähtynyt ja jopa ongelmakäyttäjien määrän vähenemistä on havaittavissa nimenomaan pääkaupunkiseudun ulkopuoleisella Etelä-Suomen alueella. Naisten osuus ongelmakäyttäjistä näyttäisi olevan vähenemässä tasaisesti koko Suomessa, ehkä pääkaupunkiseutua lukuun ottamatta Pääkaupunkiseudulla puolestaan näkyy selvimmin käyttäjäjoukon ikääntymiskehitys. Vuoden 2005 tietojen valossa näyttäisi mahdolliselta, että huumausaineongelma keskittyisi tulevaisuudessa pääkaupunkiseudulle ja ehkä muutaman suurimman kaupungin alueille, joihin keskittyisivät myös erityiset hoitopalvelut (korvaushoito, terveysneuvonta). (Partanen ym. 2007.)

41 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.



Kansainvälisiä vertailuja tehtäessä on syytä pitää mielessä, että Suomessa ongelmakäyttäjien määrän arvio perustuu melko laajaan määritelmään etenkin amfetamiinien osalta ja arvioon voi sisältyä myös satunnaiskäyttäjii. Ongelmakäyttäjien määriä koskeissa ajallisissa vertailuissa on epävarmuustekijöitä, sillä muutoskehitys on vielä hyvin lyhyt ja yhteiskunnan palvelujärjestelmässä on samaan aikaan tapahtunut suuria muutoksia. (Virtanen 2004). Esimerkiksi päihdehuollon palvelujärjestelmän kehittämiseen on panostettu voimakkaasti 2000-luvulla, mikä on mahdollisesti vähentänyt sairaalahoitoon tulleiden määrää, terveysneuvontapisteiden lisääntymisellä on ollut vähentävä vaikutus tartuntatautien ilmenevyyteen, ratti-uopumusten kirjaamiskäytäntö on tiukentunut, mikä huumeiden osalta on lisännyt päihtyneenä ajaneiden -rekisterin huumeitapausmäärää ja ”huumeausaineiden käyttörikoksen” määrittely on vaikuttanut välillisesti myös poliisin tapaan kirjata eri aineita omaan rekisteriinsä. (Partanen ym. 2007.)

## 4.2 Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan

Suomalaista huumeidenkäyttöä ja kannabiksen osuutta siitä on tarkasteltu paitsi käytön levinneisyyden näkökulmasta myös kannabisaktivistien näkökulmasta. Taru Kekoni kyseli väitöskirjassaan aktivisteilta, mitä merkityksiä aktivistit itse käytölle antavat.<sup>42</sup> Haastatelluista noin 70 % oli alle 35-vuotiaita. Haastateltavien kertomuksista tutkija erotti kuusi eri käytön merkityksen tapaa: viihdekäytön, tajuntaa avaavan käytön, lääkekäytön, elämäntapakäytön, rituaalisen käytön sekä riippuvuuteen perustuvan käytön. Joka seitsemännellä kannabiksen käytön merkitykset määräytyivät riippuvuuskäsitteen kautta. Yleensä riippuvuuden tunnistaminen liittyy runsaaseen päivittäiseen kannabiksen käyttöön. Ongelmaksi koetaan riippuvuuteen perustuvassa käytössä lopettamisen hankaluus ja muutamissa tapauksissa mainitaan myös käytön aiheuttavan sosiaalisia, psyykkisiä tai fyysisiä ongelmia. Riippuvuuteen perustuvan kannabiksen käytön mainitaan olevan myös taloudellinen rasite. Käytön rikosoikeudellisten seurausten ja niiden pelon kerrotaan olevan merkittävä käyttöön liittyvä ongelma ja usein ensisijainen syy siihen, että käyttö haluttaisiin lopettaa. Tutkija kertoo haastateltavissa olevan myös henkilöitä, jotka myöntävät kannabiksen olevan riippuvuutta aiheuttava päihde, mutta samaan aikaan vakuuttavat, että tätä ei koeta ongelmaksi. He kertovat kannabiksen käytön tekevän käyttäjän olotilan miellyttäväksi, kun taas ilman käyttöä olotilan kerrotaan olevan tavalla tai toisella epämiellyttävä. Haastattelussa nousi riippuvuudesta puhuttaessa usein myös esiin vertailuasetelma kannabiksen ja muiden pähteiden aiheuttaman riippuvuuden välillä. Lähes aina kannabiksen aiheutta-

<sup>42</sup> Tutkija otti yhteyttä haastateltaviinsa Suomen kannabisyhdistyksen kautta ja jakamalla yhteydenottolomakkeita Tampereella 2003 pidetyn hamppumarssin yhteydessä (vrt. luku 1.4.).

maa riippuvuutta kuvataan merkityksettömäksi kuin muiden päihteiden aiheuttamaa riippuvuutta – ja useilla kertojilla on kokemusta myös muiden päihteiden, useimmiten alkoholin tai psykelääkkeiden aiheuttamasta riippuvuudesta. (Kekkonen 2007, 78, 138–143)

Nuorten naispuolisten huumeiden ongelmakäyttäjien minäkuva tarkastellessa analyysissä arvioitiin huumeiden käyttäjän erilaisia identiteettityyppejä.<sup>43</sup> Tutkimuksen perusteella ideaalityypiksi valitun 17-vuotiaan ongelmakäyttäjätyn haastattelussa päällimmäinen identiteetti perustui käsitteeseen ”narkkari” (junkie), johon liittyvät määritteet ”alistuminen muutoksen mahdottomuuteen”, ”ulkopuolisuus”, ”passiivinen ajelehtiminen”, ”syrjäytyneisyys” ja ”eristäytyminen”. Kuitenkin ongelmakäyttäjä kokee olevansa myös muuta kuin ”narkkari”. Ongelmakäyttäjä on mielestään myös ”tavallinen nuori tyttö”, joka on luonteeltaan iloinen, herkkä ja määrätietoinen. Haastattelussa hän kokee ymmärtävänsä, miksi hänen veljensä tai äitinsä kokee vaikeaksi tulla toimeen hänen kanssaan ja osoittaa näin, ettei ongelmakäyttäjään yksiselitteisesti liitetty ”itsekkään narkkarin” leima ole aina selvä. Kolmas keskeinen identiteetin muoto, joka käy ilmi haastatteluissa, on ”tietoisena pelurina” identiteetti, jossa vastapelurina ovat vanhemmat ja koulun henkilökunta, ja jossa samaistumisen kohde on oma vertaisryhmä (muut huumeiden käyttäjät). Tämä identiteetti poikkeaa selvästi kahdesta edellisestä, koska se nostaa esiin ongelmakäyttäjän aktiivisena toimijana – ei passiivisena uhrina tai taviksena. Pelurin rooli johtaa ristiriitoihin toimijoiden välillä, kun toisaalta kodin ja koulun opettajien tulisi ymmärtää ja uskoa nuorta, mutta samalla he eivät voi tätä tehdä. Tämä rooli ilmenee myös suhteessa hoitohenkilökuntaan. Huumeongelmaa ei näiden ristikkäisten viestien vuoksi kyetä helposti kohtaamaan. Haastateltava tyttö myös ihmetteli, miksei kukaan huomannut mitään ja syytti epäsuorasti muita siitä, että kukaan ei puuttunut hänen ongelmaansa riittävän ajoissa. Viimeinen tutkimuksessa esiin noussut identiteettityppi on ”huumeiden käytöstä irtautuvan” (drug-free) henkilön identiteetti, jossa korostuvat argumentit huumeiden käytön vaarallisuudesta ja omasta aktiivisuudesta (jopa taistelusta) oman elämän muuttamisessa. Tässä identiteetissä korostui yhteistyö hoito- ja tukihenkilöiden kanssa ja myös halu irrottautua poikkeavan ja syrjäytyneen roolista. Koska haastateltava oli haastatteluhetkellä jo hoitajakson loppuvaiheessa, tämä identiteettityppi korostui haastattelussa. Tutkijat korostavat, miten ongelmallista on tulkita nuorta huumei-

43 Tarkastelu perustui 17 yksilöhaastatteluun, jotka tehtiin vuosina 1999–2002 lapsille ja nuorille huumeiden ongelmakäyttäjille tarkoitetussa hoitolaitoksessa pääkaupunkiseudulla. Haastateltavat olivat 14–18-vuoden ikäisiä. Kannabis oli nuorten yleisin käytämä huume, mutta kaikki olivat kokeilleet myös muita aineita. Hoitoyksikössä hoitajakso kesti 4–6 kuukautta. Haastateltavista poimittiin erikseen yksi henkilö, joka kykeni ilmaisemaan erityisen avoimesti ja moniulotteisesti elämäänsä ja huumeiden käytön osuutta siinä. Hänen huumetaustansa oli poikkeuksellisen rankka, ja siihen liittyi heroisiin säännöllinen käyttö pistämällä. Kuitenkin haastattelun aikaan hän suhtautui positiivisesti päämääräänsä vapautua kokonaan huumeiden käytöstä. Muita haastatteluja käytettiin tämän yksittäishaastattelun tulkinnan tukena. Koska haastattelut on tehty 2000-luvun alussa, haittojen vähentämisen politiikka (korvaushoidot, terveysneuvonta) eivät olleet vielä vakiintuneita ilmiöitä Suomessa, eikä niillä ollut samanlaista mahdollista merkitystä haastateltavien omiin minäkuviin, kuin 2000-luvun lopussa. (Suoninen & Virokannas 2008, 47–49.)

den ongelmakäyttäjää vain yhdestä, normaalista poikkeavan henkilön identiteettistä käsin. Hoito ja interventiot edellyttävät ongelmakäyttäjän eri identiteettien ja roolien ymmärtämistä, jotta aito vuorovaikutus hänen kanssaan olisi mahdollista. Tämä tarjoaa mahdollisuuden rakentaa yhteys ongelmakäyttäjän yksilökokemuksen sekä aikuisten auttajien nuorten arkielämän ymmärtämisen välillä. (Suoninen & Virokannas 2008.)

Sinikka Törmän väitöskirjassa tarkasteltiin huono-osaisimpien huumeiden käyttäjien asemaa hoitojärjestelmässä - erityisesti hoitoon pääsyn kynnyksen näkökulmasta.<sup>44</sup> Tutkimuksen yhteenvedon perusteella huono-osaisimpien huumeiden käyttäjien hoitoa vaikeuttavien yksilöllisten ongelmien keskipisteessä eivät ole vain päihheet. Yleiset huono-osaisuusspesifit hoidon kynnystekijät oli syytä erottaa siksi, että juuri ne aiheuttivat usein akuuteinta avun tarvetta. Näitä olivat tutkimuksen perusteella mm. asunnottomuus, fyysinen ja psyykinen huonokuntoisuus sekä vaikeat elämäkokemukset. Hoidon kannalta nämä vaikeuttivat erityisesti yhteydenpitoa hoitojärjestelmään sekä heikensivät asiakkaan kykyä keskittyä ja kiinnittyä hoitoon. Päihteen käyttöön yleisesti liittyviä kynnystekijöitä olivat asiakkaan päihtymystila asioidessa, monipäihdekäyttö, poikkeava vuorokausirytm, ulkoinen olemus, häpeä ja erilaiset päihdekulttuurit. Nämä hankaloittivat hoitoon hakeutumista perinteisiin hoitoyksiköiden aukioloaikoihin ja yksikköihin, joissa asioivat eri päihdekulttuurin edustajat. Sekavassa tilassa asioinut asiakas ei myöskään välttämättä muistanut jälkepäin, mitä oli sovittu ja toimi tietämättään vastoin lupauksiaan. Huumespesifejä kynnystekijöitä olivat tutkimuksen mukaan muun muassa leimautumisen pelko, rikollinen identiteetti, poliisin ja muiden kontrolliviranomaisten pelko sekä velkojen pelko. Nämä estivät hakeutumisen huumespesifeihin palveluihin, joiden osalta hoidon hyötyjen suhde ”narkkariksi” leimautumisesta aiheutuviin haittoihin ei ollut selkeä. Eräät huumeiden ongelmakäyttäjät turvautuivat rohkeampien ja hyväkuntoisempien palveluihin esimerkiksi ruiskujen ja neulojen vaihtamisessa. (Törmä 2009, 107–115.)

Ongelmakäyttäjän yksilöön liittyvät seikat vaikuttivat keskeisesti ongelmakäyttäjien hoitoon pääsyyn, mutta myös hoito itse asetti omat kynnyksensä hoitoon pääsulle. Erityisesti ongelmat ilmenivät perinteisissä hoitoyksiköissä ja niiden hoitoon liittyvissä liian korkeissa vaatimuksissa tai motivaatio-odotuksissa, palvelujen erikoistumisissa ja ongelmien pilkkomisessa, vaativissa menettelyta-voissa (ajanvaraukset, soittoajat, tiukat seulat) tai palvelujen järjestämisen ajassa ja paikassa (liian vaikeasti lähestyttävä paikka). Edes matalan kynnyksen palvelujen kynnyks ei aina ollut riittävän matala huono-osaisimpien asiakkaiden kannal-

44 Väitöskirja oli artikkeliväitöskirja, joka perustui yhteenvedo-osioon ja neljään artikkeliin vuosilta 2006–2008. Väitöskirjan aineistot olivat vuosilta 2003–2005. Tutkimusaineisto koostuu (1) liikkuvan terveysneuvontayksikön asiakaskäytiedoista (n=2933), asiakkaiden strukturoiduista haastatteluista (n=212), sekä teemahaastattelusta asiakkaille (n=20) ja palvelujen tuottajille (n=13) ja sähköpostikyselystä terveysneuvonta-ambulanssin työntekijöille (n=29); (2) päihdehuollon päiväkeskuksen strukturoiduista asiakashaastatteluista (n=81) ja viidestä teemahaastattelusta palvelujen tuottajille; ja (3) päiväkeskuksessa sekä huumeepoliiklinikassa asioivien 11 huumeiden käyttäjän asiakas- ja potilastietoihin. (Törmä 2009.)

ta. Jossain tapauksessa matalaan kynnykseen liittyviin palveluihin liittyi haittojen vähentämisen ideologian valtaistamisen (empowerment) sekä oman toimijuuden liiallinen korostaminen, minkä seurauksena kaikkein huono-osaisimpien kynnys hoitoon itse asiassa kasvoi. Toisaalta kynnyksen mataloittaminen aiheutti sivuvaikutuksena perinteisen päihdehoidon yksikköjen kynnyksen nousua – matalakynnyksiset asiakkaat kun voi aina käännäyttää heille tarkoitettuihin erityisiin matalan kynnyksen palveluihin. (Törmä 2009, 116–128.)

### 4.3 Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan

Huumehoidon tietojärjestelmän<sup>45</sup> vuoden 2008 tulosten mukaan päihdehuollon huumeasiakkaiden keski-ikä oli 29,9 vuotta. Miehet olivat keskimäärin 2,4 vuotta naisia vanhempia. Ensi kertaa hoitoon hakeutuneiden keski-ikä oli 26,2 vuotta. Nuorinta asiakaskunta oli laitoshoidossa, jossa keski-ikä oli noin 24 vuotta. Päihdehuollon avohoidossa ja laitoshoidossa sekä avomuotoisessa huumehoidossa keski-ikä oli noin 30 vuotta. Vankiloiden terveydenhuollon yksiköissä huumehoidon asiakkaiden keski-ikä oli 28 vuotta. (Ruuth & Väänänen 2009.)

Päihdehuollon kaikkien huumeasiakkaiden joukossa ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä olivat opiaatit (50 %), stimulantit (16 %), alkoholi (18 %), kannabis (9 %) ja lääkkeet (7 %). Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteinä 34 %:lla koko asiakaskunnasta (taulukko 5). Buprenorfiinin osuus hoitoon hakeutuneiden päähuumeena on lisääntynyt kaikkein voimakkaimmin. Buprenorfiini on päähuumeena jo kolmanneksella huumeasiakkaista. (Ruuth & Väänänen 2009.)

Ensimmäistä kertaa huumehoitoon hakeutuneiden osuus on laskenut tasanaisesti 2000-luvulla. Vuonna 2008 osuus oli 12 % hoitoon hakeutuneista, kun osuus vuonna 2000 oli vielä lähes kolmannes. Samaan aikaan kaikkien hoitoon hakeutuneiden keski-ikä on noussut noin 26 vuodesta lähes 30 vuoteen. Vuonna 2008 ensimmäistä kertaa huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden yleisimpiä hoidon tarpeen aiheuttaneita yksittäisiä päihteitä olivat buprenorfiini (20 %) ja kannabis (19 %), vaikkakin stimulanttien (19 %), tai alkoholin ja huumeiden sekakäytön (29 %) vuoksi hoitoon hakeutuminen oli myös yleistä. (Ruuth & Väänänen 2009.)

<sup>45</sup> Tulokset perustuvat anonyymiin ja hoitoyksikköjen vapaaehtoisuuteen perustuvaan tiedonkeruuseen. Vuonna 2008 tietoja saatiin 114 yksiköstä (110 yksiköstä vuonna 2007, 133 yksiköstä vuonna 2006) ja 4109 päihdehuollon huumeasiakkaasta (4141, 4865). Uusien hoitoon hakeutuneiden määrä on vastaavasti vähentynyt 501 asiakkaaseen (655, 884). (Ruuth & Väänänen 2009). Tiedonkeruuseen osallistuvien yksikköjen määrä on vähentynyt 2000-luvun alun jälkeen, mikä samalla heikentää tietojen kattavuutta ja myös jonkin verran tietojen vuosittaista vertailukelpoisuutta.

Taulukko 6. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2008, %.

	Ensisijainen ongelmapäihde, %-osuus asiakkaista								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Opiaatit	29	28	28	31	37	37	41	46	50
-heroiini	20	13	6	3	2	2	2	2	2
-buprenorfiini	7	12	20	24	29	29	31	33	34
Stimulantit	28	26	28	28	22	22	21	19	16
Kannabis	17	20	18	16	14	14	13	10	9
Alkoholi	18	19	20	19	19	19	17	17	18
Lääkkeet	5	6	5	6	7	7	7	7	7

Lähde: Huumehoidon tietojärjestelmä, THL.

Ongelmakäyttöön johtava haittojen kasaantuminen ilmenee ensi kertaa huumehoitoon hakeutumista koskevien tietojen mukaan arviolta 3–5 vuoden viiveellä ongelmapäihteen käytön aloituksesta. Kokeilukäytön voimakas lisääntyminen 1990-luvun lopussa näyttäisi tämän valossa heijastuneen viiveellä ongelmakäyttäjien määrän kasvuun 2000-luvun alussa ja kokeilujen tasaantumiskehitys 2000-luvun alussa uusimpiin ongelmakäyttäjien määrien arvioihin. Vastaavasti huumehoidon asiakaskunnan vuosi vuodelta ilmennyt lievä ikääntymiskehitys ilmenee myös huumeiden kokeilijoiden ja ongelmakäyttäjien ikäjakaumaa koskevissa arvioissa.

Taulukossa 6 on ristiintaulukoitu huumehoidon asiakkaiden ensisijaisen päihteen kanssa oheiskäytetyt toiset ja kolmannet päihteen. Tarkastelemalla rinnakkain ensisijaista, toista ja kolmatta ongelmapäihdettä voidaan nähdä tyypillisiä sekakäytön profiileja. Profilit ovat pysyneet melko muuttumattomina koko 2000-luvun. Opiaattien käyttäjillä oli eniten stimulanttien, kannabiksen ja lääkeaineiden oheiskäyttöä. Stimulanttien vuoksi hoitoon hakeutuneilla käyttävät rinnan tasaisesti kannabista, lääkkeitä, opiaatteja ja alkoholia, sen sijaan kannabiksen vuoksi hoitoon hakeutuneiden yleisimpiin oheispäihteiisiin eivät enää kuulu lääkkeet tai opiaatit.

Valtaosa (81 %) päihdehuollon huumeasiakkaista oli käyttänyt huumeita joskus pistämällä, näistä yli puolet (58 %) viimeisen kuukauden aikana ja joka kuudes (19 %) yhteisiä pistosvälineitä käyttäen. Opiaattien tavallisimpana käyttötapanaan pistäminen (84 %). Myös stimulanttien käyttäjistä 82 % käytti huumeita pistämällä. (Ruuth & Väänänen 2009.)

Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, joissa pistoskäyttäjien on mahdollista vaihtaa likaiset pistosvälineet anonymisti puhtaisiin, kerättiin vuonna 2005 kahden viikon aikana vapaaehtoisella kyselyllä ja anonymisti tietoja asiakkaiden huumeiden käytöstä. Kyselyyn vastasi noin 30 % asiakkaista. Tulosten mukaan asiakkaiden keski-ikä oli 27,8 vuotta. Naisia oli neljännes ja he olivat keskimäärin 1,5 vuotta miehiä nuorempia. Vastanneista lähes kolme neljästä kertoi, että heidän useimmiten pistämällä

käyttämänsä huume oli buprenorfiini ja yksi neljännes mainitsi amfetamiinin tai metamfetamiinin. Kuitenkin vain 28 % kertoi pistävänsä vain buprenorfiinia, muut voitiin lukea sekakäyttäjien luokkaan. Noin 55 % asiakkaista kertoi sekakäytön osana olevan amfetamiinin tai metamfetamiinin. Bentsodiatsepiinien käytön yhdessä buprenorfiinin kanssa mainitsi noin neljännes vastanneista. Asiakkaat olivat käyttäneet pistämällä opiaatteja keskimäärin 7,3 vuotta, mutta yleisin käyttöjakso oli 4 vuotta. Buprenorfiinin osalta pistoskäyttö oli kestänyt huomattavasti lyhyemmän ajan, eli 4,2 vuotta. Buprenorfiinin ja naloksonin käyttöä pistämällä oli kokeillut kaksi kolmesta. Tutkimuksen otoksen arvioitiin kattavan noin 5–10 % kaikista pääkaupunkiseudun pistoskäyttäjistä (Alho ym. 2007.)<sup>46</sup>

Taulukko 7. Ensijaisen päihteen kanssa käytetyt 2. ja 3. oheispäihteen vuonna 2008, %.

Ensijainen päihde			Toisen ja kolmannen päihteen oheiskäyttö ensijaisen päihteen kanssa (%)				
	lkm	%	Opiaatit	Stimulantit	Kannabis	Lääkkeet	Alkoholi
Opiaatit	2036	50	12	37	50	50	13
- <i>heroiini</i>	93	2	33	51	41	34	8
- <i>buprenorfiini</i>	1371	34	12	39	35	53	14
Stimulantit	675	16	31	7	43	34	30
Kannabis	372	9	18	42	2	17	44
Lääkkeet	285	7	27	25	26	9	49
Alkoholi	718	18	17	33	60	46	0

Lähde: Huumehoidon tietojärjestelmä, THL

Ongelmakäyttöä epäsuorasti heijastavissa huumekuolematilastoissa silmiinpistävintä on kuolemiin liittyvien buprenorfiini-löydösten määrän kasvaminen vuosittain 2000-luvulla vuoden 2000 alle 10 tapauksesta lähes sataan tapaukseen vuonna 2007. Samaan aikaan kannabis- ja amfetamiini-löydösten määrä on lisääntynyt puolella, 60 tapauksesta noin 90 tapaukseen. Sen sijaan heroiinikuolemien samoin kuin kokaiinikuolemien määrä on pysynyt koko aikavälin muutamissa tapauksissa vuosittain. Näin myös kuolematilastot osoittavat buprenorfiinin osuuden lisääntyneen ongelmakäytössä suhteissa muihin keskeisiin huumeisiin koko 2000-luvun ajan. Huumeausainekuolemissa näkyy myös ongelmakäyttäjien ikääntyminen, sillä kuolemansyrekisterin mukaan alle 25-vuotiaiden osuus on laskenut vuoden 2000 yli kolmanneksen osuudesta vuonna 2007 noin viidennekseen.<sup>47</sup>

<sup>46</sup> Kyselyssä jaettiin 589 vastauslomaketta, joista palautettiin 176. Kuitenkin vastausprosentti lienee korkeampi, sillä yksikössä asiointi on anonyymia, joten sama asiakas saattoi käydä vastausaikana useamman kerran yksikössä.

<sup>47</sup> Ks. luku 6.3.

## 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. Sosiaali- ja terveydenhuollon on kehitettävä peruspalveluja niin, että ne kykenevät vastaamaan päihdehuollon tarpeisiin, ja annettava tarvittaessa erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä koostuu avohoidosta (A-klinikat, nuorisosemat), lyhytaikaisesta laitoshoidosta (katkaisuhoidoasemat), pidempiaikaisesta kuntoutushoidosta (kuntoutusklinikat) ja tukipalveluista (päiväkeskukset 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.

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 ja tähän liittyvä koulutus. Ensimmäinen huumehoitokurssien käyttäjien pistosvälineiden vaihtoon tarkoitettu terveysneuvontapiste perustettiin Suomessa vuonna 1997 ja ylläpito- sekä korvaushoito tulivat viralliseksi osaksi päihdehoitopalvelujärjestelmää vuonna 2000. Erityisen vaikeahoitoisia päihdepotilaita (monidiagnoosipotilaat) pyritään hoitamaan keskitetysti erityispalveluyksiköissä.

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 lisääntynyt.

Huumeiden käyttäjien lääkehoitojen lisääntymisen on väitetty aiheuttaneen ennen sosiaalisiksi ongelmiksi määriteltyjen päihdeongelmien medikalisoitumisen ja siirtymisen entistä enemmän terveydenhuollon piiriin. Vuosituhannen vaihteen jälkeen esimerkiksi terveysneuvontatoiminta ja lääkeshoidon asema ovat vakiintuneet. Opiaattiriippuvaisten korvaushoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin ja osin myös apteekkien vastuulle. Tämä ilmiö heijastaa painotuseroja psykososiaalisesti ja lääketieteellisesti suuntautuneen päihdehoitojärjestel-

män välillä. Osasyynä siirtopyrkimyksille pidetään myös kuntien pyrkimystä siirtää säästösyistä palveluja erikoistason palveluista peruspalveluihin.

Päihdepalvelujärjestelmä on myös toisenlaisen haasteen edessä, kun resurssit ja joudutaan jakamaan uudelleen lisääntyneen alkoholin käytön aiheuttamien haittojen ja alkoholiin liittyvän perinteisen päihdehuollon sekä huumehoidon kesken.

## 5.1 Huumehoidon strategia ja hoitojärjestelmät

Valtioneuvoston huumeainepolitiikkaa vuosina 2008–2011 koskevan periaatepäätöksen mukaan hoitopalveluja kehitetään ja hoidon tarjontaa lisätään, jotta kansalaiset saisivat yhdenvertaisesti tarvitsemansa palvelut. Huumeidenkäyttäjille tarjotaan monipuolisesti riippuvuuden luonteeseen sopivia erilaisia hoitovaihtoehtoja ja muun muassa opioidiriippuvaisten hoitoonpääsyä helpotetaan. Lisäksi tavoitteena on lisätä sellaista hoitoa, terveysneuvontaa ja tukea, jolla vähennetään huumeongelmiin liittyviä haittoja, kuten sairauksia, mielenterveysongelmia ja rikollisuutta. (Valtioneuvosto 2007a.)

### *Palvelujen järjestäminen*

Suomessa päihdehoidon palveluja toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Päihdehuollon erityispalvelut sijoittuvat pääosin sosiaalihuollon puolelle. Päihdehuollon erityispalvelujen avohoito on asiakkaalle maksutonta. Laitoshoitoa varten asiakas tarvitsee yleensä maksusitoumuksen kotikuntansa sosiaalitoimistosta. Päihdehuollon palveluita tuotetaan nykyisin hyvin eri tavoin: kunnan omana toimintana, yhteistyössä suurimman päihdehuollon palvelujentuottajan (A-klinikkasäätiön) kanssa, kuntayhtymissä, päihdepalvelusäätiössä tai ostosopimuksilla muiden järjestöjen tai yksityisten yritysten kanssa. Esimerkiksi päihdehuollon avopalveluja aikuisille tuottavista A-klinikoista (n=75) on kunnallisia 61 ja A-klinikkasäätiön ylläpitämiä 14. A-klinikkasäätiöllä on sopimus noin sadan kunnan päihdepalvelujen tuottamisesta. Päihdehuollon laitospalveluja tuottavia kuntayhtymiä on kolme, joissa jäsenkuntien määrä vaihtelee 24–71 välillä. Laitos-, katkaisu- ja kuntoutusyksikköjen taustatahoina ovat useimmiten säätiöt, järjestöt tai yksityiset palvelujen tuottajat. (Kekki & Partanen 2008, 48.)



Taulukko 8. Päihdepalvelujen organisointitavat palvelujärjestelmän kannalta

<i>organisointitapa</i> <i>hallinnointi</i>	<b>Kunta</b>	<b>Päihdehuollon kunta-yhtymä</b>	<b>Päihdepalvelusäätiöt</b>	<b>A-klinikkasäätiö, valtakunnallinen päihdeasiantuntija-organisaatio</b>	<b>Muut hoitopalvelujen tuottajat</b>
<b>Suhde kuntaan</b>	kunta tuottajana ja järjestäjänä	jäsen	jäsen	ulkopuolinen palvelujen tuottaja, kumppani	ulkopuolinen palvelujen tuottaja
<b>Hallinto</b>	osa kunnan hallintorakennetta	Erillinen, muodollinen organisaatio	Erillinen, ohut hallinto-organisaatio	Erillinen, ohut hallinto-organisaatio	Erilliset hallinto-organisaatiot
<b>Yleisyys</b>	useimmiten kunta vastaa avopalveluista	kolme kuntayhtymää, á 24-71 kuntaa	kaksi	sopimuksia 100 kunnan kanssa	ei tietoa
<b>Rahoituspohja</b>	kunta / valtionavustukset	kunta / valtionavustukset	kunta / RAY & valtionavustukset	kunta / RAY & A-klinikkasäätiö	kunta / RAY & järjestöt
<b>Palvelut</b>	useimmiten avopalvelut, jossain määrin laitospalveluja	päihdehuollon alueelliset erityispalvelut	päihdehuollon avo- ja laitospalvelut	kumppanuus-sopimusperusteisia päihdehuollon erityispalveluja	erilaisia kohdennettuja palveluja
<b>Vahvuudet</b>	yhtenäinen hallintorakenne	laaja väestöpohja	kunnat mukana, monitoimisuus, alueellinen erityisosaaminen	valtakunnallinen ja alueellinen erityisosaaminen, monipuoliset palvelut	palvelujen monimuotoisuus
<b>Heikkoudet</b>	väestöpohjan riittävyys	suppea tehtävä, rajoittuminen laitoshuoltoon	palvelujärjestelmän kokonaisuuden kehittämisen haasteellisuus	palvelujärjestelmän hallinnollisen kehittämisen haasteellisuus	tuotettavien palvelujen sisältymisen hoitojatkumoon

(Lähde: Kekki & Partanen 2008, 51)

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevan Paras-hankkeeseen liittyvän puhtelainsäädännön mukaan kunnat veloitetaan järjestämään perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalihuollon palvelut vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Alle 20 000 kunnat valitsevat itse tavan, jolla lain edellyttämä väestöpohja saavutetaan (kuntaliitokset, kuntayhtymät, yhteistoiminta-alueet jne.). Tällöin yleisten palvelujen lähipalveluina toteutettaviin päihdepalveluihin kuuluvat muun muassa päihteiden käytön riskin arviointi, riskien vähentämiseen liittyvä terveysneuvonta, perustason katkaisuhuolto terveyskeskuksissa, hoitonojhaus päihdehuollon erityispalveluihin, pitkäaikaiseen jatkohoitoon osallistuminen tai akuuttien ongelmien hoito. Laajaa väestöpohjaa edellyttävinä palveluina tulee tarjota päihdehuollon erityispalveluja, konsultaatiopalveluja lähipalveluille, vaativan tason päihdehuollon laitospalveluista katkaisu- ja kuntoutushoitoa (raskaana olevat naiset, kaksoisdiagnoosipotilaat, huumeiden käyttäjät) sekä joidenkin pienten eri-

tyisryhmien laitospalveluja (kielivähemmistöt, maahanmuuttajat, vammaiset jne.). (Kekki & Partanen 2008, 30–32.)<sup>48</sup>

Paras-hankkeen ajatuksena on, että kunnilla säilyy sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä vastaava ja yksityiset palveluntuottajat sekä järjestöt ja muu kolmas sektori täydentävät kuntien omaa palvelutuotantoa. Kun palvelut organisoidaan suuremmilla väestöpohjilla, myös palvelujen laadun ja saatavuuden odotetaan paranevan ja samalla päihdeasiakkaita kyetään palvelemaan yhdenmukaisemmin ympäri maata. Kekin ja Partasen raportin mukaan kuntien päihdepalvelujen asiakasmäärien epätasaiseen jakautumiseen vaikuttavat eniten hoitoonohjauskäytännöt ja avohoitopainotteisuus. Esimerkiksi laitospalvelujen väheneminen ei johdu hoidon tarpeen vähenemisestä, vaan siihen vaikuttaa myös kuntien pyrkimys rajoittaa sosiaalitoimen kustannuksia. Erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityispalvelujen sijaan päihdeongelmaisia pyritään nykyään hoitamaan yhä enemmän perusterveydenhuollossa. (Kekki & Partanen 2008, 55–56.)

Avohoitopainotteisuus on ominainen piirre kaikessa 2000-luvun sosiaali- ja terveydenhuollossa: myös vanhuksia tuetaan asumaan omissa kodeissaan ja mielenterveysongelmallisille tarjotaan laitostuntoutuksen sijaan itsenäistä asumista, avohuollon tukea ja vertaistukiryhmiä. Muutoksilla on vaikutuksensa myös hoitokäytäntöihin. Yhteisöllisyys, yksilöterapia ja sosiaalinen tuki ovat vähentyneet lääketieteellisen otteen vahvistuessa. Tällä hetkellä alkoholiongelmaisten kasvavaan hoidontarpeeseen vastaaminen on kunnissa ajankohtaista – ei niinkään huumeongelmaisten palvelujen kehittäminen. Tarvetta on katkaisuhuotoyksiköille, selviämisasemille, asumispalveluyksiköille ja joillekin erityisryhmien palveluille (raskaana olevat naiset), ei niinkään kuntoutusyksiköille. Paras-hankkeen toteuttamiseen liittyvät kehittämishankkeet ovat useassa kunnassa kuitenkin vielä suunniteltuasteella, samoin päihde- ja mielenterveyspalvelujen hallinnolliset määrittelyt. Haasteellista tulevaisuuden kannalta on, ettei päihdepalvelujen nähdä olevan palvelujärjestelmän keskiössä, vaan päihdeongelmat nähdään marginaalisina, ja ongelmaiset pikemminkin häiriöitä tuottavina kuin hoitoa tarvitsevinä asiakkaina. (Kekki & Partanen 2008, 55–56.)

### *Hoitopalvelujen saatavuus*

Sosiaali- ja terveysministeriö on tuottanut selvitykset laitosmuotoisen katkaisu-, vieroitus- ja korvaushoidon saatavuudesta kymmenessä suuressa kaupungissa

<sup>48</sup> Kekki ja Partanen kävivät läpi selvityksessään päihdepalveluita järjestävien tahojen tuottamaa kirjallista materiaalia sekä vuoden 2008 aikana kaikkiaan 21 puhelinhaastattelussa ja 2 sähköpostissa saatua tietoa päihdehuollon järjestämistavoista sekä päihdetyön ajankohtaisista ilmiöistä kuntatasolla. Haastateltavat toimivat useimmin päihdetyön tai sosiaalityön johtajina tai projektipäällikköinä tai –koordinaattoreina. Tuloksia ei kuitenkaan voi yleistää koskemaan koko Suomea, sillä kohteena olivat sellaiset kunnat ja alueet (ja niiden edustajat), joilla päihdetyö on monipuolista ja organisoitua. (Kekki & Partanen 2008, 10–11.)

vuosina 2007 ja 2008.<sup>49</sup> Selvitysten mukaan alkoholiongelmien vuoksi laitostarkkaisuhoitoon pääsi joko samana päivänä tai parin päivän sisällä. Hoitajaksot alkoholitarkkaisuissa vaihtelivat päivästä muutamaan viikkoon – keskimääräinen aika oli 5–7 päivää. Palvelujen kysynnän muutoksia arvioitaessa lähes kaikki paikansivat muutoksen vuosiin 2004–2005, jonka jälkeen asiakaskunta on ollut entistä huomattavasti suurempi. Myös vanhuksien osuus asiakaskunnasta on lisääntynyt. (Korhonen 2007; Heiskanen & Korko 2008.)

Jonotusajat huumeaineiden vuoksi laitostarkkaisuhoitoon odottavien osalta olivat pidemmät. Hoitoa joutui odottamaan keskimäärin viikosta kolmeen viikkoon. Jonojen pituudet vaihtelevat huomattavasti paikkakunnittain. Hoitajaksosten pituudet vaihtelivat muutamasta vuorokaudesta neljään viikkoon, keskimäärin jaksosten pituus oli kaksi viikkoa. Huumeasiakkaiden osalta kaksois- ja kolmoisdiaagnosiasiakkaiden määrän arvioitiin jonkin verran lisääntyneen, minkä tulkittiin heijastavan asiakaskunnan kunnan huononemista. (Korhonen 2007; Heiskanen & Korko 2008.)

Opioidiriippuvaisten korvaushoidon tila vaihteli huomattavasti kaupungeittain. Yhtä kaupunkia lukuun ottamatta kaikissa suurissa kaupungeissa joutui jonottamaan kuukausia korvaushoitoon. Ongelmana on kaikkien yksikköjen mukaan ensisijaisesti korvaushoidon avohoitopaikkojen puute – vaikka korvaushoito kyettäisiin aloittamaan esimerkiksi yliopistollisen keskussairaalan yksikössä, paikallisissa päihdehuollon palveluyksiköissä ei ole riittävästi paikkoja vuosia kestävä korvaushoidon toteuttamiseen. Eräillä paikkakunnilla onkin pyritty siirtämään korvaushoidon tarjoamista perusterveydenhuollon yksiköihin, mutta toiminta ei ole vielä vakiintunutta. Viron liittymisen Schengen sopimukseen ja samalla Subutex®-lääkityksen vaikeutumisen arvioitiin vaikuttaneen korvaushoitoa hakeneiden asiakkaiden määrää lisäävästi ja samalla myös hoitajien pidentymiseen. (Korhonen 2007; Heiskanen & Korko 2008.)

Lääkkeellisen hoidon saatavuuden parantamiseksi annettiin vuoden 2008 alussa uusi asetus korvaushoidosta, joka mahdollistaa myös buprenorfinia ja naloksonia sisältävien korvaushoitolääkkeiden apteekkijakelun. Tällöin buprenorfinia korvaushoidossa käyttäviä asiakkaita oli noin 650, joista noin 500 käytti yhdistelmävalmistetta. Kaikkiaan korvaushoidossa arvioitiin tällöin olevan 1000 asiakasta. (STM 2008b).

Vuoden 2008 lopussa tehdyssä selvityksessä arvioidaan, että korvaushoidossa olleiden opioidiriippuvaisten määrä oli noin 1200. Selvityksen mukaan suurimmassa osassa maata opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidolle ei ole kysyntää. Opioidiriippuvalaiset keskittyvät maassa suurimpiin kaupunkeihin ja etenkin pääkaupunkiseudulle ja Helsinkiin. Suurimmassa osassa maata hoitoon pääsyyn ei ole jonoa. Hoitotakuun määrääjat (kiireettömissä tapauksissa hoidon tarpeen ar-

49 Selvitys tehtiin haastatteleamalla puhelimitse yksiköiden johtajia, lääkäreitä, osastonhoitajia sekä sairaanhoitajia yhteensä noin 20 laitostarkkaisu- ja/tai vieroitushoitoa sekä korvaushoitoa tarjoavassa yksikössä kymmenessä yli 75 000 asukkaan kaupungeissa (Korhonen 2007; Heiskanen & Korko 2008)

viointi 3 vuorokaudessa, hoitoon pääsy 3 kuukaudessa ja erikoissairaalahoidossa hoidon tarpeen arviointi 3 viikossa ja hoitoon pääsy 6 kuukaudessa) ylittyvät ainoastaan eräissä suurissa kaupungeissa, mutta myös näissä on olemassa suunnitelmalliset hoitotakuuseen pääsemiseksi. Korvaushoitolääkkeenä käytetään eniten buprenorfiini-naloksoniyhdistelmävalmistetta ja seuraavaksi eniten metadonia, sen sijaan buprenorfiinia yksinään käytetään erittäin vähän. Asetuksen muutoksen myötä palvelujärjestelmää on jonkin verran muokattu, jotta sen päämäärä, tarkoituksenmukainen hoidon porrastus (vaativat potilaat erikoissairaanhoidossa ja muut perustasolla sekä pitkäaikainen hoito potilaan normaalielämän mahdollistavalla ja järjestelmän kannalta kustannustehokkaalla tasolla) toteutuisivat. (STM 2009e)

Yksi mahdollinen selitys tilanteen muuttumattomuuteen liittyy korvaushoidon kustannuksiin, sillä buprenorfiinia ja naloksonia sisältävä yhdistelmävalmiste ei ole saanut päätöstä lääkevalmisteen mahdollisesta erityiskorvattavuudesta. Koska yhdistelmävalmisteen keskimääräinen hoitoannos on noin 19 mg/vrk, tuotteen hinta apteekista toimitettuna olisi arviolta noin 8 000 € vuodessa. Valmisteen hinnan vuoksi harva potilas kykenisi itse kustantamaan sen. Tässä tilanteessa lääkkeen kustannukset jäisivät suurelta osin korvaushoidon järjestävän kunnan kustannettaviksi. Jos yhdistelmävalmiste saa erityiskorvattavan lääkkeen statuksen, siitä aiheutuvat lääkemenot eivät vastaavasti rasita kuntien menokehyksistä. Tämä mahdollistaisi kunnille hoitopaikkojen määrän lisäyksen valtioneuvoston huumeainepoliittisten linjausten mukaisesti. (STM 2008b)

### *Hoitopalvelujen painopisteet*

Päihdeongelmia on Suomessa perinteisesti ymmärretty sosiaalisina ongelmina, joita on hoidettu sosiaalitoimen piirissä. Sen sijaan huumeongelmien yleistyminen 1990-luvun lopussa on johtanut erikoistuneen huumehoitojärjestelmän syntymiseen, missä lääketieteellä ja erityisesti opiaattien käyttäjien lääkkeellisillä hoidoilla on ollut keskeinen asema. Antti Weckroth arvioi päihdehuollon ammatillista keskustelua koskevan analyysin avulla päihdehuollon näkemystä asiakkaistaan yhtäaikaan biologisena, psykologisena ja sosiaalisena olentona.<sup>50</sup> Analyysin perusteella perinteinen, psykososiaaliseksi nimetty kokonaisvaltainen lähestymistapa on menettänyt merkitystään näyttöön perustuvien lääkkeellisten hoitojen rinnalla. Vain harvoin ”psykososiaalisella” pyritään enää selittämään hoidettavana olevien ongelmien luonnetta. Samalla päihdetyötä aletaan määritellä ja tulkita enenevässä määrin terveydenhuollon tavoitteista käsin. (Weckroth 2007, 431–433.)

Weckrothin mukaan suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja päihdelääketieteen yhdistyksen laatimissa alkoholi- ja huumeongelmaisten Käypä hoito -suo-

<sup>50</sup> Weckroth on kerännyt aineistonsa Helsingin yliopiston kokoelmista ja neljästä keskeisestä päihdeasioita koskevista ammattijulkaisuista (Tiimi-lehti, Suomen Lääkärilehti, Duodecim, Sosiaaliturva-lehti) asiasanalistauksella psykososiaali-alkuisista hakusanoista (Weckroth 2007b, 426).

situksissa (Duodecim 2006) mainitaan 11 eri psykososiaalisen hoidon muotoa: dynaaminen psykoterapia, kahdentoista askeleen hoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu, palveluohjaus, ratkaisukeskeinen terapia, retkahdusten ehkäisy, systeemitoeettinen perhe- ja verkostoterapia, yhteisöhoito, yhteisövahvistusohjelma sekä tukea antava vuorovaikutus. Menetelmien kerrotaan olevan hoidon perusta ja parantavan potilaiden elämänlaatua, vaikka niiden tehosta todetaankin olevan tutkimusta vain vähän. Lisäksi korostetaan perustyömuotoina keskustelua, toiminnallisuutta, vertaistoimintaa ja yhteistyötä potilaan lähi-verkoston kanssa. Usein toistuva johtopäätös on, että psykososiaalisten hoitojen tulosta voidaan merkittävästi parantaa lääkityksellä. Muiden kuin opiaattien kohdalla korostetaan psykososiaalisten hoitojen merkitystä, sen sijaan opioidiriippuvuuden kohdalla intensiivisenkään lääkkeettömän psykososiaalisen hoidon ei sanota parantavan hoitotulosta. (Weckroth 2007, 430–431.)

### *Hoitopalvelut erityisryhmille*

Keskeistä päihdeongelmaisten hoidossa on, että asiakkaiden ongelmat ja palvelujärjestelmän tarjonta kohtaavat toisensa. Hoitoon pääsyn kynnyksistä vaikeimmiksi osoittautuvat jonot palveluihin, sekä peruspalveluissa tiedon ja taidon puute ja kielteiset asenteet päihdeongelmaisiin, ja erityispalveluissa paikkojen fyysinen etäisyys.

Sanna Väyrysen (2007) tutkimuksen mukaan huumeiden käyttö aiheuttaa erityisesti naisille irrallisuutta itsestä, omasta sukupuolesta ja valtakulttuurista.<sup>51</sup> Huumeekuviot ovat varsin miesvaltaisia, sillä vain noin viidennes käyttäjistä on naisia. Myös avo- ja laituskuntoutuksessa olevien naisten osuus on pienempi kuin miesten: uusista asiakkaista heitä on noin kolmannes. Huumeiden käyttö merkitseekin naisille usein elämistä huumeita käyttävien miesten joukossa, toisinaan myös miesten ehdoilla. Huumeekuvioiden tapahtunut ruumiillinen väkivalta tai hyväksikäyttö aiheuttaa häpeää ja siirtyy osaksi naisten sukupuoli-identiteettiä. Tämä asettaa yhteiskunnalle haasteen kehittää naisille omia kuntoutusmuotoja ja -paikkoja, joissa huomioidaan naisten erityisasema ja -tarpeet.

Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen erityisongelmia on tarkasteltu HYKSin Naistenklinikalla jo vuodesta 1983. Vuoden 2002 elokuussa luotiin tehostettu hoitomalli, jossa sairaalan äitiyspoliklinikalla on huume, alkoholi ja lääkkeet (HAL) -poliklinikan oma hoitotiimi, joka vastaa päihdepotilaiden hoidosta.<sup>52</sup> Po-

51 Tutkimus pohjautuu viidentoista 17–27-vuotiaan huumeita käyttäneen nuoren naisen haastattelun vuosina 2003–2006. Kaikki tutkimuksen naiset ovat olleet huumeiden käytön vuoksi joko avo- tai laituskuntoutuksessa tai molemmissa.

52 Marraskuun loppuun 2005 mennessä mallin mukaisesti on hoidettu 312 raskaana olevaa huumeriippuvaista. Päihdepotilaista 32 % oli käyttänyt huumeita suonensisäisesti myös raskauden aikana, 43 %:lla oli pääasiallisena päihteenä opiaatit tai amfetamiini ja 33 % (105) synnyttäjää oli puhtaasti opiaattien käyttäjiä. Heistä 28 (29 %) oli jo ennen raskautta muussa hoitopaikassa buprenorfiini- tai metadonikorvaushoidossa tai buprenorfiinivieroituksessa. Naistenklinikalla aloitettiin buprenorfiinikorvaus- tai vieroitushoito 21 (22 %) naiselle.

tilaat käyvät poliklinikalla 1–4 viikon välein omahoitajan ja -lääkärin vastaanotolla raskauden seurannassa sekä saamassa psykososiaalista tukea huumeista vieroittamiseen ja elämän perusasioiden järjestämiseen. (Halmesmäki ym. 2007.)

Tutkimuksessa todettiin, että raskaana olevan naisen ja äidin päihdeongelmaan liittyvä häpeä ja lastensuojelun pelko saattavat estää asianmukaisen avun hakemisen. Siksi hoidosta olisi tehtävä mahdollisimman helposti saavutettavaa. Monet potilaat ovat myös kokeneet somaattisen hoitopaikan vähemmän leimaavana kuin esimerkiksi päihde- tai psykiatrisen hoitopaikan. Parhaat hoitotulokset saavutettiin raskauden seurannan ja päihdehoidon yhdistämisellä. Näin saatiin varhain yhteys lastensuojeluviranomaisiin, ja myös päihdehoidon jatkohoitopaikan etsiminen nopeutui. Synnytyksen jälkitarkastus ja raskaudenehkäisyn järjestäminen suunniteltiin jo synnytyssairaalassa. Potilasryhmä on hyvin liikkuva: he muuttavat useasti, ja neuvola saattaa vaihtua parikin kertaa raskauden aikana. He saattavat olla välillä vankilassa tai hakeutua päihdehoitoon toiselle paikkakunnalle, joten on tarpeen, että raskauteen liittyvä seuranta on koordinoituna yhdessä paikassa. Potilaiden käyttämää lääkitystä pystytään näin myös paremmin seuraamaan. (Halmesmäki ym. 2007.)

Alkoholi-ongelmallisille, huumeongelmallisille tai mielenterveysongelmallisille tarkoitettut kuntoutusyksiköt eivät sovellu Törmän ja Huotarin mukaan huono-osaisimmille päihdeongelmallisille. He ovat joko täysin muiden palvelujen ulkopuolella tai palvelujen suurkuluttajia, jotka ovat välillä päihdehuollon kuntoutuksessa, välillä vankilassa ja terveydenhuollon poliklinikoilla palataksaan taas kadulle. Ongelmallisimpia ovat kaksoisdiagnoosipotilaat, jotka olisivat selvästi psykiatristen hoitojen tarpeessa, mutta joihin päihdeongelmaiset eivät juuri pääse. Koska moniongelmaiset asiakkaat eivät jaksa kiinnittyä normaalihoitoon tai sitoutua sen vaatimuksiin, asiakkaille erityisen hyödyllisiä olisivat tavoitteiltaan realistisemmat hoito-ohjelmat ja tuetun asumisen palvelut. Tämä edellyttää myös palvelujen viemistä asiakkaiden lähelle mahdollisimman matalakynnyksisessä muodossa. Koko hoito-ohjelman kytkeminen yhteen niin, että hoitojärjestelmässä voi edetä joustavasti omien tarpeiden ja voimavarojen mukaisesti olisi moniongelmaisten asiakkaiden kannalta erityisen tärkeää. (Törmä & Huotari 2005.)

## 5.2 Huumehoidon asiakaskunta

Huumehoidon tietojärjestelmä on vapaaehtoinen tiedonkeruu hoitoyksiköille. Siinä kerätään anonymisti tietoja huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneista päihteiden ongelmakäyttäjistä.<sup>53</sup> Vuoden 2008 tietojen mukaan asiakkaista 61 prosentilla hoitajakso oli alkanut kyseisen vuoden aikana. Hoito jatkui edelliseltä vuodelta 17 prosentilla asiakkaista ja tätä pidempiä hoitajaksoja oli 22 prosentilla asiak-

<sup>53</sup> Ks. tarkemmin luku 4.3.

kaista. Vain 12 prosentilla ei kuitenkaan ollut lainkaan aikaisempia hoitokontakteja huumeiden käytön vuoksi. Muita samanaikaisia hoitokontakteja puolestaan oli 45 prosentilla asiakaskunnasta. Samanaikaisista hoitokontakteista 53 prosenttia oli päihdehuollon avohoidossa, 27 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen avohoidossa, 23 prosenttia terveysneuvontapisteissä ja 15 prosenttia vertaistukiryhmissä. (Ruuth & Väänänen 2009.)

Huumehoitotiedonkeruun asiakkaista avohoidossa oli 61 % asiakkaista ja yleisimmät hoitomuodot olivat tällöin hoidon tarpeen arviointijakso ja kuntouttava avohoito. Laitoshoidossa yleisimmät hoitomuodot olivat vieroitushoito tai kuntouttava laitoshoido. Ensisijaisesti opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneista 36 prosentilla oli hoitomuotona opiaattiriippuvaisille tarkoitettu lääkkeellinen avo- tai laitoshoido. Opiaattiriippuvaisille käytetyistä lääkkeistä buprenorfiini (55 %) oli yleisemmin käytetty lääkeaine kuin metadoni (43 %). Lääkehoidossa käytetystä buprenorfiinista 83 prosenttia oli yhdistelmävalmistetta, joka sisälsi lisäksi naloksonia. (Ruuth & Väänänen 2009.)

Huumehoidon asiakaskunnasta miehiä oli 70 prosenttia. Naisten osuus korostuu nuoremmassa ikäluokassa, mutta yli 30-vuotiaiden kohdalla osuus jää noin 20 prosenttiin. Naisista noin kolmannes eli avo- tai avioliitossa, ja heistä lähes 80 prosenttia oli parisuhteessa päihdeongelmaisen puolison kanssa. Miesten osalta avo- tai avioliitossa elävien osuus oli noin viidennes, joista puolet eli toisen päihdeongelmaisen kanssa. Käytettyjen aineiden tai käyttötapojen kohdalla erot eivät ole sukupuolittain merkittäviä. (Ruuth & Väänänen 2009.)

### *Yhteisöllinen kuntoutus*

Yhteisöllisessä huume-kuntoutuksessa käytetään erilaisia viitekehyksiä ja malleja, joilla määritellään asiakkaan asema ja yhteisön vuorovaikutuksen muotoja. Instrumentaalisissa ja hierarkkisissa yhteisöissä elämäntapamuutoksia edistetään ensisijaisesti yhteisön välityksellä, jolloin tärkeintä on saada asiakas sopeutumaan yksikön sosiaaliseen järjestykseen ja toiminnalliseen rakenteeseen. Asiakkaalla ei ole tällöin paljon mahdollisuuksia vaikuttaa yhteisön arjen toimintaan, vaan käyttäytymismuutosten ajatellaan tapahtuvan osin vastentahtoisesti ja pakottamalla. Hierarkkisissa malleissa henkilökunnan ja asiakkaiden välinen ero on selkeä ja asiakkaiden kontrolli tiukkaa. Vastapainona tälle lähestymistavalle on asiakaslähtöinen, ns. ”realiteettikonfrontaatiomalli”, jossa tarkoituksena on edistää kahdensuuntaista kommunikaatiota, mikä tarkoittaa kontrollin vähentämistä, vallan ja vastuun tasaisempaa jakamista kaikille yhteisön jäsenille sekä asiakkaiden osallistumista päätöksentekoon. Hierarkkisia yhteisöjä koskevia tutkimuksia on tehty Suomessa jonkin verran<sup>54</sup>, sen sijaan reaalkonfrontaatiomallia koskevia tutkimuksia on vaikeampi löytää. (Santala 2008.)

54 Vrt. esim. Ruisniemi 2006; Rönkä & Virtanen 2008, luku 5.2.

Santala teki tutkimuksensa suurehossa päihdekuntoutuskeskuksessa, joka pyrkii toiminnassaan toteuttamaan demokraattisen ja asiakaslähtöisen terapeutin yhteisön keskeisiä periaatteita.<sup>55</sup> Yhteisö osallistuu kaksi kertaa viikossa koko kuntoutuskeskuksen yhteiseen yhteisökokoukseen ja kerran viikossa omaan yhteisökokoukseen. Yhteisössä päivät aloitettiin aamupalaverilla ja iltapäivillä pidettiin erilaisia teemoitettuja terapeutin ja toiminnallisia ryhmiä. Verrattuna instrumentaalisen kuntoutuksen malliin, asiakaskeskeisessä yhteisössä asiakkaiden ei tarvitse tunnustautua narkomaaneiksi, eikä asiakkaita pidetty riippuvuussairaina vaan lähinnä nuorina aikuisina, joilta edellytettiin vastuullista käyttäytymistä kaikissa toiminnoissaan. Yhteisön toiminnan kasvatuksellista merkitystä ei korostettu, vaan yhteisön työtehtävät liittyivät yhteisön kannalta merkittävien töiden tekemiseen, kuten siivoukseen ja ruuanlaittoon. Yhteisössä ohjaajat arvioivat toimintaansa ja keskustelivat yhteisön tilasta ja asiakkaiden kuntoutumisesta työn lomassa ja usein asiakkaiden läsnä ollessa. Asiakkaat saivat tutustua omiin asiakastietoihinsa ja hoitoyhteenvedot tehtiin usein yhdessä asiakkaiden kanssa. Pääsääntöisesti asiakkaiden ja yhteisön asioista päätettiin yhteisökokouksissa. Realiteettikonfrontaatiolla tarkoitettiin yhteisössä jatkuvaa keskustelua arjen kriisitilanteiden ja konfliktien esiin nostattamista tunteista ja käsityksistä, ei palautteen ritualisointia säännöillä tiettyyn aikaan ja paikkaan. Konfliktit mielletään tällöin oppimistilanteina – ei ongelmina – ja häiritsevistä käyttäytymisestä pyrittiin mieluummin keskustelemaan kuin rankaisemaan. (Santala 2008.)

Asiakaslähtöisessä yhteisöllisessä kuntoutuksessa demokraattisuus on ensisijaisesti osallistamisen väline. Yhteisöt eivät ole aidosti demokraattisia, sillä vastuu ja lopullinen päätöksentekovoima ovat aina henkilökunnalla, mutta henkilökunta pyrkii käyttämään olemassa olevaa valtaansa mahdollisimman vähän. Tavoitteena on lisätä asiakkaiden omatoimisuutta ja vähentää heidän riippuvuussuhdettaan ammattilaisiin. Demokraattisuus näkyy tutkijan mukaan siinä, että kuntoutuksessa pyritään välttämään perinteiseen laitopsykiatriaan ja instrumentaaliseen lähestymistapaan liittyvät ”ilkeydet” asiakkaiden persoonattomasta kohtelusta ja passivoimisesta. Suomessa on esitetty arvioita, että huumeiden käyttäjien kuntoutusta on vaikea toteuttaa demokraattisemmissa yhteisöissä ja että hierarkkinen toimintatapa sopii huumeiden käyttäjille. Santalan mukaan seurannan tulokset osoittavat kuitenkin, että huumeiden käyttäjillä ei ole sellaisia yhteisiä persoonallisuuden ja käyttäytymisen piirteitä, jotka estäisivät demokraattisten periaatteiden toteuttamista kuntoutuksen arjessa. Eikä myöskään vaikuttaisi siltä, että huumeiden käyttäjien kuntoutus välttämättä edellyttäisi asiantuntijakeskeistä ja tiukkaa hoidollista kulttuuria onnistuakseen. Vaikka mo-

55 Yhteisössä on kaikkiaan 40 kuntoutuspaikkaa ja 8 erilaista ”alayhteisöä”, joista yksi huumeiden käyttäjille suunnattu kodinomainen yksikkö, joka tarjoaa pitkäaikaista lääkkeetöntä kuntoutusta nuorille 18–30-vuotialle aikuisille turvallisessa ja motivoivassa ympäristössä. Tämä yhteisö muodostuu kahdesta rivitalohuoneistosta, joissa kaikilla asiakkailla on oma huone. Asiakaspaikkoja on 8 ja työntekijöitä 3, joista kahdella on sosiaalialan opistotason ja yhdellä psykiatrisen erikoissairaanhoidon tutkinto. Santala tutki yhteisöä osallistuvan havainnoinnin keinoin kolmen kuukauden aikana keväällä 2005, jona aikana yhteisössä oli kaikkiaan 12 asiakasta. Näistä puolella oli ollut suonensisäistä opioidien tai amfetamiinin käyttöä. Kaikkia heitä yhdisti huumeikeskeinen, mutta ei välttämättä kovin rikollinen elämäntapa. (Santala 2008).



nissa kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa päihdekuntoutusmallien välille ei ole löydetty merkittäviä tuloksellisuuseroja kuntoutuksen jälkeisellä päiheteettömyydellä mitaten, huumeita käyttäviin saatetaan kohdistaa muita sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasryhmiä paternalistisempia hoito- ja kuntoutusmenetelmiä. Santalan mukaan, jos kahden kuntoutusmallin vaikuttavuuden välillä ei ole löydettävissä merkittävää eroa, on eettisesti oikein valita asiakkaan kannalta myönteisin vaihtoehto. (Santala 2008.)

Suomalaisten ja yhdysvaltalaisen päihneiden ongelmakäyttäjien hoitovertailussa arvioitiin asiakkaiden muutosvalmiuden (hoitomotivaation) vaikutuksia hoidon jatkuvuuteen ja hoidon keskeyttämiseen.<sup>56</sup> Suomessa vertailtavan yksikön asiakaskunta oli yhteisöllisessä laitoshoidossa, kun taas Yhdysvalloissa tarkasteltiin avohoidon asiakaskuntaa, mikä näkyi siinä, että suomalainen asiakaskunta oli hoitoon tullessaan selvästi huono-osaisempaa ja myös sekakäyttö oli suomalaisten joukossa laaja-alaista. Yleisesti ottaen molempien ryhmien asiakaskunta oli profiililtaan keskimäärin samanlaista. Vertailussa asiakaskunta jaettiin kahteen osaan sen mukaan miten halukkaita / haluttomia muutokseen asiakkaat ovat hoitoon tullessaan. Molemmissa maissa näiden kahden ryhmän profiilit olivat samankaltaiset, mutta suomalainen asiakaskunta kuului laajemmin omien päihneiden käyttötapojen muutosta vastustavaan ryhmään kuin yhdysvaltalainen asiakaskunta. Osittain tämä saattaa selittyä suomalaisen asiakaskunnan valikoituneisuudesta. Tulokset kuitenkin molemmissa maissa vahvistivat sitä, jo aiemmin muissa tutkimuksissa todettua johtopäätöstä, että haluttomuus muuttaa omia päihneiden käyttötottumuksia lisää hoidon keskeyttämisen todennäköisyyttä. Tutkimuksen mukaan tämä korostaa hoitoprosessissa hoitoon motivoivien keskustelujen merkitystä hoitotulosten kannalta – vaikka samalla on syytä muistaa, että esimerkiksi hoidon keskeyttäminen ei välttämättä merkitse hoidon epäonnistumista, sillä käytännössä hyvin harvat päihneiden ongelmakäyttäjät selviytyvät riippuvuudestaan yhden hoitoprosessin aikana. (Saarnio & Knuutila 2008.)

### *Korvaushoito*

Järvenpään sosiaalisairaalan OHJAT-projektin arviointitutkimuksessa on selvitetty korvaus- ja ylläpito-hoidossa olevien asiakkaiden psyykkisessä ja sosiaalisessa tilan-

---

<sup>56</sup> Suomessa aineisto kerättiin vuosina päihdehuollon laitousyksikön (A-koti) 2000–2003 neljäs- tä eri otoksesta (yhteensä 780 asiakasta). Yksikössä toteutetaan kontrolloitua, yhteisöllistä 12 askeleen ohjelmaa. Asiakkaat olivat alkoholisteja (42 %) tai sekakäyttäjiä (58 %). Hoito-ohjelma sisältää viikon pituisen vastaanottovaiheen ja noin kolmen viikon mittaisen peruskuntoutusjakson, minkä jälkeen asiakkaalla oli mahdollisuus siirtyä pidemmän aikavälin jatkohoitoon. Aineisto kerättiin vastaanottovaiheessa. Tutkimus perustui ns. transteoreettiseen malliin (TTM), joka alun perin kehitettiin päihneiden ongelmakäytös- tä toipumisen muutosprosessin seurantaan. Mallissa tunnistetaan muutoksen neljä eri vaihetta (esiharkin- ta, harkinta, toiminta ja ylläpito) ja tietoja kerätään tätä varten URICA-lomakkeella, joka suunniteltiin alun perin psykoterapia-asiakkaiden muutosvalmiuden seurantaan. Muutoksen analyysissä käytettiin hierarkkista klusterianalyysia. Yhdysvalloissa vertailukohtana olivat alkoholisteille tarkoitettun avohuollon asiakkaat ns. MATCH-projektissa. (yhteensä 953 asiakasta). (Saarnio & Knuutila 2008.)

teessa ja elämänlaadussa tapahtuvia muutoksia seuranta-aikana Alkuhaastattelujen<sup>57</sup> perusteella potilaat olivat aloittaneet huumeiden käyttönsä keskimäärin 15-vuotiaina. Suurin osa (65 %) haastateltavista oli alle 30-vuotiaita, nuorin oli 19-vuotias ja vanhin 50-vuotias. Ensimmäisenä aineena oli käytetty kannabista tai bentsodiatsepiinejä, jonka jälkeen oli siirrytty pian amfetamiiniin tai heroiiniin. Myös sekakäyttö oli alkanut päihdehistorian varhaisessa vaiheessa. Puolet oli aloittanut opiaattien käytön alle 18-vuotiaina, ja käyttö oli kestänyt keskimäärin 7 vuotta ennen hoidon aloittamista. Kaikki haastateltavat olivat käyttäneet aineita suonensisäisesti, ja suonensisäinen käyttö oli kestänyt keskimäärin 10 vuotta. Aloittaessaan pistämisen nuorin oli ollut 10-vuotias ja vanhin 30-vuotias. Pistäminen oli aloitettu keskimäärin 18-vuotiaana. (Harju-Koskelin 2007.) Projektin tulokset on raportoitu asiakkaiden psykososiaalisen kuntoutumisprosessin (Harju-Koskelin 2007) ja kuntoutuskäytäntöjen arvioinnin (Koivisto 2007) näkökulmista.

OHJAT-hankeessa asiakkaiden psykososiaalista kuntoutumista arvioitiin asiakashaastatteluin, joita toteutettiin hoitoon hakeutumisen alkuhaastattelujen ja hoidon seurantaan kuuluvien puolivuotishaastattelujen perusteella. Tuloksissa on raportoitu kehitystä vertaamalla alkuhaastattelujen tuloksia seurantahaastatteluihin, jotka on tehty samoin menetelmin vuoden ja kahden vuoden kuluttua alkuhaastatteluista.<sup>58</sup> Tulosten perusteella haastateltavien työ- ja koulutustilanteessa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia kahden vuoden seurantajaksolla. Kaksi kolmesta haastateltavista osallistui kahden vuoden seurantajaksolla jonkinlaiseen psykososiaalisesti kuntouttavaan toimintaan, mutta osallistumisjaksot olivat usein lyhyitä ja pirstaleisia. Kuitenkin useilta haastateltavilta näytti puuttuvan pitkän tähtäimen suunnitelma siitä, mihin he kuntouttavan toiminnan avulla pyrkivät. (Harju-Koskelin 2007, 47–55.)

Muiden aineiden oheiskäyttö ja aineiden pistoskäyttö vähenivät selvästi kahden vuoden seurantajaksolla. Alkuhaastatteluissa vielä yli puolella oli ollut aineiden oheiskäyttöä haastattelua edeltävän kuukauden aikana, sen sijaan kahden vuoden seurannassa osuus oli pudonnut kolmannekseen. Vastaavasti alkuhaastatteluissa viimeisen puolen vuoden aikaista pistosvälineiden yhteiskäyttöä oli kolmanneksella asiakkaista kun kahden vuoden seurannan jälkeen osuus oli pudonnut nolnaan. Lisäksi asiakkaiden päihdeettömät kaudet olivat lisääntyneet ja pidentyneet. Tutkimuksen perusteella näyttääkin siltä, että niin riskikäyttö kuin oheiskäyttö vähenevät korvaushoidossa olleiden keskuudessa hitaasti ajan kuluessa. (Harju-Koskelin 2007, 60–67.)

<sup>57</sup> Vuosina 2003–2005 toteutetun tutkimuksen aineistona oli pääkaupunkiseudulla korvaus- ja ylläpito-hoidossa olevien 60 asiakkaan haastattelut. Asiakkaita haastateltiin strukturoitujen lomakkeiden (Euro-ASI, SCL-90 ja CEST) avulla. Alkuhaastattelut tehtiin 1–1,5 vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta.

<sup>58</sup> Alkuhaastattelut toteutettiin 24.6.2003–1.7.2005 ja viimeiset seurantahaastattelut kesäkuussa 2006. Kaikkiaan alkuhaastatteluja tehtiin 60, vuoden seurantahaastatteluihin saatiin näistä kolme neljästä ja kahden vuoden seurantahaastatteluun lähes kaksi kolmesta asiakkaasta, joiden osalta 2-vuotisseuranta oli mahdollista. Kaikkiaan hankkeen aikana seurantajoukosta tippui pois 8 henkilöä. (Harju-Koskelin 2007, 27.)

Tutkimuksen johtopäätösten mukaan muutokset useilla psykososiaalisilla alueilla ovat hyvin hitaita ja pieniä. Jossain vaiheessa korvaushoitoa asiakkaat joutuvat arvioimaan omien odotustensa ja tapahtuneen kehityksen välistä suhdetta. Arvioinnin seurauksena elämä voi kriisiytyä. Tämä kehitys ilmenee päihteiden ongelmakäytön ja rikollisen käyttäytymisen lisääntymisenä sekä psyykkisen terveyden ja ihmissuhteiden heikkenemisenä. Ilmiö tuli esiin erityisesti vuoden seurantahaastatteluisissa, sen sijaan kahden vuoden seurannassa kehitys oli selvästi myönteisempi. Yksi muutoksen hitautta selittävä tekijä voi myös olla asiakkaiden päihteiden oheiskäytön yleisyys, ja se, että vain yhdellä kolmasosalla asiakkaista oli oheiskäytön perusteella hoidossaan tavoitteena päihteettömyys. (Harju-Koskelin 2007, 78–82.)

Monen pienen hoitopaikan hoitosuunnitelmaan sisältyy psykososiaalinen hoito. On kuitenkin kyseenalaista, voidaanko hoitotavoitteet toteuttaa olemassa olevilla henkilöstöresursseilla. Lisäksi korvaushoidon hoitohenkilöstöstä yli 90 prosenttia on terveydenhuollon ammattilaisia, mikä osaltaan vähentää mahdollisuuksia asiakkaiden sosiaalisten ongelmien haltuun ottoon. Voidaankin kysyä, tulisiko hoitoa toteuttaa toisesta lähtökohdasta: ensimmäinen tavoite olisi haittojen vähentäminen ja hoitoon sitouttaminen ja valmentaminen vähitellen kuntouttavaan korvaushoitoon. Varsinkin alussa tavoitteisiin kuuluisi keskeisesti aikuissofiaalityö, toimeentulon ja asumisen varmentaminen, sekä toipumista tukevan sosiaalisen tuen etsiminen. Tällöin olisi myös tärkeää edetä asiakkaan tilanteen ja omien hoitotavoitteiden mukaan. (Harju-Koskelin 2007, 94–96.)

OHJAT-hankkeen kuntoutuskäytäntöjä arvioitiin hankkeeseen osallistuvien yksikköjen henkilökunnan palautekeskusteluissa ja potilaille suunnatuilla kyselyillä.<sup>59</sup> Henkilökuntapalautteen perusteella lääkkeellisen vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidon käsitteiden ja tavoitteiden epäselvyys vaikeutti aluksi yhteistyötä niin potilaan, hoitoon lähettäjän, maksajan kuin hoitoyksikköjenkin välillä. Esimerkiksi vanhassa korvaushoitoasetuksessa (2002) mainittu asiakkaan ”elämänlaadun parantaminen” saatettiin toisissa hoitopaikoissa mieltää pelkästään päivittäisen lääkityksen saamiseksi, toisissa hoitopaikoissa tähän tulkittiin kuuluvaksi laajemmin aktivoivat hoitotoimet, kuten omahoitaja-ajat. Riippuen näkökulmasta rajoitettu päivittäinen lääkkeiden noutaminen voitiin nähdä toisaalta potilaan elämänrytmin palauttamisena ja siten elämälaatua parantavana mutta myös potilaan käyttäytymistä kontrolloivana ja siten jopa hoitomotiivatiota vähentävänä ja elämänlaatua heikentävänä ilmiönä. (Koivisto 2007, 33–36.)

Arvioinnin mukaan käytännössä kaikissa hoitopaikoissa tehdään hoitosopimus potilaan kanssa. Vanhassa asetuksessa (2002) korvaushoidosta mainittiin ”hy-

59 Hankkeen henkilökunnan näkemykset kerättiin kyselyillä ja palautteilla yksikköjen yhteisinä viitenä kehittämis- ja koulutuspäivinä sekä OHJAT-hankkeen yhdyshenkilöiden kehittämisryhmien seitsemässä teemakokouksessa (esim. pistämisongelman hoito, jonon aikaiset hoidot jne.). Potilasnäkemystä kartoitettiin 70 kyselyllä, jotka tapahtuivat eri hoitoyksiköissä välittömästi lääkejakelun jälkeen asiakkaille annettujen lomakkeiden perusteella. Kyselyistä 20 tehtiin OHJAT-hankkeen seurantahaastattelujen yhteydessä. (Koskelin 2007, 29–33, 51–53.)

vä hoitomyynteisyyttä” ehdoksi luovuttaa enintään kahdeksan hoitopäivän mukaiset korvaushoitolääkeannokset kerralla potilaalle. Tämän ehdon tulkinta vaihteli sekä hoitoyksikköjen välillä että myös niiden sisällä ja myös suhteessa potilaan hoitotilanteeseen. Vaihtelua esiintyi esimerkiksi suhteessa yksilön hoidossa etenemiseen tai hoitojärjestelmään sopeutumiseen. Samoin kontrolloivat hoitokäytännöt (seurat yms.) vaihtelivat hoitopaikoittain ja sen mukaan miten niiden tulkittiin eri teoriaperustalta vaikuttavan hoitotuloksiin. Ongelmia tuottivat myös potilaiden omat vieroitustavoitteet, jotka henkilökunnan mukaan tuottavat pettymyksiä ja haittaavat hoidon jatkuvuutta. (Koivisto 2007, 36–40.)

Kaikkiaan 59 prosenttia potilaista ilmoitti tavoitteekseen korvaushoitolääkkeestä vieroittautumisen. Kuitenkin vain neljännekselle näistä potilaista oli tehty konkreettinen vieroitussuunnitelma ja vain puolella oli jonkinlainen aikatavoite vieroittautumiseen. Erityisesti hyvää vuorovaikutussuhdetta hoitopaikan työntekijöiden kanssa pidettiin korvaushoitolääkkeen jälkeen tärkeimpänä kuntoutumista tukevana tekijänä. Potilaiden hoidosta antamassa kritiikissä mainittiin usein toimintojen epäjohtamismukaisuus, hoitotilanteiden tilannekohtaiset määrittelyt, säännösten yllättävät muutokset sekä käytäntöjen vaihtelevuus. Tämä heikensi vuorovaikutusta sekä luottamuksen rakentamista potilaiden ja henkilökunnan välillä. Erityisen tärkeäksi tutkija arvioikin tavoitteiden ja kuntoutumisen toimeenpanosuunnitelmien tekemisen yhteistyössä potilaan kanssa sekä tavoitteiden toteutumisen säännöllisen seurannan. Näin hoitopaikan hoidolle antamat tavoitteet ja potilaiden tavoitteet kohtaisivat toisensa. Realistiset tavoitteet mahdollistavat potilaalle myönteiset kokemukset hoidosta ja tukevat samalla hoitoon kiinnittymistä. (Koivisto 2007, 67–71.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä korvaushoito on järjestetty hoitoa porrastamalla siten, että Turun yliopistollisen keskussairaalan addiktiopoliinikka keskittyy pääasiassa korvaushoitoarvioiden tekemiseen sekä hoitojen aloitukseen, jonka jälkeen potilaat siirtyvät jatkohoitoon oman kotikuntansa yksikköön.<sup>60</sup> Addiktiopoliinikka järjestää aina siirron yhteydessä siirtopalaverin, ja poliinikalla kokoontuu kuukausittain työnhajausryhmä, johon jatkohoitopaikkojen henkilöstö voi osallistua. Kaikkiaan näitä jatkohoitoyksikköjä on 15. Hoitojen keskeyttäminen on ollut harvinaista ja vuosittainen hoidossa pysyvyys noin 95 %. Raskaana olevat pyritään aina ottamaan kiireellisesti hoitoon (ilman jonotusaikoja) ja kaksoisdiagnoosipotilaat hoidetaan integroidusti, eli potilaan päihde- ja psykiatrinen hoito on aina keskitetty yhteen yksikköön. (Mikkonen ym. 2008.)

Sairaanhoitopiirissä Turun kaupungin sisäisessä hoitomallissa potilaat ohjataan yksilöllisesti kuntoutumisprosessin vaiheen mukaisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon kuntouttavaan tai haittoja vähentävään korvaushoitoon tai perustasolle terveysasemalle. Buprenorfiini-naloksonihoidot aloitetaan poliinikasta,

<sup>60</sup> Sairaanhoitopiirin väestöpohja on noin puoli miljoonaa henkilöä. Sairaanhoitopiirissä arvioitiin vuoden 2008 alussa olevan noin 380 opioidiriippuvaista, joista korvaushoidossa oli 242, eli hoidon kattavuus olisi ollut 64 % (Mikkonen ym. 2008.)

mikäli potilaalla ei ole merkittävää sekapäihderiippuvuutta, kun taas metadoni-korvaushoito aloitetaan aina kahden viikon osastojaksolla. Aloitusjakso yliopistolisessa keskussairaalassa kestää 3–6 kuukautta riippuen kaupungin korvaushoidon jatkoaikojen saatavuudesta. Potilaan hoidot pyritään vuoden 2008 aikana aloittamaan suoraan Turun kaupungin jatkohoitopaikoissa. (Mikkonen ym. 2008.)

Kuntouttavassa hoidossa kriteerinä on, että potilas hyötyy psykososiaalisesta kuntoutuksesta ja sitoutuu siihen. Tavoitteena ovat pitkällä aikavälillä päihteetön elämäntapa ja elämänhallinnan lisääminen. Kahden kuukauden välein arvioidaan potilaan ajankohtainen hoidon tarve ja edistyminen tavoitteissaan, ja viikoittaisissa omahoitajatapaamisissa tuetaan näiden tavoitteiden toteuttamista. Kuntouttavan korvaushoidon tavoiteaikatauluna pidetään kahta vuotta. Haittoja vähentävään korvaushoitoon pääsemisen kriteereinä ovat huono hoitoon sitoutuminen, kaoottinen oheiskäyttö tai se, ettei potilaalla ole ajankohtaista kuntoutumistavoitetta. Tällöin keskeinen päämäärä on kiinnittyminen hoitoon ja lääkehoito toteutetaan erillisessä lääkkeenjakoysikössä. Psykososiaalisen hoidon osuus on tällöin minimoitu, hoitokokouksia järjestetään 3–4 kuukauden välein, eikä potilaalla ole omahoitajasuhdetta. Kun potilas kokee olevansa valmis kuntouttavaan hoitoon, hän laatii hakemuksen, jossa hän määrittelee itse kuntoutustavoitteitaan. Osalle potilaista haittoja vähentävä hoito on kuitenkin pysyvää ja riittävää hoitoa. Terveysasemilla hoito painottuu lääkehoitoon. Hoitovastuu on omalääkärillä ja potilas käy kerran viikossa hoitajan vastaanotolla, jolloin hän saa mukaansa viikon korvaushoitolääkkeet. (Mikkonen ym. 2008.)

Varsinais-Suomessa hoitojärjestelmän haasteena ovat hoidon ulkopuolelle jäävät opioidiriippuvaiset. Osa heistä on vasta ”muutosprosessin harkintavaiheessa”, eikä aktiivisesti kiinnostunut korvaushoidosta, osa puolestaan käy yksityislääkärillä kodeiinihoidossa tai on hakenut hoitonsa ulkomailta, useimmin Baltian maista. Uuden korvaushoitoasetuksen mukaan hoito on aiempaa joustavampaa stabiilissa hoitotilanteessa olevien potilaiden osalta. Tämä lisää kokonaisuudessaan korvaushoidon saatavuutta, kun kuntouttavan hoidon paikkoja vapautuu niiltä, jotka pärjäävät vain lääkkeiden apteekkijakelulla. Yhtenä mahdollisena vaihtoehtona parantaa korvaushoidon saatavuutta olisi lääkkeettömän hoitoon jonottamisen sijaan niin sanottu lääkkeellinen jonohoito, jossa haittoja vähentävää korvaushoitoprosessia sovellettaisiin välittömästi hoitoon hyväksytyihin. Nämä potilaat etenisivät hoidon porrastuksen mukaiseen hoitopaikkaan, kun sellainen järjestelmässä vapautuu. Jonohoitoa voitaisiin soveltaa myös vieroitushoidon epäonnistuttua. (Mikkonen ym. 2008.)

Korvaushoidon toteuttamisen malleissa nousevat esiin painotuserot psykososiaalisen hoidon ja lääkehoidon suhteesta. Varsinkin yliopistolisisissa keskussairaaloissa näkemyksessä korostuu lääketiede ja kuntoutus. Hoidon porrastuksessa korostetaan, että psykososiaaliseen hoitoon panostetaan ensisijassa, kun potilas kokee olevansa itse valmis kuntouttavaan hoitoon ja kykenee itse määrittelemään realistisesti kuntoutustavoitteitaan. Vaihtoehtona edelliselle mallille on kokonais-

valtainen hoitoon sitouttamisen ja kuntouttavaan korvaushoitoon valmistamisen näkökulma, jossa erityisesti hoidon alussa tavoitteisiin kuuluisi perussosiaalityö, toimeentulon ja asumisen varmentaminen sekä toipumista tukevan sosiaalisen tuen etsiminen. Molemmat näkökulmat saavat tukea eri seurantatutkimuksista. Yhteistä suuntauksille kuitenkin on, että molemmat korostavat sitä, kuinka tärkeää on edetä asiakkaan tilanteen ja omien hoitotavoitteiden mukaan – eli asiakkaan hoitoon motivointi.

### *Vertaistuki*

Elina Kotovirta tutki väitöskirjassaan Nimettömien Narkomaanien (Narcotics Anonymous, NA) vertaistukeen perustuvaa, voittoa tavoittelematonta toveriseuraa, sen toipumisohjelmaa ja toveriseuran jäseniksi itsensä kokevia entisiä huumeiden käyttäjiä.<sup>61</sup> Yksinkertaisimmillaan tutkija pelkistää NA:n toipumisteorian kahdella lauseella: (1) on huumeista riippuvaisia addikteja, joilla on addiktiosairaus, ja (2) NA-elämäntavan avulla toipuminen on mahdollista. Tutkimuksessa addiktiota kuvataan NA:ssa kerrottavien toipumistarinoiden avulla sekä kuvataan sitä, miten NA:n tarjoama elämäntapa tukee huumeriippuvuudesta toipumista sekä miten ja minkälaisen NA-elämäntavan toipuvat ovat itselleen omaksuneet. Kotovirran mukaan NA voi näyttäytyä ulkopuolelta katsottuna tiukan normatiivisena, mutta käytännössä sen ohjelmaa saa kukin soveltaa itselleen sopivalla tavalla. Ilman laajempaa toveriseuran tuntemusta ohjelmateksteistä välittyvät normit tai yksittäisten NA:n jäsenten fanaattisuus ovat kuitenkin saattaneet ajaa joitain ihmisiä pois avun piiristä. (Kotovirta 2009, 5.)

Tutkimuksessa toistui havainto siitä, että toveriseura voi täyttää sitä tyhjiötä, jonka huumeiden käyttökulttuuri jättää jälkeensä ja toimia erityisesti sosiaalisen pääoman rakentajana. Toveriseurojen tarjoama apu on jatkuvaa tukea, mutta se ei korvaa akuutteja hoitopalveluita. NA on osoittautunut merkittäväksi tekijäksi raittiudelle virallisen hoitojärjestelmän ohessa, sen jatkumona mutta vain harvemmin siitä riippumatta. NA ei voi kokonaan korvata ammatillista tukea, eikä yksin sille saa jättää vastuuta hoitamisesta. Tutkimuksessa näkyy NA:n ja virallisen hoitojärjestelmän vastavuoroisuus, sillä NA saa uusia jäseniä hoitopaikkojen

<sup>61</sup> Tutkimusaineisto koostuu NA-toveriseuran ohjelmateksteistä, episodisesta haastatteluaineistosta (n = 24) ja lomakeaineistosta (n = 212). Haastatteluaineisto kerättiin kesän ja syksyn 2003 aikana. Haastattelutavien joukossa oli 11 naista ja 13 miestä. Iältään haastateltavat olivat 20–49-vuotiaita ja kaikki haastateltavat olivat haastatteluhetkellä olleet vähintään vuoden NA:n jäseninä. Haastateltaviin otettiin yhteyttä uudestaan noin vuoden kuluttua haastattelusta haastateltavien toipumistilanteen selvittämiseksi. Haastatelluista tavoitettiin 23, joista yksi ei enää ollut mukana NA:n toiminnassa. Lomakeaineisto kerättiin vuosina 2003 ja 2004 NA:n vuotuisissa juhlakonventeissa. Tutkija osallistui itse NA:n tapahtumiin, joissa hän kertoi tutkimuksesta ja jakoi lomakkeita täytettäväksi paikan päällä. Kiinnostuneimmat veivät lomakkeita eteenpäin niille, joiden ei ollut mahdollista osallistua. Lomakkeella haluttiin kerätä kaikkien NA:laisiksi itsensä kokevien käsityksiä omasta toipumisestaan ja NA:n ohjelmasta. Lomake jakautui viiteen osaan: aika NA:ssa, hoitohistoria, päihdehistoria, elämäntilannearviointi ja sosiaaliset suhteet. Aineisto analysoitiin eksploratiivisella faktori-analysilla. (Kotovirta 2009, 24–30.)

kautta tai ammattilaisten suosituksesta, ja NA:han osallistuminen voi parantaa virallisen hoitojärjestelmän tuloksia tukemalla raittiutta ja yhteiskuntaan kiinnittymistä. Samalla toveriseurat vähentävät merkittävästi myös virallisen hoitojärjestelmän kustannuksia. Haastateltavat näkivät NA:n ohjelman sinänsä sopivan kaikille ja olevan sovellettavissa kenen tahansa ihmisen elämään, mutta he kokivat NA:n toimivan toveriseurana parhaiten yhden asian liikkeenä, jolloin NA:ssa hoidetaan vain huumeriippuvuutta eikä esimerkiksi mielenterveysongelmaa. Haastateltavat eivät myöskään nostaneet esiin 12 askeleen ohjelman hengellisyyttä esteenä NA:han liittymiselle, vaikka osalle heistä se oli alussa vaikuttanut kielteisesti näkemykseen NA:sta. (Kotovirta 2009, 168–172.)

Tutkimuksessa esiin nousi toipuvien halu palata normaaliin ja tavalliseen elämään. Haastateltaville addiktin identiteetti saattaa toipumisen alkuvaiheessa olla kahlitseva, mutta raittiuden edetessä se voi muodostua voimavaraksi. NA:lainen ei välttämättä näe mitään ristiriitaa siinä, että tavoittelee normaalia elämää, vaikka samalla määrittelee itsensä ei-normaaliksi. Toipumisen edetessä addiktin käsitys itsestään muuttuu usein niin, että hän on erilainen päihteidenkäyttönsä suhteen, mutta on muuten aivan tavallinen ihminen – ja joillekin selkeä addiktin identiteetti on välttämätön päihteettömyyden ja elämänhallinnan tuki. NA-ohjelman mukaan narkomaani ei ole tuomittu käyttämään aineita koko ikäänsä, vaan narkomaanista voi tulla yhteiskunnan hyödyllinen jäsen. Addiktiosairaus on pysyvä, mutta hallittavissa oleva sairaus, jonka hallitsemiseksi toipuvan on tehtävä työtä lopun elämänsä. (Kotovirta 2009, 173–175.)

### 5.3 Asiakastrendit päihde- ja huumehoidossa

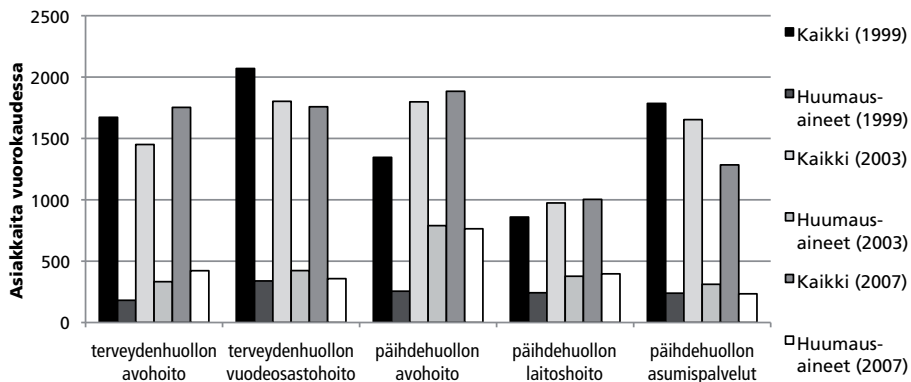
Päihdetapauslaskenta toteutettiin vuonna 2007. Laskennassa kerätään yhden päivän aikana tiedot päihteiden aiheuttaman vamman tai päihteiden käytön vuoksi tai päihtyneenä sosiaali- ja terveystalvelujen toimintayksikön palveluja käyttäneestä asiakkaasta. Tutkimus tehdään joka neljäs vuosi, ja kyselyjä on toteutettu vertailukelpoisessa muodossa vuodesta 1995 lähtien. Vuonna 1995 huumeainesten käyttäjien osuus päihdetapauslaskennan asiakkaista oli 11 prosenttia ja vastaavasti 16 prosenttia vuonna 1999, 27 prosenttia vuonna 2003 ja 24 prosenttia vuonna 2007. (Nuorvala ym. 2008a.)<sup>62</sup>

Vuosien 1999 ja 2003 nopean kasvun taustalla ei ole pelkästään hoitopalvelujen kysynnän lisääntyminen vaan myös palvelurakenteen muutokset. 1990-luvun lopulla perustettiin ensimmäiset terveysneuvontapisteet huumeainesten pistoskäyttäjille, mikä näkyi päihdehuollon avopalvelujen käytön lisääntymisessä. Korvaushoito

62 Päihde-ehdoisella asioinnilla tarkoitetaan käyntiä, jossa päihteet ovat joko suoraan tai epäsuorasti mukana. Tiedot perustuvat palveluyksiköiden työntekijöiden ilmoituksiin. Tuorein laskentavuorokausi oli 9.10.2007. Päihdetapauksia kertyi tuolloin 12 045, mikä on enemmän kuin koskaan aiemmin.

aloitettiin laajemmassa mitassa Suomessa vasta vuonna 2002, mikä puolestaan heijastui sekä päihdehuollon että myös terveydenhuollon avopalvelujen huumeasiakkaiden määriin vuosina 2003 ja 2007. Kun vuonna 1999 päihdehuollon avohoidon asiakkaita 20 prosentilla ainevalikoimaan kuuluivat huumeaineet, vuonna 2003 luku oli 35 prosenttia ja 2007 jo 40 prosenttia. Toisaalta vuonna 2004 Suomessa toteutettiin alkoholijuomaveron alennus, mikä lisäsi alkoholin kulutusta ja vaikutukset näkyvät viiveellä alkoholiongelmaisten suhteellisen osuuden lisääntymisessä varsinkin vuoden 2007 päihdetapauskennassa. Erityisesti yli 50-vuotiaiden ikäluokka oli voimakkaassa kasvussa. Vuonna 2007 päihdetapauskennassa saatiin suhteellisen vähän tietoja pistokäyttäjille tarkoitetuista terveysneuvontapisteistä, mikä on saattanut johtaa aliarvioon huumeaineiden käyttäjien osuudesta vuoden 2007 tutkimuksessa. (Huhtanen 2008; Nuorvala ym. 2008b)

Kuvio 4. Päihdetapaukset sosiaali- ja terveydenhuollossa 1999–2007.



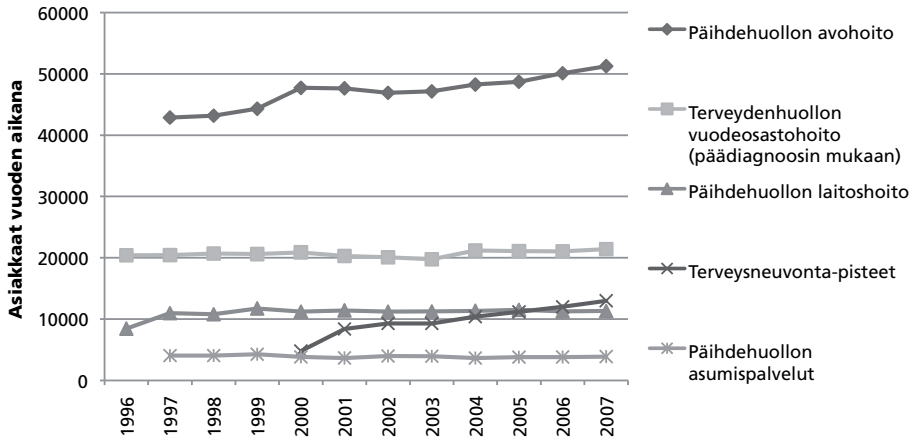
Lähde: Huhtanen 2008.

Tutkimuksen perusteella vuonna 2007 huumeaineisiin liittyvää ongelmakäyttöä esiintyy noin 40 prosentilla päihdehuollon avo- ja laitospalvelujen käyttäjistä sekä 25 prosentilla terveydenhuollon avopalvelujen ja 20 prosentilla terveydenhuollon vuodeosastopalvelujen päihdeasiakkaita. Huumeaineita käyttävien naisten osuus päihdetapauskennan asiakaskunnasta oli noin 30 % avohoidossa ja 20 % laitoshoidossa. Huumeaineasiakkaat ovat suhteellisen nuoria muihin päihdeiden ongelmakäyttäjisiin verrattuna. Kun kaksi kolmesta alle 35-vuotiaasta päihdeiden vuoksi hoidossa olleesta asiakkaasta käytti myös huumeaineita, enää kolmannes 35–44-vuotiaista ja reilusti alle 10 % tätä vanhemmista asiakkaista käytti huumeaineita. (Huhtanen 2008.) Iän lisäksi huumeaineasiakkaat erosivat muista päihdeasiakkaita huono-osaisuuden ja mielenterveysongelmien osalta. Huumeaineiden käyttäjien asunnottomuus oli selvästi yleisempää kuin muilla asiakkailla ja



yli puolella huumausaineita käyttäneistä asiakkaista todettiin myös masentuneisuutta ja muita mielenterveyden häiriöitä (Nuorvala ym. 2008b).

Kuvio 5. Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa 1996–2007



Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008.

Päihdepalvelujärjestelmien pitkäaikaisen asiakasseurannan yleinen kehitystrendi noudattaa päihdetapauslaskennan suuntaviivoja. Suurimmat muutokset ovat olleet matalakynnyksisten terveysneuvontapisteiden yleistymisen ja asiakasmäärien kasvu 2000-luvun alusta lähtien, päihdehuollon avopalvelujen (mukaan lukien korvaushoidon) käytön lisääntyminen 2000-luvulla ja terveydenhuollon vuodeosastojen asiakaskunnan lisääntyminen erityisesti vuonna 2004. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastovuosisikirja 2008.)

## 6 Huumeisiin liittyvät terveyshaitat

Tartuntatautirekisteriin kirjatut huumeiden pistoskäyttövalitteiset hiv-tartunnat sekä C-, B- ja A-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Terveysneuvontapisteiden toiminnalla ja pistoskäyttäjien A- ja B-hepatiittirokotuksilla on ollut suuri merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatauti vähenemisessä.

Muista terveyshaitoista lääkeaineiden huumeikäyttö pistämällä on lisännyt käyttäjien suonitulehdusten ja amputaatioiden määrää, koska lääkemurska sisältää suonille haitallisia sidosaineita kuten kalkkia ja tärkkelystä. Huumeiden käytön kanssa samanaikaisesti ilmenevät mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet 1990-luvun alusta nelinkertaisesti.

Huumeisiin liittyvien kuolemien määrä kasvoi muiden haittojen tapaan vuosittain vaihteessa (kuvio 3), mikä oli seurausta 1990-luvulla lisääntyneestä huumeiden käytöstä. 2000-luvulla alkupuolella kuolemien määrä pysyi kasvun jälkeisellä korkeammalla tasolla. Viime vuosina huumeisiin liittyvien kuolemien määrä on ollut nousussa.

### 6.1 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

#### *Hiv*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hiv-infektiotilaston mukaan vuonna 2008 ilmoitettiin 148 uutta hiv-tartuntaa (188 tapaus vuonna 2007). Hiv-tartunnat ovat lisääntyneet koko 2000-luvun johtuen seksivälitteisten tartuntojen lisääntymisestä. Huumeiden pistoskäyttövalitteisten tartuntojen määrä on sen sijaan pysynyt alhaisena. Pistoskäytöstä aiheutuvia tartuntoja ilmoitettiin vuonna 2007 vain 7 tapaus, mikä on vain 5 % kaikista tartunnoista (6 % vuonna 2006).

Tartuntatautirekisterin mahdollistaman passiivisen seurannan lisäksi Kansanterveyslaitos (nyk. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) on koordinoanut esiintyvyytutkimuksia<sup>63</sup>, joita on toteutettu noin vuoden välein. Näiden tutkimusten

<sup>63</sup> Tutkimus on toteutettu seitsemän kertaa vuosien 1998–2007 välillä. Tutkimus on järjestetty yleensä useammassa terveysneuvontapisteessä noin 2-4 viikon aikana. Osallistajat ovat olleet terveysneuvontapisteiden asiakkaita, ja heidän määränsä on vaihdellut 150–700 välillä. Osallistajat täyttävät noin 10 kysymyksen anonyymien lomakkeen ja antavat niin sanotun ientaskunestenyhteen, josta voidaan tutkia C-hepatiitti- ja hiv-vasta-aineet. Sekä lomakkeeseen että näytteeseen kirjataan sama anonyymi osallistujanumero, mikä mahdollistaa riskitekijöiden vertaamisen vasta-ainetulokseen. Testi ei ole diagnostinen, eikä tuloksia anonymiteetin takia voida palauttaa osallistujille, mikä osallistujille myös tehdään selväksi. Tämä on keskeistä tutkimuksen edustavuuden kannalta, koska näin voivat osallistua myös ne, jotka eivät välttämättä ole halukkaita saamaan tietoa tartunnastaan. Tutkimukseen kannustetaan osallistumaan niiden, jotka tietävät olensa hiv- tai C-hepatiitti-positiivisia.

avulla on pyritty arvioimaan tartuntojen esiintyvyyttä myös niiden pistohuumeiden käyttäjien osalta, jotka eivät hakeudu diagnostiseen testaukseen. Tutkimustulosten mukaan hiv:n esiintyvyys pistoskäyttäjien keskuudessa on vuosituhannen vaihteen epidemiasta huolimatta pysytellyt noin 1–2 prosentissa, mikä on kansainvälisesti vertaillen erittäin matala taso. (Arponen ym. 2008.)

Päihdehuollon huumeasiakkaista 71 % oli käynyt HIV-testissä vuonna 2008. Testatuista (n=2491) asiakkaista oli hiv-positiivisia itse ilmoitettujen tietojen mukaan noin yksi prosentti. Itse ilmoitetuissa ja varmistetuissa tiedoissa ei ollut merkittävää eroa. (Ruuth & Väänänen 2009).

Tuoreen tutkimuksen<sup>64</sup> mukaan pääkaupunkiseudun (Helsinki, Espoo ja Vantaa) pistohuumeita käyttävät hiv-positiiviset ovat paitsi sosiaalisesti myös alueellisesti syrjäytyneitä. Pistohuumeiden käyttäjien joukossa todettiin hiv-epidemia pääkaupunkiseudulla 1998, joka kääntyi laskuun vuonna 2000. Kaikki keskustan ulkopuolella sijaitsevat alueet, joissa käyttäjät olivat nimenneet oleilleensa tai käyttäneensä huumeita hiv-infektion toteamisen aikaan, sijaitsivat alueilla, joissa miesten työllisyys oli heikointa (alle 70 %). Pistoskäyttäjien hiv-infektiot keskittyvät alueille, joita on kuvattu pääkaupunkiseudun alueellisen rakenteen heikkeneviksi alueiksi eli köyhysalueiksi. Tutkimuksessa esitetään johtopäätöksenä, että hiv:n vähäisen esiintyvyyden aikana ennaltaehkäisevät toimet on kohdistettava erityisesti syrjäytyneisiin, riskikäyttäytyviin huumeiden käyttäjiin, jotka oleilevat keskustan ulkopuolella. (Kivelä ym. 2007a, 2007b)

### *C-hepatiitti*

Uusia hepatiitti C -tartuntoja todettiin 1144 vuonna 2008 (1157 vuonna 2007). Tartuntatapa oli ilmoitettu noin 55 prosentissa tapauksia, ja näistä valtaosassa (80 %) tartuntatapana oli huumeiden pistoskäyttö. Niissäkin tapauksissa, joissa tartuntatapaa ei ole ilmoitettu, epäily pistoskäytöstä on suuri, koska hepatiitti C:n tiedetään tarttuvan huonosti seksiteitse eikä yhteisötartuntoja esiinny. (THL 2009b.)

Uusien C-hepatiittitapausten kokonaismäärä on laskenut hitaasti mutta tasaisesti koko 2000-luvun ajan. Myös huumeiden pistoskäyttöväälitteisten tartuntojen määrä on laskenut samanaikaisesti. Akuutteja tartuntoja on vaikea erottaa vuosia vanhoista, joten tuloksia pitää tulkita varoen. Hepatiitti C -esiintyvyys pistoskäyttäjien keskuudessa on joka tapauksessa niin korkea, että muutokset tapahtuvat hitaasti, vaikka riskit olisivat hyvin hallinnassa. (THL 2009b.)

<sup>64</sup> Tutkimuksen aineiston muodostivat HYKS:n infektiosairauksien klinikalla ainakin kerran 1998–2003 käyneet HIV-infektioituneet huumeiden käyttäjät. Kaikista 213 asiakkaasta tutkimusta varten käytössä oli 176 (82,6 %) asiakkaan haastattelutiedot. Tiedot koskivat huumeiden käyttöä, tulolähteitä, asumisoloja, koulutusta, työtä, päihdehoitoja ja vankeusrangaistuksia. Lisäksi asiakkaita pyydettiin nimeämään korkeintaan neljä aluetta, joilla he oleilivat tai käyttivät huumeita HIV-infektion toteamisen aikaan.

Taulukko 9. Hepatiitti C lääkärien ilmoitusten mukaan tartuntatavoittain, 1998–2008\*)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Ruiskuhuumeet</b>	1047	1001	928	822	710	627	603	621	571	416	508
<b>Seksi</b>	55	35	41	42	45	46	59	61	70	63	68
<b>Perinataali</b>	4	10	6	3	3	1	10	5	8	4	9
<b>Verituotteet</b>	27	23	25	19	18	22	18	24	7	17	15
<b>Muu</b>	24	40	31	31	28	34	31	35	37	23	31
<b>Ei tiedossa</b>	646	643	708	574	567	533	517	497	486	634	513
<b>Yhteensä</b>	<b>1803</b>	<b>1753</b>	<b>1739</b>	<b>1492</b>	<b>1372</b>	<b>1264</b>	<b>1238</b>	<b>1244</b>	<b>1181</b>	<b>1157</b>	<b>1144</b>

Lähde: Tartuntatautirekisteri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

\*) Vuosilta 1995–2003 on tiedossa neljä suomalaista verivalmisteista saatua HBV-tartuntaa. Vuoden 2000 jälkeen ei ole tiedossa yhtään suomalaista verivalmisteista saatua HCV-tartuntaa. HCV:n tartuntatapojen seuranta alkoi vuonna 1998.

Kansanterveyslaitoksen (nyk. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) esiintyvyytutkimusten<sup>65</sup> perusteella C-hepatiitin esiintyvyys noin 50–70 % pistoskäyttäjien keskuudessa. Huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2008 aineistossa päihdehuollon pistämällä huumeita käyttäneistä ja testatuista asiakkaista (n=2658) hepatiitti C -positiivisia oli 63 %. (Ruuth & Väänänen 2009).

Ikäryhmittäin tarkastellessa 15–19-vuotiaiden osuus C-hepatiittitartunnoista on laskenut ja 20–24-vuotiaillakin on viitteitä laskusta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2009) mukaan terveysneuvonta ja haittojen vähentämistyö on todennäköisesti purrut nuorempiin ikäluokkiin, ja tartunta saadaan nykyään myöhemmällä iällä, jos käyttö jatkuu. Huumehoidon tietojärjestelmän asiakkaista C-hepatiittitartunta on miltei 80 prosentilla yli 10 vuotta pistäneistä asiakkaista (Ruuth & Väänänen 2009).

Tartuntatilanteessa on alueellisia eroja. Tartuntojen määrä on laskenut Etelä-, Länsi- ja Itä-Suomessa, mutta erityisesti Oulun läänissä tilanne on huolestuttava, jossa ilmaantuvuus on kasvanut miltei tauotta vuodesta 1995 lähtien. Kasvun syytä olisi tarpeen tutkia, sillä aktiivinen testaustakaan ei selitä viime vuosien selkeää kasvua. Tarpeen mukaan huumeiden pistoskäyttäjien terveysneuvontaa pitäisi lisätä Pohjois-Suomessa tartuntamäärien vähentämiseksi. (THL 2009b.) Terveysneuvontaa on Pohjois-Suomessa vain muutamalla paikkakunnalla.

### *B-hepatiitti*

Tartuntatautirekisteriin ilmoitetut akuutit B-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana, nopeimmin ovat vähentyneet ruis-

65 Tutkimuksista tarkemmin kohdassa ”Hiv” (edellä).

kuhuumevälitteiset tartunnat. Riskiryhmien B-hepatiittirokotukset ja huumeiden käyttäjille suunnattu terveysneuvontapistetö ovat siis tuottaneet tulosta. Samoin kuin edellisenä vuonna myös vuonna 2008 uusia akuutteja ruiskuhuumevälitteisiä tartuntoja oli vain yksi. Kaiken kaikkiaan uusia tartuntoja oli 45, joista tartuntatapa oli tiedossa 16 tapauksessa. Huippuvuonna 1998 uusia tartuntoja oli 256. (THL 2009b).

### *A-hepatiitti*

Uusia hepatiitti A -tapauksia ilmoitettiin 21 tapausta vuonna 2008. Näistä 12 oli saatu ulkomailla, kolme Suomessa ja kuudessa tapauksessa tartuntamaa ei ollut tiedossa. Tartuntojen määrä on pysynyt matalalla viime vuosina. (THL 2009b.)

Vuosina 2002–2003 pääkaupunkiseudun huumeiden pistoskäyttäjien keskuudessa vaikutti A-hepatiittiepideemia, jonka seurauksena uudet tapaukset nousivat voimakkaasti (vuonna 2002 todettiin 393 tapausta ja vuonna 2003 tapauksia oli 243). Kasvu taittui jo vuonna 2004, minkä jälkeen ilmaantuvuus on pysynyt matalana riskiryhmien rokotusten ansiosta. Huumeiden pistoskäyttäjille kuuluu kansallisen rokotusohjelman mukainen A-hepatiittirokotus vuodesta 2005 lähtien. Myös matkailijoiden A-hepatiittirokotukset ovat yleisiä.

### *Pistoskäyttäjien seksuaalinen riskikäyttäytyminen*

Kivelän ynnä muiden (2009) tutkimuksessa tutkittiin suomalaisten pistoskäyttäjien seksuaalisen riskikäyttäytymisen prevalenssia ja tekijöitä, jotka liittyvät kondomin epäsäännölliseen käyttöön. Tutkimuksen aineistona<sup>66</sup> oli kaksi kohorttia: hiv-positiiviset ja hiv-negatiiviset pistoskäyttäjät. Hiv-positiivista 96 %:lla oli hepatiitti c -tartunta, hiv-negatiivisilla vastaava luku oli 51 %. Hiv-negatiiviset olivat seksuaalisesti aktiivisempia kuin hiv-positiiviset. Hiv-negatiivisista 13 %:lla ja hiv-positiivista 32 %:lla ei ollut ollut yhtään kumppania viimeisen kuuden kuukauden aikana. Kondomin käyttö oli epäsäännöllistä<sup>67</sup> seksuaalisesti aktiivisista hiv-positiivisista 63 %:lla ja hiv-negatiivisista 80 %:lla. Hiv-positiivisille painotetaan turvaseksin tärkeyttä ensimmäisillä vierailuilla tartuntatautiklinikalle diagnoosin jälkeen. Tällä voi olla jotain merkitystä riskikäyttäytymiseen.

<sup>66</sup> Hiv-negatiiviset käyttäjät (N=207), jotka rekrytoitiin Helsingin terveysneuvontapisteissä vuosina 2000–2002. Hiv-negatiivisuus todettiin sylkitesterillä. Toinen kohortti on poimittu Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa, jonne kaikki pääkaupunkiseudun hiv-positiiviset pistoskäyttäjät diagnosoinnin jälkeen ohjataan hoitoon. Kohortissa on mukana vuosina 1998–2004 positiivisiksi todetut käyttäjät, joilla oli max. kahden vuoden takaa negatiivinen tulos aikaisemmasta testistä. Molemmissa kohorteissa mukana olivat vähintään 18-vuotiaita. Osallistuja haastateltiin käyttäen strukturoitua lomaketta. Riskitekijät analysoitiin käyttämällä logistista regressiota. Mallissa olivat mukana muuttujat, jotka olivat merkitseviä yhden muuttujan analyysissä. Tutkimuksen rajoituksena on varsin pienet otokset.

<sup>67</sup> Epäjohdonmukaiseksi käytöksi oli määritelty kondomin käyttämättömyys sekä käyttö joskus tai usein. Johdonmukaiseksi kondomin käytöksi määriteltiin kondomin käyttö aina.

Tutkimuksessa kondomin epäsäännöllisellä käytöllä ei ollut riippumatonta yhteyttä ikään, sukupuoleen, siviilisäätyn, seksikumppaneiden määrään, kaupalliseen seksiin, seksivälitteisiin tartuntoihin, huumeiden käytön tiheyteen, terveysneuvontapistevierailuihin tai pistämisen keston. Kondomin epä johdonmukainen käyttö ei myöskään ollut riippumattomasti yhteydessä koulutukseen, asumisoloihin, työttömyyteen, viimeaikaiseen (6-12kk) vankeuteen tai vankeuksien määrään. Tämän perusteella seksuaalista riskikäyttäytymistä tulee yrittää ehkäistä kaikkien pistoskäyttäjien osalta, eikä toimenpiteitä tule kohdentaa vain syrjäytyneimpiin ryhmiin tai kaupallisen seksin harjoittajiin. (Kivelä ym. 2009.)

Sen sijaan kondomin epä johdonmukainen käyttö oli yhteydessä tuoreeseen (6 kk) hoitajaksoon. Hiv-positiivisilla tämä yhteys näkyi sekä laitos- että avohoidossa olleilla, hiv-negatiivisilla vain laitoshoidossa olleilla. Tutkimus ei vastaa siihen, mikä selittää tätä yhteyttä. (Kivelä ym. 2009.)

### *Pistoshuumeita käyttäneiden hiv-positiivisten naisten haastattelututkimus*

Tutkimuksen<sup>68</sup> tavoitteena oli tarkastella alle 26-vuotiaana hiv-tartunnan saaneiden ja pistoshuumeita käyttävien tai käyttäneiden naisten näkemyksiä seksistä, huumeista ja hiv-infektiosta. Näiden teemojen kautta tutkimuksessa kuvataan haastateltavien hiv-tartuntaan johtanutta kehityskaarta. Suurin osa naisista oli aloittanut seksin hyvin varhain (12–13-vuotiaana). Suhtautuminen ehkäisyyn oli ollut välinpitämätöntä ja varsinkaan kondomia ei ollut käytetty ennen hiv-tartuntaa. Myös päihteiden käyttö oli aloitettu nuorena (12–15-vuotiaana) alkoholilla, kannabiksel-la ja amfetamiinilla. Huumeiden pistoskäyttöhistoria vaihteli tutkimukseen osallistuneiden joukossa 4-10 vuoden välillä. Aluksi hiv-tartunnan todennäköisyyttä pidettiin kaukaisena, mutta tartunnan yleistyminen pistoskäyttäjien keskuudessa lisäsi tietoisuutta. Tartuntaa pyrittiin ehkäisemään jonkin verran, mutta riippuvuus aineisiin ja välinpitämättömyys itseä kohtaan vähensi huomiota tartunnan mahdollisuuteen. (Kaivola ym. 2007.)

Haastateltujen hiv-tartuntaa edesauttoivat päihteiden käyttö ja koettu epätoivo. Haastateltujen elämää hallitsivat huumeet, mikä vaikeutti omasta elämästä huolehtimista. Psykykinen huonovointisuus, asunnottomuus ja ongelmien kasautuminen lisäsivät välinpitämättömyyttä omaa elämää kohtaan. Välineiden yhteiskäyttö oli yleistä ja niin sanotun klikkikupin yhteiskäytön tartuntariskiä moni ei ollut ajatellutkaan. Erityisesti opioidien käyttäjillä pistämisellä oli vieroitusoireiden vuoksi niin kiire, ettei enää välitetty, millä pistetään. Tällöin ainoa keino minimoida tar-

<sup>68</sup> Haastateltavat rekrytoitiin HUSin Auran sairaalan infektiosairauksien poliklinikan ja hiv-positiiviselle huumeiden käyttäjille suunnatun Helsingin Diakonissalaitoksen Munkkisaaren palvelukeskuksen asiakkaiden keskuudesta. Tutkimuskriteerit täyttäviä asiakkaita oli 17 naista, joista 12 tavoitettiin. Näistä lopulta 8 naista osallistui tutkimukseen. Haastattelut tehtiin elo-joulukuussa 2003 ja haastateltavat olivat haastatteluhetkellä 20–30-vuotiaita. Hiv-tartunnan toteamishetkellä naiset olivat olleet 17–25-vuotiaita. Haastateluista ei maksettu. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

tuntariskiä oli kysyä muiden hiv-tartunnasta. Puhtaiden välineiden saatavuudessa on rajoituksia esimerkiksi vankiloissa (ks. alaluku 9.4) ja yöaikaan, jolloin apteekit eivät ole myyneet pistosvälineitä. Haastateltavat myös kritisoivat terveysneuvonpisteiden vaihtomäärien rajoituksia, koska huonokuntoisten suonien vuoksi yksi käyttökerta saattaa vaatia kolmekin neulaa ennen onnistumista. Muutama oli saanut tartunnan varsin pian suonensisäisen käytön alettua, kun käyttöön liittyviä ruutiineja ei vielä hallittu. Pistoskäytön alkuvaiheessa pistokset antoi yleensä joku tuttava omilla välineillään. Apteeekeissa ja terveysneuvontapisteissä ei kehdattu käydä vaihtamassa välineitä, koska asiointi koettiin häpeällisenä. (Kaivola ym. 2007.)

Tutkimukseen osallistuneiden seurustelukumppanit ja satunnaiset seksikumppanit olivat usein huumeidenkäyttäjii. Seksi- ja parisuhteita leimasivat kumppanien mielialan vaihtelut, kaikenlainen väkivalta, hyväksikäyttö ja pistosvälineiden yhteiskäyttö. Monessa tapauksessa tartunta olikin saatu omalta kumppanilta. Tartunnan toteaminen oli vaikuttanut joihinkin käyttäjiin siten, että he olivat raitistuneet tai vähentäneet käyttöä. Osalle tartunnan toteamisella ei ollut vaikutusta käyttöön. Tieto tartunnasta oli kaikille järkytys, ja hiljensi aluksi seksielämää. Tartunnan myötä haastateltavat tulivat tietoisiksi kumppanin tartuntariskistä, ja kondomin käytöstä tuli lähes säännönmukaista. (Kaivola ym. 2007.)

Haastattelujen perusteella naiset kokivat voimakasta välinpitämättömyyttä suhteessa itseensä ja elämäänsä. Ajallisesti välinpitämättömyys liittyi niin menneisyyteen, nykyisyyteen kuin tulevaisuuteen. Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteysmekanismia ei täysin tunneta: aiheuttavatko mielenterveyshäiriöt päihdeongelmia vai toisinpäin, tai onko olemassa kolmas yhteinen tekijä. Käsillä olevan tutkimuksen perusteella huumeiden käytön taustalla voisi olla hoitamaton nuoruusiän masennus, joka jää usein tunnistamatta, koska nuoruusajan kehitys vaikuttaa nuorten kokemistapaan ja oireisiin. Nuori voi ottaa huumeita helpottaakseen ahdistustaan, mutta lääkkeiden väärinkäyttö, amfetamiini ja hallusinogeenit aiheuttavat paniikkioireita ja ahdistusta sekä lisäävät pelkoja ja syventävät masennusta. (Kaivola ym. 2007.)

## 6.2 Muut huumeisiin liittyvät terveyshaitat

### *Suonitulehdukset ja amputaatiot*

Kahdessa helsinkiläisessä sairaalassa<sup>69</sup> hoidettiin 24 potilasta vuosina 2000–2005, jotka olivat hoidettavina lääketablettien pistämisestä johtuneiden infektioiden (8

<sup>69</sup> Tutkimus toteutettiin keräämällä Töölön ja Meilahden sairaaloiden hoitoilmoitusrekistereistä ICD-10-koodien X44, T40.4, I74.2, I74.3, L02 mukaiset tapaukset ajalla 1.1.2000–31.12.2005. Näistä potilasta poimittiin ne, jotka olivat pistäneet tablettimurskaa suoneen tai ihonalaiskudokseen. Sairauskertomukset analysoitiin selvittämällä sosio-demografinen tausta, hoitoon hakeutumisasjankohta, suoritetut tutkimukset ja hoitotoimenpiteet. (Partanen ym. 2008.)

tapausta) tai akuutin raajaiskemian (16 tapausta) vuoksi. Lääkkeet oli murskattu ja liotettu kuumaan vesijohtoveteen, ja vain yksi potilas mainitsi käyttäneensä suodatinta ennen pistämistä. Vastaavana aikana hoidettiin vain yksi vastaavassa tilassa oleva potilas, jonka vauriot olivat syntyneet niin sanottujen perinteisten huumausaineiden pistämisestä (amfetamiinia). Tablettien kiinteät sidosaineet, kuten tärkkelys ja kalkki hidastavat valtimon sisäisesti annosteltuna veren virtausta, mikä voi johtaa valtimotukoksiin. Liukokseen on usein päässyt mikrobeja, mikä lisää riskejä. Aiempi suonensisäinen käyttö on usein tukkeuttanut suonet ja laskimon sijasta käyttäjä osuikin valtimoon tai suonien ohitse pehmytkudokseen. (Partanen ym. 2008.)

Potilaiden keski-ikä oli 26 vuotta (ikähaitari 20–39 vuotta), ja heistä naisia oli 5 ja miehiä 19. Kaikki potilaat olivat käyttäneet huumeita suonensisäisesti vuosia. Suurin osa tutkituista oli pistänyt murskaa kyynärtaipeeseen. Yleisin aine oli bentsoadiatsepiinin johdokset (11 potilasta). Buprenorfiinia oli pistänyt 10 potilasta joko pelkästään tai yhdistettynä muuhun rauhoittavaan lääkeaineeseen tai huumausaineeseen. Pistokset, joita oli joillakin potilailla useampi, olivat osuneet valtimoon (16), laskimoon (2) ja pehmytkudokseen (10). Pistämisestä päivystykseen saapuminen vaihteli 3 tunnin ja 10 päivän välillä. Hoitoon hakeutumisesta seurannut ohjaus oli hidasta ja mutkikasta ja kesti tavallisesti yli 24 tuntia. (Partanen ym. 2008.)

Potilailla hoidettiin vuodeosastolla keskimäärin 14 vuorokautta ja kirurgisia toimenpiteitä tehtiin nollassa kuuteen keskiarvon ollessa 2. Toimenpiteitä olivat paiseiden avaus, tarvittaessa raajojen lihaskalvojen avaus (faskiotomia) ja kuoliokudoksen puhdistusleikkaus. Embolektomiaa yritettiin kolmessa tapauksessa, mutta yrityksistä huolimatta jouduttiin tekemään amputaatiot. Kaiken kaikkiaan amputaatioita oli yhdeksän: sormi- (5) ja varvas- (1), kyynärnivel- (1), kyynärvarsi- (1) ja reisiamputaatio (1). (Partanen ym. 2008.)

### *Sairaaloiden huumehoitojaksot*

Vuonna 2008 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 6 668 huumehoitojaksoa, joissa huumesairaus, eli huumausaineisiin tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus, oli päädiagnoosina ja 9 508 hoitojaksoa, joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina.

Huumemyrkytysten hoitojaksot kasvoivat voimakkaasti vuoteen 2007 verrattuna. Huumausaineisiin liittyvien myrkytysten hoitojaksot kasvoivat noin 19 prosentilla. Huumehoitojaksot muodostavat noin viidenneksen kaikista sairaaloiden päihdehoitojaksoista, mutta yli puolet hoitojaksoista, kun kyseessä ovat alle 35-vuotiaat.



Taulukko 10. Huumesairauksien hoitajaksot 1999–2008, Huumesairaus pääsairautena

Vuosi	Päihtymys-tilat	Huumaus-aine-riippuvuus	Huumeiden aiheuttamat käyttäytymisen ja mielenterveyden häiriöt	Huumausaine-myrkytykset	Yhteensä
1999	509	485	886	208	2088
2000	429	660	912	175	2176
2001	384	573	873	132	1962
2002	355	637	786	112	1890
2003	274	468	705	128	1575
2004	267	575	601	109	1552
2005	270	577	571	103	1521
2006	247	664	542	126	1579
2007	273	625	551	122	1571
2008*)	296	726	553	145	1720

\*) Ennakkotieto

Lähde: Terveydenhuollon laitoshoido. SVT

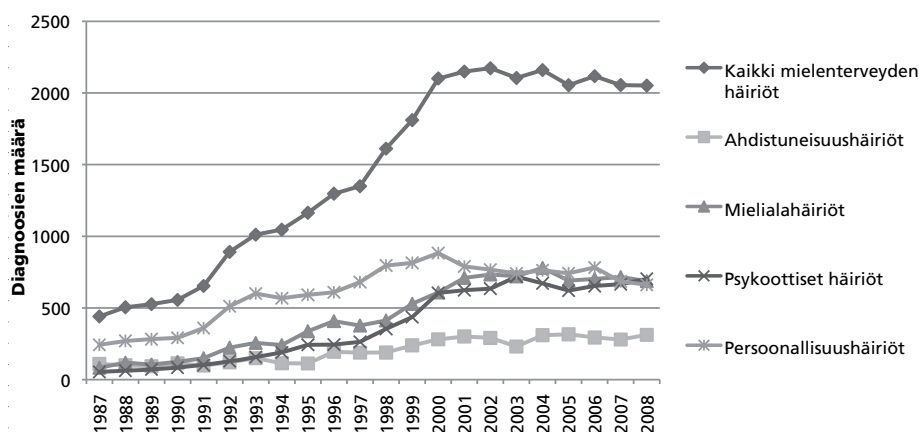
### *Samanaikaiset päihde- ja mielenterveyshäiriöt (kaksoisdiagnoosit)*

HUS:n korvaushoitopotilaille tehtiin vuosina 2000–2002 potilaskartoitus<sup>70</sup>, jonka analyysin perusteella yli 90 prosentilla korvaushoitopotilaista esiintyi päihdeongelman lisäksi muita psykiatrisia häiriöitä. Sekakäyttöä oli valtaosalla potilaista: opiattiriippuvuuden lisäksi melkein kaikilla oli diagnoosina bentsodiatsepiiniriippuvuus tai bentsodiatsepiinien haitallinen käyttö (94 %). Lisäksi yli puolella oli diagnoosina amfetamiiniriippuvuus tai aineen haitallinen käyttö (59 %) ja noin puolella kannabistriippuvuus tai kannabiksen haitallinen käyttö (51 %). Alkoholi-riippuvuus- tai alkoholin haitallinen käyttö -diagnoosin sai kymmenesosa potilaista (10 %). Lähes kaikki päihdediagnoosit olivat riippuvuusdiagnooseja, haitallisen käytön diagnooseja oli vain muutama. Päihdehäiriöiden kanssa samanaikaisista psykiatrisista häiriöistä tavallisimpia olivat erilaiset persoonallisuushäiriöt (86 %) ja mielialahäiriöt (23 %). Persoonallisuushäiriöistä tyypillisimpiä olivat antisosiaalinen ja epävakaa persoonallisuus. Kymmenesosalla oli psykoottistasoinen häiriö. Kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä aineistossa oli merkittävä; korvaushoitopotilaiden psykiatristen häiriöiden määrä ylittää selvästi normaaliväestön tason. Kaksoisdiagnoosipotilaista tarvitaan lisää tutkimusta, ja ryhmä tulee ottaa huomioon hoidon suunnittelussa. (Pirkola ym. 2007a; Vormaa ym. 2005.)

<sup>70</sup> Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki vuosien 2000–2002 aikana Hyksin korvaushoitopoliklinikalla (nyk. opioidiriippuvuuspoliklinikka) opioidikorvaushoidon aloittaneet potilaat, joita oli yhteensä 70. Tutkimus tehtiin takautuvasti sairauskertomustietojen perusteella. Kaikki tarkastellut potilaat olivat metadonikorvaushoidossa. (Vormaa ym. 2005.)

Kuviossa 6 tarkastellaan huumeusainediagnoosien kanssa samanaikaisesti esiintyvien mielenterveyshäiriöiden diagnoosien määrää sairaaloiden hoitoilmoitusrekisterien perusteella. Diagnoosien määrä kasvoi koko 1990-luvun, mutta 2000-luvulla kasvu on tasaantunut.

Kuvio 6. Huumeusainediagnoosien kanssa yhdessä esiintyvät mielenterveyden häiriöiden diagnoosit sairaaloiden hoitoilmoitusten mukaan vuosina 1987–2008.



Lähde: Hoitoilmoitusrekisteri, STAKES.

Solja Niemelä (2008) on tutkinut tuoreessa väitöskirjassaan<sup>71</sup> lapsuusiän psyykkisten oireiden sekä varhaisaikuisuuden psykososiaalisten tekijöiden yhteyksiä päihdekäyttöön ja -rikoksiin. Tutkimuksen mukaan lapsuusajan ylivilkkaus, käytösongelmat sekä samanaikaiset käytös- ja tunne-elämän ongelmat ennustivat runsasta päihteiden käyttöä ja päihderikoksia varhaisaikuisuudesta.

Lapsuusiän psyykkinen oireilu ennusti huumerikosmerkintää, mutta ei itse ilmoitettua huumeiden käyttöä 18-vuotiaana. Varhaisaikuisuudessa psyykkiset häiriöt olivat yleisiä huumeita käyttävillä. Opettajien arviot lapsen psyykkisestä oireilusta ennustivat myöhempää päihdekäyttöä paremmin kuin vanhempien arviot. (S. Niemelä 2008.)

<sup>71</sup> Tutkimuksen kohteena oli 10 % otos Suomessa vuonna 1981 syntyneistä suomenkielisistä pojista (n=2946, 97 % kohdeväestöstä). Vuonna 1989 kahdeksanvuotiaiden poikien psyykkisiä oireita kartoitettiin validoiduilla kyselylomakkeilla opettajilta, vanhemmilta ja pojilta itseltään (Rutter-kysely, Children Depression Inventory). Seuranta toteutettiin vuonna 1999 armeijan kutsuntatarkastuksen yhteydessä, kun pojat olivat 18-vuotiaita (n=2348, 80 % tutkimukseen vuonna 1989 osallistuneista). Päihdekäyttöä, psyykkistä vointia, toimintakykyä (Young Adult Self-Report) sekä mielenterveyspalveluiden käyttöä kartoitettiin kyselylomakkein. Tiedot psykiatrisista diagnooseista kerättiin Puolustusvoimien rekisteristä (18–23 vuotta). Tiedot rikoksista poimittiin poliisin syytorekisteristä (16–20 vuotta). Rekisteritiedot olivat saatavilla 92 % vuonna 1989 tutkimukseen osallistuneista.

Väitöskirjatyön tulosten mukaan päihdekäyttö on osa jo lapsuusiässä alkannutta ongelmajatkumoa. Tutkijan mukaan kouluterveydenhuollossa tulisi kehittää varhaisen puuttumisen hoitomalleja pojille, joilla esiintyy käytösongelmia, hyperaktiivisuutta tai samanaikaisia käytös- ja tunne-elämän vaikeuksia. (S. Niemelä 2008.)

## 6.3 Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus

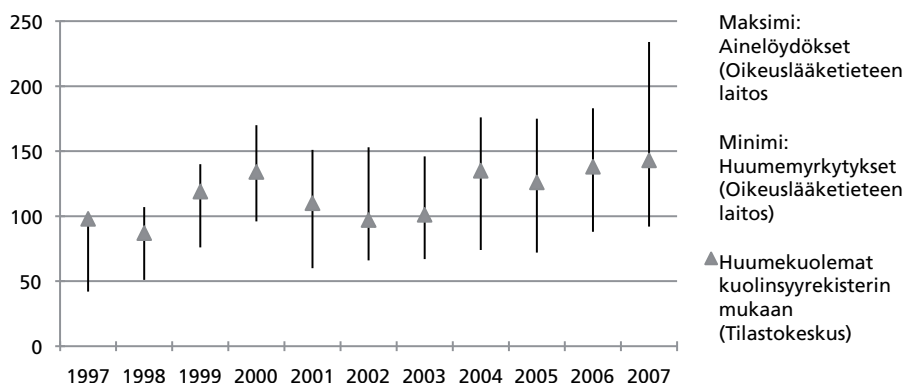
Suomen huumausainekuolemia voidaan tarkastella kolmen tilaston valossa; ainelöydösten, kuolemansyiden ja myrkytysten perusteella. Ainelöydösten määrä perustuu ruumiinavauksissa tehtyihin positiivisiin huumausainelöydöksiin. Tällöin huumausaineella ei välttämättä ole välitöntä tai merkittävää välillistä syytä kuolemaan. Suomessa tutkitaan huumeiden varalta kaikki epäselvät tai epäilyksen alaiset kuolemat. Kuolemansyiden mukainen tilastointi perustuu EMCDDA:n protokollaan<sup>72</sup>, jossa huumekuolemiksi on määritelty myrkytykset eli yliannostukset. Operatiivisen määritelmän mukaan kansallisista kuolemansyytilastoista tehdään WHO:n ICD-10-koodiston mukaiset poiminnat, joissa peruskuolemansyy on joko huumeiden käytöstä johtuva mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö tai huumeemyrkytys. Suomessa kuolemansyytilastoa ylläpitää Tilastokeskus. Myös huumeemyrkytystilasto kuvaa yliannostusten eli välittömästi huumeiden vuoksi kuolleiden lukumäärää. Tässä tilastossa lähteenä ovat oikeuslääketieteen toksikologisesta rekisteristä poimitut huumeiden farmakologisten vaikutusten takia tapahtuneet, oikeuskemiallisesti analysoidut myrkytyskuolemat.

Kuviossa 7 huumekuolemien kehitystä kuvataan eri tilastointitapojen perusteella vuosina 1995–2007<sup>73</sup>. Muutokset näissä kolmessa huumekuolematilastossa ovat 2000-luvulla varsin yhtenevät. Poikkeuksen muodostaa löydöslukujen voimakas lisääntyminen vuonna 2007. Kasvun syistä ei ole tietoa.

<sup>72</sup> Protokolla saatavana pdf-dokumenttina: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1419>.

<sup>73</sup> Kaikki kolme tilastoa valmistuvat vuosittain edellisestä vuodesta, mutta valitettavasti raportin kirjoitusvaiheessa vuoden 2008 tilastot eivät ole valmiit.

Kuvio 7. Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja huumausainelöydösten perusteella 1997–2007.



Lähde: Tilastokeskus; Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos

Vuonna 2007 ainelöydösten määrä kasvoi 46 tapauksella edelliseen vuoteen nähden. Oikeustieteellisissä tutkimuksissa todettiin ruumiinavausten ainelöydösten perusteella huumeita 234 tapauksessa. Amfetamiinia löydettiin 92 (64)<sup>74</sup> tapauksessa ja kannabista 92 (99) tapauksessa. Heroiini-kuolemien samoin kuin kokaiini-kuolemien määrä on pysynyt muutamissa tapauksissa vuosittain. Vuonna 2007 heroiinilöydöksiä oli 1 (2) ja kokaiinilöydöksiä 3 (1). Buprenorfiinin päihdekäyttöä todettiin 97 (88) kuolemantapauksessa. Buprenorfiinilöydösten määrä on kasvanut vuosittain 2000-luvulla vuoden 2000 seitsemästä tapauksesta lähes sataan tapaukseen. Muita opioideja – tramadolia, oksikodonia tai fentanyyliä – todettiin 21 (29) tapauksessa. Vuosina 2005–2007 löydöksissä suurin viisivuotiskäryryhmä oli 20–24-vuotiaat. Näiden kolmen vuoden aikana huumausainetta todettiin vain kahdessa yli 60-vuotiaassa vainajassa, ja molemmilla kerroilla kyse oli amfetamiinista. Löydöksistä suurin osa löytyy miehistä, vuonna 2005 naisten osuus oli 15 % ja vuosina 2006 ja 2007 12 prosenttia. (Vuori ym. 2009.)

Oikeuskemiallisten löydösten perusteella aineiden sekakäyttö oli tyypillistä. Vuonna 2007 tehdyn 98 buprenorfiinilöydöksen yhteydessä muista laittomista huumausaineista kannabista todettiin 14 tapauksessa, amfetamiinia 26 tapauksessa ja molempia 13 tapauksessa. Alkoholia (yli 0,5 promillea) löydettiin 40 prosentissa tapauksia. Myös lääkkeitä todetaan usein; erilaisiin myrkytyksiin kuolleissa 129 vainajassa, joilla oli myös huumepositiivinen löydös, bentsodiatsepiinejä todettiin 82 prosentissa tapauksia. (Vuori ym. 2009.)

Aineista opioidien suhteen käyttö näyttää siirtyneen niin sanotuista klassisista huumausaineista yhä enemmän lääkkeiden päihdekäyttöön. Löydöstapausten perusteella buprenorfiinin, kodeiinin, tramadolin ja oksikodonin lisäksi metado-

74 Suluissa merkitty vuoden 2006 vastaavat luvut.

nia ja fentanyyliä on väärinkäytetty. Metadonin kohdalla lääke oli usein joutunut korvaushoidosta vääriin käsiin. Korvaushoitopotilaan normaali päivittäinen annos on kokemattomalle käyttäjälle moninkertaisesti hengenvaarallinen. Fentanyylita-paukset liittyvät kipulaastareiden väärinkäyttöön. Laastareiden pureskelu ja fentanyylin vapautuminen suun lämpötilassa ohuen limakalvon läpi on selkeästi nopeampaa kuin oikein käytettynä ihon kautta, mistä seuraa helposti myrkytystila. Laastareissa on myös paljon fentanyyliä, joten laastarista uuttamalla saatu liuos voi sisältää useita tappavia annoksia, kun sitä käytetään pistämällä. Uusi löydös oli myös epilepsia- ja kipulääkkeenä käytetyn pregabaliinin esiintyminen opioide- ja käyttävien nuorten näytteissä. (Vuori ym. 2009.)

Vuosina 2005–2007 päihteenä käytetty buprenorfiini oli myrkytyskuolemista tärkein löydös joka kolmannessa myrkytyskuolemassa. Amfetamiini puolestaan oli tärkein löydös 10 prosentissa myrkytyskuolemia. Tehokkaiden opioidien, kuten morfiinin, metadonin ja fentanyylin pitoisuudet myrkytyskuolemista ovat te-rapeuttisten pitoisuuksien tasolla. Tramadolia ja kodeiinia puolestaan todetaan hyvin suuria pitoisuuksia. Tämä johtunee siitä, etteivät kyseiset lääkkeet ole kovin tehokkaita ja käyttäjät ottavat yliannostuksia saadakseen riittävän päihdyttävän vaikutuksen. (Vuori ym. 2009.)

## 7 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen

Huumekuolemien ehkäisyyn liittyvää työtä tehdään osana tartuntatauteihin liittyvää terveysneuvontaa sekä ongelmakäyttäjien vertaisryhmien toiminnassa. Yliannostusten ehkäisyssä on painotettu oikeita annosmääriä sekä ensiavun hälyttämistä paikalle nopeasti. Asiaa käsitellään tarpeen mukaan käyttäjien kanssa myös huumehoidon yksiköissä. Huumekuolemien ehkäisyyn liittyvää koulutusta on jonkin verran osana sosiaali- ja terveydenalan peruskoulutusta.

Huumeisiin liittyvien tartuntatautiin hoitoa ja ehkäisevää työtä toteutetaan terveydenhuollon peruspalveluissa, terveydenhuollon ja päihdehuollon erityispalveluissa, terveysneuvontapisteissä ja aptekeissa, joissa myydään neuloja ja ruiskuja. Hiv-tartunnan saaneiden hoidosta vastaavat yliopistolliset sairaalat alueensa keskus-, alue- ja psykiatristen sairaaloiden kanssa.

Eryteisesti matalan kynnyksen hoitopalvelujen toiminta on ollut tärkeää ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautiin ehkäisyssä ja vähentämisessä. Terveysneuvontapisteissä huumeiden käyttäjät voivat vaihtaa käytetyt ruiskut ja neulat puhtaisiin. Keskeinen osa toimintaa on myös terveysneuvonta huumeiden käyttöön liittyvistä tartuntataudeista ja muista vakavista käyttöön liittyvistä riskeistä, kuten yliannostuksista sekä seksiteitse leviävistä tartuntataudeista. Terveysneuvontapisteiden toiminta on niiden palveluja käyttäville maksutonta ja asiointi tapahtuu nimettömänä.

Vuonna 2003 annetun tartuntatautiasetuksen mukaan kuntien tulee huolehtia terveyskeskusten toimialueella tartuntatautiin vastustamistyöstä, johon kuuluvat esimerkiksi tartuntatauteja koskevaa tiedottaminen ja terveysneuvonta. Kohde-ryhmään kuuluvat myös pistämällä huumeita 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 pistosvälineiden hankintapisteinä alueilla, missä ei ole terveysneuvontapisteitä.

### 7.1 Huume-ehtoisten ensiaputilanteiden ehkäisy ja huumeekuolemien vähentäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti helmikuussa 2008 seminaarin huumeausainekuolemien ehkäisystä. Seminaarissa keskusteltiin alustuksien pohjalta esimerkiksi siitä, miten käyttäjillä voi olla pelkoja viranomaisia kohtaan ja miten nämä pelot

vaikuttavat kielteisesti, eikä hätänumeroon oteta yhteyttä yliannostustapauksissa. Seminaarissa esiteltiin myös vertaistoimintaa, jolla voidaan tavoittaa palvelujen piiriin kuulumattomia käyttäjiä. (STM 2008.)

Seminaarin johtopäätöksinä esitettiin, että viranomaispelkoja tulisi pyrkiä vähentämään ja soittokynnystä madaltamaan erityisellä hankkeella. Telemaattisia palveluja on lisättävä ja monipuolistettava. Sosiaali- ja terveysministeriön on tehostettava hätäkeskusten ohjausta terveyteen liittyvien seikkojen korostamiseksi keskusten toiminnassa. Turvallisuusyritysten vartijoiden huumemyrkytyksiä koskevaa tietotaitoa tulee parantaa koulutuksella. Poliisin osallistumista huumausaineiden käyttäjien hoitoonohjaukseen on tuettava sisäasiainministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön toimin. A-klinikkasäätiön Vinkkien Lumipallo -hankkeet tulisi pyrkiä saattamaan normaalin kuntarahoituksen piiriin. Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoonpääsyä tulee edelleen helpottaa ja nopeuttaa. Lisätoimenpiteitä harkitaan, kun tutkimus vuoden 2007 huumekuolemista valmistuu.

A-klinikkasäätiöllä oli vuosina 2004–2008 käynnissä Linkki-projekti eli huumehaittojen vähentäminen vertaisryhmätoimintana Helsingin terveysneuvontapiste Vinkissä (ks. tarkemmin alaluku 7.2). Projekti toteutettiin tutorien eli vertaisvalistajien kouluttamisena. Koulutuksien yksi teema oli yliannostilanteet ja ensiapu. Koulutuksiin osallistuneet mainitsivat yliannostilanteissa oikein toimimisen myös yhdeksi keskeiseksi motiiviksi osallistua koulutukseen. (Malin-Kaartinen ym. 2008.)

## 7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito

### *Etsivästä työstä ohjeistus*

Correlation Network (2007) on julkaissut suomalaisten toimittaman teoksen<sup>75</sup> “Outreach work among marginalised populations in Europe. Guidelines on providing integrated outreach services.” Ohjeistuksessa käydään läpi sekä etsivän työn periaatteita että työn käytännön toteuttamista. Keskeisenä pidetään työntekijöiden kouluttamista ja heidän työhyvinvoinnistaan huolehtimista. Toiminnan onnistumisen kannalta tärkeää on myös yhteistyö muiden sosiaali- ja terveystoimijoiden kanssa.

### *Huumehoidossa olevien käyttäjien rokotussuoja*

Huumehoidon asiakkaiden rokotussuojassa ei ole juuri muutosta edelliseen vuoteen nähden. Huumeoidon tietojärjestelmän tulosten mukaan pistämällä joskus

---

75 Ohjeet on luotu Correlation Networkin kokoaman työryhmän keskustelujen pohjalta.

huumeita käyttäneistä huumehoidon asiakkaista noin kaksi kolmesta (72 %) oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokoteannoksen. Kaikki kolme rokoteannosta oli saanut 51 prosenttia asiakkaista. Tehosteen saaneita oli viisi prosenttia. (Kuussaari & Ruuth 2009.)

### *Terveysneuvontapistetoiminta*

Terveysneuvontapisteissä on mahdollisuus saada pistosvälineiden vaihdon lisäksi erilaista terveysneuvontaa, pienimuotoista terveydenhoitoa, testi- ja rokotuspalveluja sekä palveluohjausta. Terveysneuvontapistetoimintaa on kaikissa yli 100 000 asukkaan kunnissa, ja kaiken kaikkiaan terveysneuvontapalveluja tarjotaan yli 35 paikkakunnalla.

Suhteutettuna kuntien väkilukuun vuonna 2005, terveysneuvontapalveluja on tarjolla kunnissa, joissa asuu 44 prosenttia koko väestöstä. Jos terveysneuvontapisteidien vuoden 2005 kokonaisasiakastilastot (11 800 asiakasta) suhteutetaan saman vuoden arvioon ongelmakäyttäjien määrästä (14 500–19 100 amfetamiinien ja opiaattien käyttäjää), voidaan arvioida, että terveysneuvonta tavoittaa noin 60–80 prosenttia ongelmakäyttäjistä. Pääkaupunkiseudulla asiakkaita tilastoitiin 9315, ja alueen ongelmakäyttäjien määrään arvio on 5 100–8 200 vuonna 2005. Epäsuhta selittyy sillä, että tiiviillä pääkaupunkiseudulla jopa 20 prosenttia asiakkaista asioi useammassa pisteessä, eikä päällekkäisiä tapauksia voida poistaa asioinnin perustuessa nimimerkkiin. Arvion mukaan pääkaupunkiseudulla terveysneuvontapisteidien palvelut tavoittavat 80 prosenttia ongelmakäyttäjistä. (Arponen ym. 2008.)

Terveysneuvontapisteidien toimintaa on seurattu vuodesta 2001 lähtien. Asiakkaiden määrät, käyntien määrä ja vaihdettujen pistosvälineiden määrät ovat kasvaneet koko toiminnan ajan. Asiakkaiden ja käyntien määrissä on tapahtunut viime vuosina tasaantumista<sup>76</sup>. (Anturiverkosto 2008.)

Taulukko 11. Terveysneuvontapisteidien toimintatilastot 2000–2007.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Terveysneuvontapisteteet	12	18	22	24	24	34	38	38
Asiakkaat	4 800	8 400	9 300	9 300	10 400	11 800	11 900	13 000
Käynnit	32 900	44 500	55 300	70 600	83 400	80 500	73 900	92 000
Vaihdetut välineet	564 500	950 500	1,1 milj.	1,4 milj.	1,8 milj.	1,9 milj.	2,3 milj.	2,6 milj.

Lähde: Anturiverkosto 2009.

<sup>76</sup> Vuoden 2008 terveysneuvontapistetilastot eivät ole raportin kirjoitushetkellä vielä valmiit.



Vuoden 2006 toimintatilastojen mukaan terveysneuvontapisteissä tehtiin hiv-testejä 1409 ja C-hepatiittitestejä 582 kappaletta. Näitä testejä oli tarjolla noin neljässä viidestä terveysneuvontapisteestä. Hiv-testeistä 1091 oli pikatestejä. Useat pisteet tarjosivat lisäksi A- ja B-hepatiitti-, klamydia-, tippuri- sekä raskaustestejä. Roko-teannoksia annettiin kaiken kaikkiaan 1950 kappaletta. Määrä kasvoi 3 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Kondomeja terveysneuvontapisteet jakoivat 58 991 kappaletta, mikä on 50 prosenttia enemmän kuin edellisellä vuonna. (Anturiverkosto 2008; Arponen ym. 2008.)

Kansanterveyslaitos (nyk. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) on toteuttanut arviointitutkimuksen<sup>77</sup>, jossa on tarkasteltu terveysneuvontapistetoiminnan vaikuttavuutta. Tutkimuksen mukaan terveysneuvontapistetoiminta on ollut keskeinen tekijä hiv-infektion, A- ja B-hepatiitti-infektioiden ja osittain myös C-hepatiitti-infektioiden ehkäisemisessä ja epidemioiden torjunnassa huumeiden pistoskäyttäjien – ja välillisesti koko väestön – keskuudessa. Hiv-infektioilanteelle asetetut kunnianhimoiset tavoitteet epidemian katkaisemisesta ja tapausmäärien vähentämisestä alle 30 uuteen tapaukseen vuosittain ovat toteutuneet. Tämän osoittavat paitsi Kansanterveyslaitoksen (nyk. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) tartuntatautirekisterin tiedot, myös kohdennetut esiintyvyystudkimukset. (Arponen ym. 2008.)

Terveysneuvontapistemalli on ollut hyvin kustannustehokas terveysinterventio, jonka pysyvyyden varmistaminen ja edelleen kehittäminen olisi hyvin tärkeää. Toiminta on myös merkittävä sosiaalinen innovaatio, joka yhdistää matalan kynnyksen terveyspalvelut sekä huumeiden käyttäjien haittojen vähentämiseen, ja malli on pystytty toteuttamaan suomalaisen restriktiivisen huume politiikan rinnalla. (Arponen ym. 2008.)

### *Huumehaittojen vähentäminen vertaisryhmätoimintana*

A-klinikkasäätiöllä oli vuosina 2004–2008 käynnissä Linkki-projekti eli huumehaittojen vähentäminen vertaisryhmätoimintana Helsingin terveysneuvontapiste Vinkissä. Linkki-projektin toimintamuotona oli vertaistoiminnan eri mallien kehittäminen vertaisvalistajille. Keskeinen koulutusmuoto on ollut Lumipallo-koulutus<sup>78</sup>. Lumipallo kestää noin viisi opintokertaa ja lisäksi koulutukseen kuuluu kuukauden kenttäjakso, jossa haastatellaan kymmenen oman verkoston käyttäjää. Kouluttajina toimivat alan asiantuntijat, ja teemoina ovat veri- ja seksiteitse tarttuvat taudit, huumeiden käyttöön liittyvät riskit, yliannostustilanteet ja ensiapu.

<sup>77</sup> Tutkimuksen aineistona on käytetty Kansanterveyslaitoksen tartuntatautirekisteriä, terveysneuvontapisteiden testituloksia, otantatutkimuksia terveysneuvontapisteissä, terveysneuvontapisteiden toimintaraportteja ja -tilastoja sekä 11 terveysneuvontapisteiden työntekijän syvähaastattelua.

<sup>78</sup> Correlation Network (2008) on julkaissut Lumipallo-koulutuksesta englanninkielisen raportin ”Peer training in a multicultural environment. Snowball and individual training at the Vinkki Health Advice Centre in Helsinki during 2005-2006.” ks. <http://www.correlation-net.org/products/snowball.pdf>

Opintokerroilla on keskusteltu avoimesti huumeiden käyttöön liittyvistä asenteista ja näkemyksistä. Näin kouluttajat ovat saaneet tietoa kentällä olevista käsityksistä ja uskomuksista. Koulutukseen ei varsinaisesti kuulu hoitoonohjaus, mutta koulutuksen aikana ihmisiä on hakeutunut hoitoihin. Kenttäjakson haastattelutilanteita harjoitellaan etukäteen. Kenttäjaksojen päätyttyä on vielä palautekerta, ja osallistujia palkitaan pienellä ahkeruusrahalla. Lisäksi koulutetuille jää oikeus vaihtaa vaihtorajoituksen määrää suurempi määrä ruiskuja ja neuloja terveysneuvontapisteissä. Lumipallo-koulutuksia on suunnattu myös erityisryhmille kuten naisille ja venäjänkielisille. Lisäksi on ollut yksittäinen Lumipallo-koulutus, johon on liittynyt Vinkin asiakaslehti Veturin toimittaminen. (Malin-Kaartinen ym. 2008.)

Linkki-projektiin on kuulunut myös Passi satoihin -vertaiskoulutus, johon kuuluu vain kaksi koulutuskertaa (turvallinen pistäminen ja tartuntataudit). Monien käyttäjien on ollut helpompi sitoutua lyhyempään koulutukseen, ja niitä on ollut myös helpompi järjestää, koska kouluttajina toimivat Vinkin työntekijät. Koulutuksen jälkeen käyttäjillä on ollut oikeus vaihtaa suuremmat määrät pistosvälineitä (sadat käyttövälineet). Verto eli vertaiskenttätöön toimijoiden koulutuksissa Vinkin pitkäaikaisia asiakkaita koulutettiin terveysneuvonnan ja välineiden jakamiseen niille käyttäjille, jotka eivät käy terveysneuvontapisteissä. Vertaistyökenttätöönmuoto aloitettiin kun havaittiin, ettei Vinkin kenttätö tavoita käyttäjiä samalla tavalla kuin ennen. Linkki-projektiin kuului lisäksi työn jatkaminen ennen projektia koulutettujen avustajien eli helpperien kanssa. Helpperit ovat toimineen satunnaisesti tai suunnitelmallisesti, esimerkiksi vaihtamalla käyttäjäverkostonsa välineitä, osallistumalla Vinkin työntekijän kanssa etsivään työhön tai avustamalla kontaktikahvilassa. (Malin-Kaartinen ym. 2008.)

Projektin loppuraportissa on arvioitu<sup>79</sup> vertaistoiminnan onnistumista ja vaihtavuutta. Arvion mukaan koulutuksilla on päästy keskeisiin tavoitteisiin eli asiakkaiden osallisuuden ja voimaantumisen lisäämiseen. Räätelöidyillä koulutusmalleilla on mahdollistettu myös huonokuntoisten asiakkaiden kiinnittyminen vertaistoimintaan. Vertaistoiminnalla on saatu vietyä tietoa myös niihin huumeita käyttävien verkostoihin, joita ei muuten tavoiteta. Projektin aikana kehitettiin uusia vertaistoiminnan malleja ja uutta vertaistoiminnan käsitteistöä jatkommallien kehittelyn pohjaksi. (Malin-Kaartinen ym. 2008.)

Vertaistoimijoille koulutukset olivat voimaannuttava kokemus, joka näkyi avoimuuden lisääntymisenä, oman elämän tarkasteluna, itsestä huolehtimisena sekä hoitoihin ja kursseille hakeutumisena. Myös työntekijöille vertaistoiminta oli myönteistä, mutta toi myös jännitteitä työyhteisöön, koska tilanne oli uusi sekä työntekijöille ja vertaistoimijoille. Toiminnan edellytyksenä pidettiin vertaistojimijan roolin selkeää määrittelyä. Jatkokehittämisen painopisteinä pidettiin räätelöityjen koulutusmallien kehittämistä, virkistystoiminnan kehittämistä ja ver-

<sup>79</sup> Aineisto koostuu 11 Lumipallo-koulutukseen osallistuneen henkilön haastattelusta vuosina 2004–2006 ja 10 Helsingin Vinkin työntekijän haastattelusta vuodelta 2006. Haastattelut nauhoitettiin, liitettiin ja analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.

taistoimijoiden toimipisteissä ja kentällä tapahtuvaan toimintaan panostamista. Tulevaisuuden haasteita ovat vertaistoiminnan säilyminen osana perustyötä, matalakynnyksisyyden säilyttäminen ja resurssikysymykset. Toistaiseksi vertaistoiminnan kehittämisen prosessi on jatkunut Vinkissä hankkeen päättymisen jälkeenkin ja vertaistointia on juurtunut osaksi perustyötä. (Malin-Kaartinen ym. 2008.)

### *Terveysneuvonta terveysasemilla*

Vuodesta 2003 lähtien tartuntatautien vastainen työ sekä terveysneuvonnan ja pistosvälineiden vaihtovelvoite on ollut lain mukaan myös terveyskeskusten vastuulla. Kyselyn<sup>80</sup> mukaan huumeiden käyttöön liittyvää terveysneuvontaa ja pistosvälineiden vaihtoa toteutetaan terveysasemilla kuitenkin suhteellisen vähän. Kyselyyn vastanneista terveysasemista vain 9 % vaihtaa huumeiden käyttäjille puhtaita ruis-kuja ja neuloja. Reilu puolet terveysasemista antaa huumeiden käyttäjille terveysneuvontaa esimerkiksi tartuntataudeista tai pistämisen riskien vähentämisestä. Reilu kolmannes vastanneista (38 %) ilmoitti, että terveysasemalla käy viikoittain pistämällä huumeita käyttäviä asiakkaita. Etenkin pienten paikkakuntien terveysasemien rooli huumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisyssä ja huumehaittojen vähentämisessä on merkittävä, koska erillisten terveysneuvontapisteiden perustaminen pienille paikkakunnille ei välttämättä ole järkevää. (Malin-Kaartinen & Rönkä 2008.)

Kyselyssä terveysasemat arvioivat myös henkilökunnan valmiuksia ja tietämystä huumeiden käyttöön liittyvissä asioissa. Vastausten perusteella suurimmalla osalla terveysasemia on erittäin tai melko hyvät valmiudet antaa tietoa tartuntataudeista. Myös tiedot paikkakunnan hoitomahdollisuuksista ovat hyvät. Sen sijaan valmiudet pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden kohtaamiseen, huumeiden käyttöön liittyvien terveysongelmien tunnistaminen ja tietämys eri huumeausaineista ovat terveysasemilla heikommalla pohjalla. Vain 33 prosenttia terveysasemista ilmoitti, että henkilökuntaa oli osallistunut kahden viime vuoden aikana piikkihuumeiden käyttöön liittyvän koulutukseen. Henkilökunnan valmiuksien ja tietämyksen lisäämisellä on suuri merkitys sille kuinka mielekkäänä huumeiden käyttäjien kanssa tehtävä työ nähdään perusterveydenhuollossa. (Malin-Kaartinen & Rönkä 2008.)

Terveysasemista 56 prosenttia ilmoitti, että terveysasemalla annetaan huumeiden käyttöön liittyvää terveysneuvontaa. Asemilla annetaan tietoa tartuntataudeista (51 %), huumehoitopaikoista (41 %), pistämisen riskien vähentämisestä (36 %), terveysneuvontapisteistä (37 %) ja seksuaaliterveydestä (36 %). Terveys-

---

80 A-klinikkasäätiön ja Stakesin toteuttivat kyselyyn, jolla haluttiin kartoittaa terveysasemien käyttäjiä huumeiden käyttäjille suunnatussa pistosvälineiden vaihdossa. Kyselyn tarkoituksena oli myös selvittää, kuinka hyvin huumeiden käyttöön liittyvä terveysneuvonta toteutuu terveysasemilla. Kysely toteutettiin vuoden 2006 joulukuussa ja se lähetettiin kaikille Suomen 596 terveysasemalle (mukana pää- ja alaterveysasemat). Kyselyyn tuli 202 vastausta 188 eri kunnasta. Vastauksia tuli tasaisesti eri puolelta maata.

neuvontaa antavista asemista kahdella kolmasosalla neuvonta on suullista ja kolmasosalla sekä suullista että kirjallista. 86 %:ssa vastanneista terveysasemista on mahdollista käydä hepatiittitesteissä. Melkein kaikilla (99 %) terveysasemilla hepatiittitestit ovat maksuttomia. Huumeiden käyttäjän on mahdollista saada maksuton A- ja B-hepatiittirokotus noin puolessa terveysasemista. Hiv-testi on mahdollista saada 88 % terveysasemista. Vain kahdella terveysasemalla on käytössä hiv-pika-testi. (Malin-Kaartinen & Rönkä 2008.)

Kyselyssä kartoitettiin myös terveysasemien näkemyksiä siitä, kenelle puhtaiden ruiskujen ja neulojen jakaminen kuuluu. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että ruiskujen ja neulojen jakaminen kuuluu erillisille terveysneuvontapisteille. Myös apteekkiverkosto, terveysasemat ja liikkuvat yksiköt saivat kannatusta ruiskujen ja neulojen vaihtopaikkoina. Vastaajista 44 % oli kuitenkin sitä mieltä, että vaihto tulisi toteuttaa kaikkien tahojen yhteistyönä. (Malin-Kaartinen & Rönkä 2008.)

### 7.3 Muiden huumeisiin liittyvien terveyshaittojen ehkäisy ja hoito<sup>81</sup>

Raha-automaattiyhdistys alkoi vuoden 2002 alussa tukea neljän järjestön kaksoisdiagnoosiprojekteja, jotka loppuivat vaihtelevasti vuosina 2004–2007. Hankkeille tilattiin lisäksi arviointi<sup>82</sup>, jonka tehtävä oli selvittää, miten erityinen hoito ja kuntoutus tuotetaan näillä erityyppisillä hankkeilla. Projektien asiakkaat olivat pääasiassa nuorehkoja asunnottomia miehiä, joilla oli sekä vaikeanlainen päihdeongelma että erilaisia mielenterveyden ongelmia. Lisäksi asiakkaat olivat työttömiä ja perheettömiä. Asiakkaiden tilanne asetti hoidolle ja kuntoutumiselle kovat vaatimukset. Yhteistä eri hankkeiden onnistumiselle oli se, että ellei yksikkö onnistunut asiakkaiden päihdeettömyyden ylläpidossa, niin muukaan kuntoutus ei onnistunut. (P. Niemelä 2008.)

Arvioinnin tulosten mukaan kaksois- ja monidiagnoosikuntoutuksessa toimii parhaiten portaittaisuus. Ensimmäisen rapun eli erikoistason hoidon jälkeen

81 Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamista pohtineen työryhmän mietinnön (STM 2009b) sisällöstä ks. alaluku 1.2.

82 Arvioinnin aineisto on kolmiosainen: 1) asiakirjat, dokumentit ja muu kirjallinen

aineisto, joka yksiköstä on ollut saatavissa, 2) asiantuntijoiden haastattelut, 3) haastattelut, havainnointi ja kyselyt järjestöissä Järjestöissä haastateltavana ovat olleet työntekijät, johto, asiakkaat ja jonkin verran luottamushenkilöitä. Yleisenä arviointimenetelmänä on ns. monitoimijainen arviointimalli. Asiakashaastatteluja varten on laadittu asiakasmittaristo, jota on käytetty alkukartoituksesta lähtien. Perustana on käytetty erilaisia standardoituja ja muita tarkoitukseen soveltuvia ja rakennettuja mittaristoja (ADL, Activities of Daily Living; GHQ-12, General Health Questionnaire; Alderfer 1972 ja Johansson 1970). Mittaristo laadittiin mittaamaan hyvinvointimuuttujia: asumis-, työ- ja toimeentulomuutokset, turvallisuusindeksi sekä työ- ja toimintakyky, itsestä huolehtiminen, rahan käyttö, ihmissuhteet, itsensä toteuttaminen, itsearvostus ja itsekunnioitus, elämänhallinta, koherenssin tunne ja elämänsuunnitelma, elämän arvojen ja asenteiden muutos, harrastukset ja käyttäytymisen muutokset eri tasoilla.

on tarvetta niin sanotulle toiselle portaalle, eli hoitokodinomaiselle, kuntouttavalle asuinyhteisöhoidolle. Kolmantena portaana toimii malli, jossa on kuntoutusyksikön ohella erillinen yhteisasumisyksikkö, jossa toimivat vertaistuki ja -kontrolli. Neljäntenä askelmana tulee avokuntoutustoiminta yhdistettynä omiin asuntoihin. Viidentenä rappuna on itsenäinen asuminen, johon voi tarpeen mukaan liittyä vielä tuentarjonta. (P. Niemelä 2008.)

Mauri Aalto (2007) esittää kirjallisuuskatsauksen pohjalta, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon tulisi olla integroitua, missä häiriöitä arvioidaan kokonaisuutena ja häiriöiden hoitotoimiin ryhdytään samanaikaisesti. Integroidussa hoitomallissa hoitohenkilöillä tulee olla perehtyneisyys sekä päihdehäiriöiden että muiden mielenterveyshäiriöiden tutkimukseen ja hoitoon. Integroitu hoito ei ole itsessään hoitomuoto vaan malli, jolla kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitopalvelut järjestetään. Integroituun hoitoon kuuluu moniammatillinen työryhmä ja laaja hoitovalikoima riippuvuuden lääkehoidoista psykososiaalisiin hoitoihin. Hoidon tulee olla pitkäjänteistä ja sietää retkahduksia päihtheisiin. Käytön aiheuttamien haittojen vähentämistä pidetään joissakin tilanteissa riittävänä tavoitteena, sillä hoidon hyötyä tarkastellaan myös potilaan toimintakyvyn ja elämänlaadun kehittämisen näkökulmasta.

## 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 yli kolme viidestä on työttömiä ja kymmenesosa asunnottomia. Asiakkaiden koulutustaso on matala. Koska huumeasaineiden käyttö on rikosoikeudellisesti rangaistavaa, monet asiakkaista ovat myös rikos- ja vankilakierteessä.

Hoidon jälkeisissä sopeuttamistoimissa on korostettu moniammatillista yhteistyötä viranomaisten kesken. Tähän liittyvät niin sosiaalisen kuntoutuksen, työllistämisen kuin tuetun asumisen kokonaisuudet. Mukana ovat myös opetustoimen viranomaiset, etenkin nuoria ongelmakäyttäjiä auttavassa työssä.

Koulutuksen suunnittelu ja ammatinvalinnanohjaus kuuluvat nuorten osalta automaattisesti hoitoprosessiin. Kuitenkin koulutusjärjestelmässä on vähän normaaliin työuraan ohjaavaa koulutusta, joka olisi sopeutettu erityisesti ongelmakäyttäjille. Lisäksi vastaanottavista työpaikoista on puute, eikä niiden hyöty ole suuri, jos työllistymiskynnys on liian korkea. Työllistämistoimista yhtenä esimerkkinä ovat nuorten työpajat, jotka on suunnattu kaikille syrjäytymisvaarassa oleville nuorille, niin raittiille kuin ongelmakäyttäjillekin.

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.

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.

### 8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen

Huumehoidon tietojärjestelmä tuottaa vuosittain tietoa päihdehuollon huumeasiakkaista. Asiakkaiden sosiodemografinen tilanne on pysynyt hämmästyttävän sa-

mankaltaisena vuosikautia. Vuoden 2008 tietojen (n=4109) mukaan huumehoiton asiakkaskunnasta 64 % oli työttömiä. Asiakkaiden koulutustaso oli matala. Kaksi kolmesta oli suorittanut vain peruskoulun, ja peruskoulu on jäänyt kesken 4 %:lla asiakkaista. Asiakkaista 11 % oli asunnottomia. Neljännes asiakkaista oli avo- tai avioliitossa, noin joka toisessa tapauksessa toisen päihdeongelmaisen kanssa. Joka kolmannella oli alle 18-vuotiaita lapsia, joista kaksi kolmesta asui muualla kuin vanhempiensa kanssa. (Ruuth & Väänänen 2009.)

Tuoreessa selvityksessä tarkasteltiin pääkaupunkiseudun asunnottomien sosiaalista tilannetta ja terveydentilaa. Aineisto<sup>83</sup> on edustava otos ulkona tai ensisuo- jissa yöpyneistä pääkaupunkiseudun asunnottomista. Selvityksen mukaan heistä 82 prosentilla on päihdeongelma<sup>84</sup>. Päihdeongelmaiset asunnottomat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: alkoholiongelmaisiin (59 %), alkoholi- ja lääkeongelmaisiin (8 %) sekä huume- ja sekakäyttäjiin (15 %). Suurin osa viimeiseksi mainitusta ryhmästä on huumeiden ja alkoholin sekakäyttäjiä, sillä heistä valtaosalla (20/24) on maininta myös alkoholin ongelmakäytöstä. Ryhmästä 14 henkilöllä 24:stä oli monipäihderiippuvuusdiagnoosi (F19). (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

Eri ikäluokilla on päihdekohtaisia eroja. Huumeet ja sekakäyttö on yleisintä alle 30-vuotiailla. Aineiston 21 asunnottomasta, joiden ikä oli alle 30 vuotta, kymmenen käytti ongelmallisella tavalla huumeita. Puolestaan yli 59-vuotiaiden ikäryhmässä ei ollut yhtään huumeiden käyttäjää, mutta alkoholin ongelmakäyttö oli suhteellisesti yleisintä (82 %). Huumeongelmaisien ryhmästä (N=24) opiaatit on merkitty ongelma-aineeksi 15 henkilön kohdalla. Heroiinia ei kuitenkaan mainita lainkaan, vaan lähes aina on kyse buprenorfiinista. Yhden kohdalla mainitaan opiaatteja sisältävien kipulääkkeiden väärinkäyttö. Amfetamiinit ovat lähes yhtä yleisiä kuin opiaatit, sillä niiden ongelmakäyttö mainitaan 14 henkilön kohdalla. Kuudella henkilöllä ongelma-aineeksi on merkitty vain kannabis tai ainetta ei ole tarkennettu lainkaan. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

83 Tutkimuksen otokseen muodostaa kahden valitun vuorokauden (16.6.2008 ja 16.9.2008) aikana pääkaupunkiseudun vastaanottoyksikössä yöpyneet 158 asunnottomaa henkilöä. Asunnottomien sosiaalisen tilanteen ja terveydentilan tarkastelua varten on käytetty Helsingin, Espoon ja Vantaan kaupunkien sähköisiä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Näistä syntynyt rekisteriaineistoa on analysoitu luokitteluin ja taulukoinnalla. Rekisteriaineistoa on täydennetty sosiaalityöntekijän ja lääkärin haastatteluilla sekä kliinisellä tutkimuksella. Täydennysosaa varten alkuperäisaineiston 158 asunnottomasta henkilöstä tavoitettiin 64 henkilöä, joista 36 suostui haastateltavaksi. Aineisto on edustava otos ulkona tai ensisuo- jissa yöpyneistä, joita oli 162 marraskuussa 2008. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen ARA:n tilastojen mukaan pääkaupunkiseudulla oli marraskuussa 2008 4 247 asunnottomaa, eli otos on noin neljä prosenttia pääkaupunkiseudun kaikista vailla vakinaista asuntoa olevista henkilöistä.

84 Päihdeongelmaisten määrän arviointi on haastavaa, koska lääkärit ovat varovaisia kirjaamaan diagnooseja potilasrekistereihin eivätkä potilaatkaan tuo asiaa mielellään esille sen arkaluontoisuuden vuoksi. Tutkimuksessa päihdeongelmat on määritelty rekisterissä ilmenevien päihdediagnoosien, mutta myös riippuvuusmainintojen sekä selkeiden viittausten mukaan (esim. ”alkoholisti”, ”alkoholin ammattilainen”, ”huumeiden ongelmakäyttöä”). Tulkinnanvaraisia viittauksia (esim. ”alkoholille tuoksahteleva”) ei otettu mukaan. Lisäksi perusterveydenhuollon potilasrekisteritietoja on verrattu sosiaalihuollon rekistereihin, ja jos niissä on ollut merkintöjä ohjauksesta/hakeutumisesta laitospäihdehoitoon tai päihdekuntoutukseen, tai henkilöllä on ollut käyntejä selviämishoitoasemalla päihtyneenä, hänet on tutkimuksessa määritelty päihdeongelmaiseksi.

Niillä asunnottomilla, joilla ei ole päihdeongelmaa, oli yhtä paljon lääkärissä käyntejä kuin keskivertohelsinkiläisellä. Päihdeongelmaisilla asunnottomilla lääkärikäyntejä on selvästi enemmän. Eniten lääkärissä käyntejä oli niillä asunnottomilla, joilla oli sekä alkoholi- että lääkeongelma. Huume- ja sekakäyttäjillä oli lääkärikäyntejä toiseksi eniten, keskimäärin 6,1 käyntiä vuodessa. Alkoholiongelmaisilla oli käyntejä selvästi vähemmän. Tämä johtunee siitä, että lääke- ja huumeongelmaisilla on subjektiivinen rauhoittavien lääkkeiden tarve, sekä heillä on muita enemmän mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

Asunnottomat päihdeongelmaiset käyvät lääkärillä eniten mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi: alkoholi- ja lääkeongelmaisilla oli keskimäärin 10,6 käyntiä, huume- ja sekakäyttäjillä 7,6 käyntiä ja pelkästään alkoholiongelmaisilla 1,5 lääkärikäyntiä kolmen viime vuoden aikana. Alkoholiongelmaisten keskimääräinen käyntimäärä on lähellä keskivertohelsinkiläisten vastaavaa lukua. Mielenterveys- ja päihdeongelmat näyttävät olevat siis erityisesti sekakäyttäjien lääkärissä käyntien syy. Lääkärikäyntejä traumausten ja ihotulehdusten vuoksi oli kaikilla päihdeongelmaisilla asunnottomilla suunnilleen yhtä paljon. Yliannostusten vuoksi lääkärissä kävivät useimmiten alkoholi- ja lääkeongelmaiset: keskimäärin 2,6 käyntiä kolmen viime vuoden aikana. Alkoholi- sekä huume- ja sekakäyttöongelmaisilla vastaava luku oli 0,5. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

Asunnottomien terveydentilaa ja sosiaalisia olosuhteita on aikaisemmin tutkittu 1970-luvun alussa, kun Rauno Mäkelä tutki asunnottomia alkoholisteja Tampereella. Vaikka tutkimusmenetelmät olivat hieman erilaiset, joitakin johtopäätöksiä asunnottomien profiilin muutoksista voidaan tehdä. Kun 1970-luvun alun aineistossa oli vain 1 % huumeaineiden käyttäjiä, tuoreessa tutkimuksessa huumeiden käyttäjiä oli 15 %. Myös alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö on yleistynyt. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

## 8.2 Sosiaalinen kuntoutus

### *Pääkaupunkiseudun asunnottomien vastaanottoyksiköt*

Pääkaupunkiseudulla väliaikaisia asumis- ja majoituspalveluja asunnottomille tarjoavat vastaanottoyksiköt, joita vuonna 2008 olivat Helsingin Herttoniemen asuntola ja Myllypadontien asumisyksikkö, Espoon Olarinluoman vastaanottokoti sekä Vantaan Koisorannan palvelukeskus. Pääkaupunkiseudun ensisuojoissa asuvista asunnottomista 82 prosenttia on päihdeongelmaisia (ks. alaluku 8.1), joten suurelta osin kyse on päihdeongelmaisten asumispalveluista. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

Vastaanottoyksiköistä Herttoniemen asuntola palveli<sup>85</sup> ensisijaisesti tilapäistä yöpymistä tarvitsevia, usein päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä, yli 18-vuo-

<sup>85</sup> Asuntolan toiminnot siirtyivät uuteen Hietaniemenkadun palvelukeskukseen kesäkuussa 2009. Samalla Myllypadontien yksiköstä tuli vuokrasopimusperustaista asumista tarjoava yksikkö.



tiaita miehiä. Herttoniemessä asiakaspaikkoja oli 50, ja ne jakautuivat ensisuojaan ja päihteettömään asuntolaan. Ensisuojassa ei saanut oleskella päivisin ja yöpyminen tapahtui patjoilla lattialla. Asuntolaan sai palata iltapäivällä puuroaterialle. Päihteettömässä asuntolassa asukkailla oli käytössä yhteinen keittiö, jossa oli käytössä jääkaappi. Päihteettömällä puolella sai viettää aikaa myös päivisin. Henkilökuntaan kuului 11 vakituista ohjaajaa, yksi sosiaalityöntekijä ja kaksi laitosapulaista. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

Myllypadontien 25 asiakaspaikkaa on suunnattu sekä päihde- tai mielenterveysongelmista kärsiville naisille että viimesijaisen majoituksen tarpeessa oleville pariskunnille. Tämän lisäksi siellä asutettiin tilapäisesti henkilöitä, joilla oli sosiaalitoimen asunnossa tapahtunut tulipalo tai vesivahinko. Vastaanottoyksikössä työskenteli vain yksi sosiaaliohjaaja ja lisäksi Herttoniemen sosiaalityöntekijä vieraili paikalla. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

Espoon Olarinluoman vastaanottokoti on vastaanottoyksikkö yli 18-vuotiaille, pääasiallisesti päihdeongelmallisille espoolaisille. Kuten Herttoniemessä, myös Olarinluomassa oli kaksi puolta, toinen päihtyneille ja toinen päihteettömille. Vastaanottokoti oli tarkoitettu lyhytaikaiseen majoitukseen, ja sinne pystyi hakeutumaan ympäri vuorokauden, paikkoja on 25. Yöpyville tarjotaan aamiainen, lounas, kahvi ja iltapala. Henkilökuntaan kuuluu johtaja, sairaanhoitaja, kahdeksan ohjaajaa ja kaksi laitosapulaista. Siellä vierailee myös säännöllisesti päihdelääkäri. Vastaanottokodin yhteydessä on asumisyksikkö, jonne vastaanottoyksiköiden asukkaita pyritään mahdollisuuksien mukaan asuttamaan. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

Vantaan Koisorannan palvelukeskus on päihdehuollon kuntouttava asumis- palveluyksikkö, jonka asiakaspaikat on tarkoitettu vantaalaisille päihdekuntoutujille. Ne jakautuvat päivystyksen yöpymispaikkoihin, lyhytaikaisiin majoituspalveluihin (Arvi-asunnot). Näiden lyhytaikaisten paikkojen lisäksi palvelukeskuksessa on sopimussuhteisia asukaspaikkoja (Koisokoti). Palvelukeskuksessa työskentelee johtaja, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, neljä sairaanhoitajaa ja 16 ohjaajaa. Asukaspaikkoja on yhteensä 39. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009.)

## 9 Huumeisiin liittyvä rikollisuus, sen torjunta ja huumeiden käyttö vankiloissa

Tilastoitu huumausainerikollisuus kasvoi käytön ja muiden haittojen tapaan Suomessa 1990-luvulla, mutta 2000-luvulla kasvu on taittunut ja poliisin tietoon tullut rikollisuus on pysynyt vakaana. Myös huumeiden käyttöön liittyvät oheisrikollisuus, kuten omaisuusrikollisuus ja huumeiden aiheuttamat liikennejuopumukset, kasvoivat 1990-luvulla. Huumeperusteisten liikennejuopumusten tilastollista kasvua lisäsi myös 2003 käyttöön otettu huumeiden nollatoleranssi liikenteessä.

Rahanpesurikokset Suomessa liittyvät pääosin huumausaine- ja talousrikollisuuteen. Rahanpesu on kansainvälistä rikollisuutta, jolloin Suomessa pestävä raha voi olla saatu rikoksilla, jotka on tehty ulkomailla. Vuosittain Suomessa pestään rahaa satojen miljoonien arvosta.

Huumausaineen käyttörikosuudistuksessa (654–657/2001) nostettiin esille mahdollisuus vaihtoehtoisten rikosoikeudellisten seuraamusten käyttämiseen. Huomiota kiinnitettiin kahteen erityisryhmään: alaikäisiä olisi sakottamisen sijasta puhuteltava ja huumeiden ongelmakäyttäjiä olisi ohjattava hoitoon. Moniammatillisen viranomaisten puhuttelun ajatellaan toimivan nuorten kohdalla sakottamista tehokkaammin. Hoitoonohjaus vähentäisi paitsi ongelmakäyttäjien syrjäytymistä myös käyttöön liittyvää oheisrikollisuutta. Tutkimusten ja kyselyjen mukaan molempia toimenpiteitä on käytetty vähän.

Vankiloiden terveydenhuolto on järjestettävä (878/1995) siten, että vangilla on muun väestön kanssa yhdenvertainen mahdollisuus terveytensä edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja riittäviin terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon yhteydessä vangeille annetaan tietoja päihteiden vaikutuksista ja käyttöön liittyvistä terveysriskeistä sekä kerrotaan vankilassa ja vapaudessa tarjolla olevista hoito-ohjelmista. Päihteiden käytön lopettamiseen liittyvät vieroitusoireet hoidetaan yleensä vankilassa vankilan lääkärin ohjeiden mukaan. Vaikeissa vieroitusoireissa vanki voidaan lähettää myös vankisairaalaan tai ulkopuoliseen sairaalahoitoon. Uusia korvaushoitojaksoja ei aloiteta vankiloissa, mutta niiden vankien hoitoja jatketaan, joiden korvaushoitojakso on aloitettu ennen vankeutta.

Vankeinhoollissa on kehitetty erilaisia päihdetyön ohjelmia vankilassa oleville ja sieltä vapautuville huumeiden käyttäjille yhteistyössä alan keskeisten järjestöjen kanssa. Nykyään päihdeettömyyttä tukevia päihdekuntoutusohjelmia ja sopimusosastoja on lähes kaikissa laitoksissa. Päihdekuntoutusohjelmia järjestetään myös avolaitoksissa. Päihdeohjelmat perustuvat useimmiten kognitiiviseen käyttäytymisteoriaan. Myös yhteisohidollisia ohjelmia toteutetaan. Vankilat pyrkivät

tekemään kiinteää yhteistyötä vankilan ulkopuolisen päihdepalvelujärjestelmän kanssa, ja joissain vankiloissa päihdekuntoutuspalvelut järjestetään ostopalveluna. Vangeilla on mahdollisuus osallistua AA- ja NA-ryhmätoimintaan.

Keskimäärin yli kuuden kuukauden tuomiota suorittavat vangit kutsutaan sijoittajajaksikkoon, jossa heille tehdään riski- ja tarvearvio sekä rangaistusajan suunnitelma. Riski- ja tarvearviointissa kartoitetaan ne vangin elämäntilanteeseen ja persoonallisuuteen liittyvät tekijät, jotka ylläpitävät rikollista elämäntapaa. Eri-tyisesti huomiota kiinnitetään vankien päihteiden käyttöön. Kartoituksen perusteella laaditaan sijoittajajaksikossa rangaistusajan suunnitelma, jota täydennetään ja päivitetään sijoituslaitoksissa. Tavoitteena on rangaistusajan suunnitelmallinen käyttö siten, että vangin mahdollisuudet selviytyä vapaudessa ilman rikoksia paransivat. Rangaistusajan suunnitelmaan kuuluu myös vankilassa hyvissä ajoin ennen vapauttamista laadittava vapauttamissuunnitelma ja Kriminaalihuoltolaitoksen valvontaan määrättäville laatima valvontasuunnitelma.

Vuoden 2006 lopulla astui voimaan koevapausjärjestelmä, jonka tarkoituksena on edistää vangin sijoittumista yhteiskuntaan vapautumisen jälkeen. Koevapauden aikana vanki asuu kotona ja hänen tulee sitoutua muun muassa päihteettömyyteen ja yhteydenpitovelvollisuuteen ja hän on veloitettu osallistumaan toimintaan, esimerkiksi työssäkäyntiin, opiskeluun tai kuntoutukseen. Valvottuun koevapauteen voi päästä aikaisintaan kuusi kuukautta ennen vapautumista ja koevapauden aikana vankia voidaan valvoa teknisen seurannan avulla.

## 9.1 Huumeisiin liittyvä rikollisuus

### *Huumausainerikokset*

Huumausainerikosten kokonaismäärän suhteen ei tapahtunut vuonna 2008 juuri lainkaan muutosta edellisvuoteen nähden. Vuonna 2008 poliisin tietoon tuli 15 482 huumausainerikosilmoitusta, kun edellisenä vuonna vastaava luku oli 15 448. Eri rikostyyppien osuuksissa tapahtui muutoksia. Huumausainerikosten määrä kasvoi 15 %. Törkeiden huumausainerikosten määrä laski edellisestä vuodesta 10 % ja huumausaineiden käyttör rikosten määrä 5 %. Vuonna 2008 huumausainerikoksista 63 % (9 823) oli käyttör rikoksia, 31 % (4835) huumausainerikoksia, 5 % (789) törkeitä huumausainerikoksia ja 32 % muita huumausainerikoksia. (Tilastokeskus 2009.)

Taulukko 12. Poliisin ja tullin tietoon tulleet huumausainerikosilmoitukset vuosina 2000–2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Huumausainerikokset yhteensä	13 445	14 869	13 857	15 058	14 486	14 425	13 317	15 448	15 482
Huumausainerikos	12 687	12 092	5 821	5 202	4 672	4 589	4 168	4 206	4 835
Huumausaineiden käyttörikos	-	1 899	7 240	9 084	9 217	9 248	8 480	10 333	9 823
Törkeä huumausainerikos	741	859	760	742	582	561	657	883	789
Huumausainerikoksen valmistelu tai edistäminen	17	19	36	30	15	27	12	26	35

Lähde: Tilastokeskus

Vuonna 2008 poliisi epäili huumausainerikoksista 16 388 eri henkilöä. Kaikista epäillyistä naisia oli 16 % (2 543). Alaikäisiä (alle 18-vuotiaita) epäillyistä oli 3 % (507). Epäiltyjen alaikäisten tapauksista 81 % (411) liittyi huumausaineiden käyttörikokseen. (Tilastokeskus 2009.)

### *Rahanpesu*

Keskusrikospoliisin rahanpesun selvittelykeskus on koonnut raportin<sup>86</sup> rahanpesutapauksista Suomessa vuosina 1994–2006. Tutkimuksessa on mukana 61 tuomiota, joista on tuomittu yhteensä 137 henkilöä. Tuomituista 53 henkilöä on saanut rangaistuksen törkeästä rahanpesusta. Yhtään henkilöä ei ole tuomittu ammattimaisesta rahanpesusta. Annetuista 61 tuomiosta 30 tapauksessa esirikoksena oli huumausainerikos. Lopuista tapauksista useissa tuomioissa esirikoksena oli talousrikos, muita esirikoksia olivat hormonikauppa, alkoholin salakuljetus, pankkiryöstö, anastus, maksuvälinepetos, petos ja kiskonta. Tutkimuksessa mukana olevista tuomioista yleisin oli ehdollinen vankeusrangaistus. Ehdottomista vankeusrangaistuksista lähes kaikki olivat yhtenäisrangaistuksia muiden rikosten - lähinnä huumausainerikosten - kanssa. (KRP 2007a.)

Rahanpesurikoksen tekovaiheita on yleensä kolme: sijoitus, harhautus ja palautus. Sijoitusvaiheessa käteinen raha saatetaan lailliseen rahoitusjärjestelmään. Huumeakaupassa on tapana käyttää pääasiassa käteistä, koska sen perusteella mo-

<sup>86</sup> Tutkimuksen aineistona ovat käräjä- ja hovioikeuksien tuomiot. Tapausten keruu on aloitettu vuodesta 1994, jolloin rahanpesu kriminalisoitiin Suomessa. Aineisto kattaa lähes kaikki tapaukset vuosilta 1994–2002 ja lisäksi on muutamia tuomioita vuosilta 2003–2006. Aineiston keruuta on vaikeuttanut, että vuoteen 2003 asti rahanpesurikoksilla ei ole ollut omaa tunnusmerkistöä vaan rahanpesurikoksista on rangaistu kätkemisrikoksina.

lempien osapuolten jäljittäminen on vaikeaa. Käteistä on kuitenkin hankala käsitellä, jolloin tavallisin tapa sijoittaa raha on tallettaa se pienissä erissä eri luottolaitoksiin useiden henkilöiden toimesta. Rahaa voidaan myös naamioida laillisen liiketoiminnan tuotoksi. Harhautusvaiheessa rahaa kierrätetään eri yritysten ja maiden kautta, jotta esirikoksen ja pestyn rahan yhdistäminen tulee hyvin vaikeaksi. Palautusvaiheessa raha naamioidaan lailliseksi varallisuudeksi ja se palautetaan rikoksenteikijän käyttöön. (KRP 2007a.)

Huumausainerikoksiin liittyvässä rahanpesurikoksissa tyyppinen tekotapa on käteisvarojen saattaminen pankkijärjestelmään, niiden vaihtaminen toiseen valuuttaan tai muuttaminen muuksi omaisuudeksi. Tähän sopii kaikenlainen arvoomaisuus, kuten autot ja kiinteistöt. Tyyppillisesti saatujen varojen muotoa muutetaan useampaan kertaan. (KRP 2007a.)

### *Rattijuopumukset*

Vuonna 2008 niin sanottujen tavallisten rattijuopumusten kokonaismäärä pysyi lähes ennallaan ja törkeiden rattijuopumusten määrä laski 8 % verrattuna edelliseen vuoteen. Rattijuopumustapauksisten jakautumisessa eri päihteiden kesken ei tapahtunut suuria muutoksia edelliseen vuoteen nähden. Kuten vuonna 2007 myös 2008 alkoholitapauksia kaikista tapauksista oli 85 %, huumeitapauksia 12 % ja sekakäyttötapauksia 3 %. Niin sanotuissa tavallisissa rattijuopumuksissa alkoholiperusteisia oli 74 prosenttia, huumeperusteisia 23 % ja sekakäyttöperusteisia 3 %. Edelliseen vuoteen nähden alkoholitapauksissa oli nousua 1 prosenttiyksikkö ja huumeitapauksissa laskua 2 prosenttiyksikköä. Törkeissä rattijuopumuksissa vastaavat luvut ovat 95 %, 2 % ja 3 %. Niissä ei ole muutosta edelliseen vuoteen verrattuna. (Tilastokeskus 2009.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) huumeelaboratoriossa, jonne on keskitetty kaikki rattijuopumusepäilyt, tutkittiin 4419 tapausta vuonna 2008. Näistä varsinaisia huumausaineita todettiin 67 prosentissa tapauksista. Vuonna 2008 rattijuopumustapauksissa yleisimmät aineet olivat amfetamiini (63 %) ja kannabis (23 %). (THL 2009c.)

Tuoreessa rekisteritutkimuksessa<sup>87</sup> arvioitiin huumaantuneena ajamisen esiintymistä ja trendejä Suomessa 1977–2007. Huumaantuneena ajaminen yleistyi ajanjaksolla 18-kertaisesti. Kaikista seuranta-aikana epäillyistä kaiken kaikkiaan 89,6 % oli miehiä, mutta vuosittainen naisten osuus epäillyistä kasvoi seurantajakson aikana hieman. Vuonna 1977 epäillyistä naisia oli 6,9 % ja vuonna 2007 naisia oli 10,3 %. Trendi oli tilastollisesti merkitsevä. Yleisimmin löydetty aineet olivat bentsoiatsepiinit (75,7 %), amfetamiinit (46 %), kannabis (27,7 %) ja opioidit (13,8 %). Varsinaisista huumausaineista yleisimmät, amfetamiinit ja kannabis, alkoivat

<sup>87</sup> Tutkimus suoritettiin rekisteritutkimuksena, ja mukana olivat kaikki huumaantuneena ajamistapaukset (N=31 963) Suomessa 1977–2007. Kaikki toksilogiset tutkimukset tehtiin verestä ja/tai virtsasta samassa laboratoriossa (entinen Kansanterveyslaitoksen, nykyinen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen huumeelaboratorio).

ilmaantua 1980-luvun lopulla. Suurin osa (77,1 %) näytteistä oli moniainelöydöksiä. Huumetapausten määrä alkoi kasvaa, kun huumeiden osalta Suomessa otettiin käyttöön nollaraja vuonna 2003. (Ojaniemi ym. 2009.)

### *Muut huumeisiin liittyvät rikokset*

Viime vuosina huumelääkevalmisteiden hankkimiseksi tehtyjen murtautumiskosten lukumäärä on ollut hieman matalammalla tasolla. Kun kyseisiä rikoksia oli vuosina 2002–2004 vuosittain 109–110 tapausta, niin vuosina 2005–2007 vastaavat luvut olivat 81, 72 ja 77. Vuonna 2008 näiden murtojen määrä oli 102 ja kasvoi siis viime vuosien matalia lukemia edeltäneelle tasolle. Murtojen kasvu johtunee Subutexin saatavuuden vaikeutumisesta. Tähän viittaa myös huumaavien lääkevalmisteiden takavarikkojen kasvu (ks. alaluku 10.2.) ja katukauppahintojen nousu (ks. alaluku 10.3.). (KRP 2009.)

Väkivaltarikokset alkoholin vaikutuksen alaisina ovat edelleen paljon yleisempiä kuin muiden päihteiden vaikutuksen alaisena. Muut päihteet kategoriaan kuuluu pääasiassa huumausainetapauksia. Kaikista pahoinpitelyrikoksista (pahoinpitely, lievä pahoinpitely ja törkeä pahoinpitely) tehtiin 61 % alkoholin, 0,3 % muiden päihteiden vaikutuksen alaisena ja 1 % molempien vaikutuksen alaisena. Ryöstörikoksista 41 % ja törkeistä rikoksista 26 % tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena ja vastaavat luvut muiden päihteiden osalta ovat 1,2 % ja 2,9 %. Alkoholin ja muiden päihteiden yhtäaikaisen vaikutuksen alaisena tehtiin 6 % ryöstöistä ja 7 % törkeistä ryöstöistä. (Tilastokeskus 2009).

Omaisuusrikoksissa ero ei ole yhtä selvä. Varkausrikoksiin (näpistys, varkaus, törkeä varkaus) syyllisiksi epäillyistä 14 % toimi alkoholin, 2 % muiden päihteiden ja 1 % sekä alkoholin että muiden päihteiden vaikutuksen alaisena. Moottoriajoneuvojen käyttövarkauksista 26 % tehtiin alkoholin, 8,1 % muiden päihteiden ja 5 % sekä alkoholin että muiden päihteiden vaikutuksen alaisena. (Tilastokeskus 2009).

### *Tutkimus huumeita käyttävistä taparikollisista*

Kekki ja Noponen (2008) ovat tutkineet huumeita käyttävien taparikollisten rikoshistorioita<sup>88</sup>. Rikosmerkintöjen analyysi vahvisti muista tutkimuksista tutun tu-

<sup>88</sup> Tutkimusta varten poliisiasiaintietojärjestelmästä (PATJA) poimittiin vuodelta 2002 kaikki Helsingissä huumausaineiden käyttörikoksista tai huumarikoksista epäillyt henkilöt, joilla oli huumemerkintöjen lisäksi vähintään 15 muuta rikosmerkintää. Haun rajauksena oli, että henkilöt olivat ensimmäisen rekisteristä löytyvän merkinnän aikana korkeintaan 25-vuotiaita. Kriteerit täyttäviä henkilöitä oli vuonna 2002 yhteensä 162. Heistä poimittiin satunnaisotannalla 50 henkilöä, joiden rikostiedot tallennettiin tutkimuksen aineistoksi. Kyseiset 50 henkilöä olivat olleet epäiltyinä yhteensä 7627 rikoksesta. Aineistossa oli 42 miestä ja 8 naista. Otokseen valikoituneet henkilöt olivat syntyneet vuosien 1969–1986 välillä. Vaikka poliisin kirjaamat rikosmerkinnät eivät vastaa rikollisten todellista rikoshistoriaa, aineisto mahdollistaa suuntaa antavasti huumeita käyttävien taparikollisten rikosuran alkuvaiheiden ja intensiviteetin tarkastelun.

loksen, että henkilöt olivat olleet ensimmäistä kertaan epäiltynä huumerikoksista keskimäärin 3-4 vuotta sen jälkeen, kun he olivat olleet epäiltynä ensimmäistä kertaa jostakin rikoksesta. Henkilöistä 66 prosenttia (n=33) oli ollut epäiltynä ensimmäisenä rikosmerkintävuotenaan vähintään kerran omaisuusrikoksesta, suurin osa kuitenkin enemmän kuin kerran. Yli puolet henkilöistä oli ensimmäisenä merkintävuonna korkeintaan 15-vuotias. Rikokset tehtiin yleensä yhdessä samanikäisen kaverin kanssa tai 4-5 henkilön ryhmässä. Toiseksi yleisimmin (n=6) ensimmäinen merkintä oli saatu väkivaltarikoksesta.

Nuorten rikosepäilyjen määrä ei yleensä lähtenyt kasvuun ensimmäisenä vuonna, vaan kasautuminen alkoi vasta myöhemmin. Henkilöiden rikosurat voidaan jakaa rikostyyppien yleisyyden mukaan seuraavasti: omaisuusrikokset ja petokset (n=20), huumerikokset (n=12), väkivaltarikokset (n=9) ja liikenne rikokset (n=9). Muista rikoksista varkaus oli ainoa rikoslaji, josta jokainen henkilöistä oli ollut vähintään kerran epäiltynä. Aineistossa oli havaittavissa joillakin henkilöillä samantyyppisen rikollisuuden jatkuminen rikoshistorian alusta asti, eikä rikosurassa tapahtunut ”kehitystä”, niin että rikoshyödyt olisivat kasvaneet tai kiinnijäämiset olisivat vähentyneet. (Kekki & Noponen 2008.)

Jokainen aineiston henkilöistä oli ollut epäiltynä huumausaineen hallussapidosta. Huumausaineen käyttömerkintöjä oli 82 prosentilla henkilöistä, ja merkintä myynnistä, välityksestä tai luovutuksesta 68 prosentilla. Ainekohtaisista merkinnöistä yleisin oli huumausaineeksi luokiteltavat lääkkeet. Jopa 80 prosenttia henkilöistä oli ollut epäiltynä jossakin vaiheessa muiden lääkeaineiden kuin buprenorfiinin laittomasta hallussapidosta, käytöstä, myynnistä tai hankkimisen yrityksestä. Toiseksi yleisin aine oli hasis (78 %), kolmanneksi laitton buprenorfiini (70 %) ja neljäs amfetamiini (68 %). Aineiden sekakäyttöön viittaa se, että kaikki henkilöt olivat jääneet kiinni useamman kuin yhden aineen käytöstä tai hallussapidosta. (Kekki & Noponen 2008.)

Tekojen suunnitelmallisuus väheni osalla henkilöistä huumeiden käytön myötä, ja rikoksiin syyllistyi huumaantuneina tai tilaisuuden tullen, vaikka ulkopuolisen silmin teko olisi ollut epätoivoinen ja kiinnijäämisriski hyvin korkea. Rikoshistorian kaikissa vaiheissa rikoksiin syyllistyi kavereiden kesken ja useimmiten vielä samassa porukassa. Henkilöt olivat olleet useiden viranomaistoi-  
mien kohteena, rangaistuksen lisäksi tukea on tarjottu. Aineiston perusteella on kuitenkin mahdotonta arvioida tukitoimia, ovatko ne olleet liian lyhyitä vai keveitä. (Kekki & Noponen 2008.)

## 9.2 Huumerikollisuuden ehkäisy

### *Poliisitutkimus huumerikollisuuden ja poliisitoiminnan muutoksista*

Tuula Kekki (2009) on tutkimuksessaan<sup>89</sup> selvittänyt poliisien näkemyksiä muutoksista huumerikollisuudessa ja poliisitoiminnassa. Haastattelujen perusteella poliisit kannattavat huumeiden käytön nollatoleranssia, ja perustelevat sitä voimassa olevalla käytön kriminalisoimisella, käyttäjän oheisrikosten selvittämisellä ja käyttäjien huumekeuhkuihin kuuluvien tuttavien paljastamisella. Huumeiden käytön nähdään olevan osa järjestäytyntä rikollisuutta ja siten järjestystä ja turvallisuutta horjuttava tekijä. Poliisit pitivät katuturvallisuuden lisäämistä tärkeimpänä tavoitteenaan. Eri poliisiyksiköistä järjestyspoliisi tapaa eniten huumeiden käyttäjiä ja usein käyttäjän tekemän oheisrikoksen yhteydessä. Henkilöt, joilla on rikostausta, joutuvat muita ihmisiä helpommin katuvalvonnan kohteeksi.

Poliisien mukaan varsinaiseen huumeusainerikollisuuden torjuntaan osallistuu nykyään priorisoinnin vuoksi vähemmän henkilöstöä. Priorisointi johtuu resurssipulasta, tutkinnallisista mahdollisuuksista ja haitallisuusasteen arvioinnista. Kokeneet poliisit painottivat, että työtyytyväisyyden, ammattitaidon ja tehokkuuden lisäämiseksi poliisien pitäisi palata perinteisiin rikostorjunnan menetelmiin: tiedusteluun, tarkkailuun ja kontaktien luomiseen alamaailmaan. Nyt aika menee rikosilmoitusten ja kuulustelujen tekoon, eikä aika riitä tutkintaan. (Kekki 2009.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa painotetaan poliisin roolia näkyvän huumeuskulttuurin estämisessä ja huumeakauppapaikkojen torjunnassa. Suomalaiset poliisit eivät koe näiden tavoitteiden soveltuvan suomalaiseen kontekstiin. Huumeiden käyttö ja myynti tapahtuu Suomessa pääasiassa sisätiloissa. Poliisit eivät miellä tavoittelevansa työllään huumeiden hintojen nousua tai myyntiorganisaatioiden alasajoa. He eivät tarkastele työnsä vaikuttavuutta suhteessa huumemarkkinoiden rakenteeseen, tiettyjen aineiden saatavuuteen tai hintaan. (Kekki 2009.)

## 9.3 Vaihtoehtoiset seuraamukset

### *Hoitoonohjaus ja puhuttelu*

Huumeiden käyttäjille on kehitetty vaihtoehtoisia seuraamuksia; nuorille käyttäjille puhuttelukäytäntö ja ongelmakäyttäjille hoitoonohjaus. Huumeusaineen käyttö-rikosuudistukseen (654–657/2001) pohjautuen valtakunnansyyttäjä on 2002 anta-

<sup>89</sup> Tutkimuksen aineistona on käytetty poliisihaastatteluja (N=23), poliisikyselyä (N=165), esitutkintapöytäkirjoja käyttörikoksista Tampereella 1.9.2001–31.8.2002 ja tutkintailmoituksia huume- ja oheisrikollisuudesta Helsingissä 2002–2003. Haastattelut tehtiin vuosina 2003–2006, ja litteroimisen jälkeen analysoimiseen on käytetty teemoittelua. Poliisikysely tehtiin lomaketutkimuksena tamperelaisille poliiseille, ja aineisto analysoitiin kvantitatiivisesti. Esitutkintapöytäkirjat ja tutkintailmoitukset on koodattu ja analysoitu SPSS-tilasto-ohjelmalla.



missaan (VKS 2002) ja syksyllä 2006 päivitettyissä (VKS 2006) ohjeissa kannustanut syyttäjiä järjestämään huumeiden käytöstä ensi kertaa kiinni jääneille 15–17-vuotiaille nuorille puhuttelutilaisuus, johon kutsuttaisiin nuori, hänen huoltajansa, sosiaaliviranomaisen edustaja ja poliisi. Puhuttelutilaisuudessa nuorelle kerrottaisiin mahdollisimman monipuolisesti huumeiden käyttämisen rikollisesta luonteesta ja moitittavuudesta sekä selvitetäisiin, mikä on nuoren elämäntilanne ja millaiset jatkotoimenpiteet sopivat hänelle parhaiten. Tilaisuuden päätteeksi syyttäjä voi tehdä päätöksen syyttämättä jättämisestä.

Samassa ohjeessa valtakunnansyyttäjä kannusti (VKS 2002; päivitys VKS 2006) syyttäjiä sopimaan omalla paikkakunnallaan toimivista hoitoonohjausjärjestelyistä. Varsinkaan huumeiden ongelmakäyttäjää ei pitäisi sakottaa käyttörikoksesta ennen kuin hänen halukkuutensa hakeutua hoitoon on selvitetty. Lokakuussa 2006 valtakunnansyyttäjä päivitti ohjeen ja ohjeisti, että vähäisimmissä tapauksissa poliisi takavarikoi aineen, huomauttaa suullisesti ja luopuu enimmistä toimenpiteistä. (VKS 2006).

Puhutteluja ja hoitoonohjauksia on kuitenkin tutkimusten ja kyselyjen perusteella tehty vähän. Kyselyn perusteella vuonna 2008 sekä puhutteluja ja hoitoonohjauksia oli molempia 40 kappaletta. (VKSV 2009).

### *Väitöskirja huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrollista Suomessa*

Heini Kainulainen (2009) on tutkinut väitöskirjassaan huumeiden käyttäjien rikosoikeudellista kontrollia Suomessa. Moniosaisen väitöskirjan empiirisessä osassa 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.

Aineisto 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, sillä toimenpiteistä luopuminen hoitoon hakeutumisen perusteella on erittäin harvinaista. (Kainulainen 2009.)

## 9.3 Huumeiden käyttö vankiloissa

Huumeiden käytön yleisyydestä vankiloissa ei ole saatavilla tuoretta, julkaistua tietoa. Käynnissä on rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarvetutkimus, jonka tulokset tulevat valottamaan päihderiippuvuuksien ja tartuntatautien yleisyyttä vankiväestössä. Alustavia tuloksia julkaistiin vuonna 2007, mutta luvut tulevat muuttumaan lopullisissa tuloksissa, jotka julkaistaan lähiaikoina<sup>90</sup>. Vankiloissa takavarikoidaan lähinnä kannabista, amfetamiinia, buprenorfiinia ja muita huumaavia lääkkeitä. (Rikosseuraamusvirasto 2009c.)

Rangaistusvangeista 16,1 % oli vankilassa huumerikoksen vuoksi vuonna 2008<sup>91</sup>. Osuus on pysynyt 15–16 prosentissa vuosina 2005–2008. Vuonna 2009 huumerikoksista tuomittujen osuus laski 14,1 %:iin, joka on alin luku koko 2000-luvulla. Huumerikoksista tuomittujen vankien määrä oli 461 vankia vuonna 2008, ja 413 vankia vuonna 2009. Huumerikosvankien määrä laski kymmenen prosenttia. (Rikosseuraamusvirasto 2009a; Rikosseuraamusvirasto 2009b.)

## 9.4 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen hoito vankiloissa

Rikosseuraamusvirastossa on ollut vuodesta 2002 käytössä toimintaohjelmien hyväksymismenettely eli akkreditointi. Menettelyn tavoitteena on varmistaa, että asiakkaille suunnatut toimintaohjelmat toimivat tavoitteiden mukaisesti, eli ne vaikuttavat syrjäytymiskehitykseen ja vähentävät uusintarikollisuutta. Akkreditointiprosessissa on kolme vaihetta, jossa ohjelmaa arvioi sen eri vaiheissa erityinen akkreditointiryhmä. Vaikuttavuuden lisäksi ryhmä kiinnittää huomiota ohjelman toistettavuuteen: ohjelmaa pitäisi pystyä käyttämään valtakunnallisesti. Ohjelman yhdenmukaisuus on tärkeää tulosten luotettavaksi arvioinniksi. Vuonna 2008 rikosseuraamusvirastossa linjattiin, että vuoteen 2010 mennessä vankiloissa on käytössä vain akkreditoituja ohjelmia. (Rikosseuraamusvirasto 2009a.)

Erilaisiin kuntoutusohjelmiin vankiloissa osallistui vuonna 2008 1 835 vankia (vuonna 2007 705). Päihdekuntoutusohjelmiin osallistui 636 vankia, uusintarikollisuutta vähentäviin toimintaohjelmiin 262 vankia ja muuhun sosiaaliseen kuntoutukseen 937 vankia. Näiden lisäksi 37 oli vankilan ulkopuolella päihdehuollon laitoksessa tai muussa kuntoutuslaitoksessa. (Rikosseuraamusvirasto 2009a.)

<sup>90</sup> Tutkimustuloksia tullaan raportoimaan useassa julkaisussa ja väitöskirjassa. Tuloksia ei ole vielä julkaistu tämän raportin kirjoittamisen aikaan.

<sup>91</sup> Laskenta tehdään 1. toukokuuta. Kaiken kaikkiaan vankeusvankeja oli 2 865 vuonna 2008 ja 2924 vuonna 2009.

Suomalaisissa vankiloissa ei jaeta tai vaihdeta neuloja pistoshuumeiden käyttäjille. Vangit saavat saapuessaan puhdistuspaketin, jossa on desinfiointiainetta neulojen puhdistamiseksi. Desinfiointiainetta pitäisi olla lisäksi saatavilla koko ajan sellaisissa tiloissa, että ainetta voi ottaa kenenkään näkemättä. Käytännössä tämä ei aina ole mahdollista. (Rikosseuraamusvirasto 2009c.)

Vankiloissa tehdään vuosittain noin 1200–1300 HIV-testiä, joista positiivisia uusia tartuntoja oli vuonna 2006 2 tapausta, vuosina 2007 ja 2008 molempina 1 tapaus. Hepatiittitestien tuloksissa ovat mukana sekä uudet tartunnat että mahdollisesti myös vanhoja. Hepatiitti B -testejä on tehty 2006–2008 vuosittain noin 500–800, ja positiivisia on ollut neljästä kuuteen. Hepatiitti C -testejä on tehty vuosina 2006–2008 916, 786 ja 662. Positiivisten määrä on laskenut vastaavasti 240, 188 ja 170, ja niiden osuus testituloksista on pysynyt 24–26 prosentissa. (Rikosseuraamusvirasto 2009c.)

### *Rangaistukseen tuomittujen huumeiden käyttäjien terveystieto- ja vertaistukiprojekti*

Kriminaalihuollon tukisäätöön TERVE-projekti kehitti yhdessä vankeinhoidon ja terveysneuvontatyön toimijoiden kanssa vuosina 2005–2008 matalan kynnyksen terveysneuvontamallin vankiloille. Hanke käynnistettiin tilanteessa, jossa vankien sairastavuus on lisääntynyt viime vuosikymmeninä, erityisesti veriteitse tarttuvien tautien, päihderiippuvuuksien ja mielenterveysongelmien suhteen. Hankkeen tavoitteena oli vähentää vankila-aikaisesta huumeidenkäytöstä aiheutuvia terveysriskejä ja kehittää valmiuksia haittoja vähentävään käyttäytymiseen vapautumisen jälkeen. Hankkeen kohderyhmänä olivat huumeita käyttäneet tai edelleen käyttävät vangit ja haittojen vähentämisen toimintatapaan koulutettavat vankeinhoidon työntekijät. (KRITS 2009a.)

TERVE-hankeen lopputuotoksia olivat toimintamallisuositus ja täydennyskoulutusohjelma valvontahenkilöstölle, toimintamalli ja ohjaajakoulutus kuntoutus- ja terveydenhuoltohenkilöstölle sekä TERVE-kurssit ja -opas vangeille. Hankkeessa painotettiin moniammatillista yhteistyötä terveydenhuolto- ja päihdekuntoutushenkilöstön sekä valvonta- ja hallintohenkilöstön välillä, ja vankien välistä vuorovaikutusta ja vertaistukea. Projektiarvion mukaan hanke oli onnistunut ja sain hyvää palautetta mallien siirrettävyyden ja kestävyuden varmistamisesta. (KRITS 2009a.)

## 9.5 Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen

### *Valvottu koevapaus*

Vuoden 2006 lopulla otettiin käyttöön valvottu koevapaus, jonka tarkoituksena on edistää vapautuvan vangin sijoittumista yhteiskuntaan. Valvottu koevapaus on pituudeltaan enintään kuusi kuukautta ja se asettuu ehdottoman vankeuden ja ehdonalaisen vapauden väliin. Koevapauden aikana vanki on velvollinen osallistumaan toimintaan, joka voi olla esimerkiksi työtä, opiskelua, kuntoutusta tai asevelvollisuuden suorittaminen, ja hänen tulee sitoutua muun muassa päihitteettömyyteen ja yhteydenpitovelvollisuuteen. Vankia voidaan valvoa koevapauden aikana teknisin välinein, nykyään käytössä on gsm-valvonta. (Mohell 2009)

Sijoitusvankila arvioi ennen vangin mahdollista koevapauteen päästämistä vaadittujen ehtojen täyttymistä. Erityisesti arvioidaan vangin kykyä noudattaa koevapauden määräyksiä ja riskiä syyllistyä uusiin rikoksiin. Jos edellytykset täyttyvät, laatii sijoittajayksikkö kirjallisen koevapauden toimeenpanosuunnitelman, jonka tarkempi sisältö riippuu kunkin vangin tilanteesta. Osalla vangeista voi olla työ tai asunto odottamassa, osa tarvitsee enemmän apua asunnon, toimeentulon ja päivätoiminnan järjestämisessä. Vankilan tärkeitä kumppaneita suunnitelman laadinnassa ovat vangin kotikunta, oppilaitokset, työvoimatoimi ja sosiaali- ja terveysalan järjestöt. Koevapaus voidaan peruuttaa, jos ehtoja rikotaan. (Mohell 2009)

Vuonna 2008 valvotussa koevapaudessa oli päivittäin keskimäärin 50 vankia. Kokemusten mukaan koevapaus on hyvä keino vähentää vankilasta vapautumiseen liittyviä riskitekijöitä, kuten retkahtamista päihteiden käyttöön ja siitä usein alkavaa rikoskierteen uusimista. Rikosseuraamusviraston tavoitteena on, että valvotussa koevapaudessa olisi päivittäin 200 vankia vuonna 2010. (Mohell 2009)

### *Sijoitus ohjattuun asumiseen -hanke*

Kriminaalihuollon tukisäätiöllä on parhaillaan käynnissä Sijoitus ohjattuun asumiseen -hanke (2007–2010). Hankkeen tavoitteena on luoda intensiivisesti tuetun vapauttamisjakson yhteistoimintamalli tukisäätiön, vankeinhoidon ja kunnan kesken. Yhteistoimintamallissa vanki on aluksi ohjatussa ja kuntouttavassa asumisvaiheessa ja siirtyy vapautumisen jälkeen tuetun asumisen piiriin joko asumisyhteisöön tai tukiasuntoon. Vangit siirtyvät ohjattuun ja kuntouttavaan asumisvaiheeseen aikaisintaan kuusi kuukautta ennen vapautumista. Tällöin vangit asuvat tukisäätiön asumispalveluyksikössä, jossa heillä on oma huone. Päivätoiminta koostuu nuorten työpajojen kuntouttavasta työtoiminnasta, kumppanuusoppilaitosten tarjoamasta koulutuksesta tai omaehtoisesti järjestetystä työstä/koulutuksesta. Päihitteettömyys varmennetaan puhalluskokein ja päihdeseuloin.

Yhteistoimintamalli liittyy uudella tavalla rangaistuksenaikaisen kuntoutuksen ja suunnitelmallisen vapauttamisen, mikä ehkäisee vapautumisvaiheeseen liittyvää suurta retkahdus- ja rikoksen uusimisriskiä. (KRITS 2009b.)

## 10 Huumemarkkinat

Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy ennen kaikkea kannabistuotteita, erityisesti kotiviljeltyä marihuanaa sekä hasista, amfetamiinia, ekstaasia ja muita synteettisiä huumausaineita, korvaushoitovalmiste Subutexiä® sekä runsaasti huumausaineeksi luokiteltuja lääkevalmisteita, etenkin bentsodiatsepiinilääkevalmisteita. Heroiinia Suomessa esiintyy edelleen niukasti. Kannabistuotteista erityisesti marihuanan ja kannabiskasvien takavarikot ovat 2000-luvulla lisääntyneet, mikä kertoo melko pienimuotoisen, mutta osittain myös myyntiin suunnatun viljelyn yleistymisestä. Synteettisten huumausaineiden takavarikkomäärien suuruusluokka on säilynyt jokseenkin entisellään. Uutena aineena markkinoilla esiintyy edelleen vahvasti kasvavassa määrin GHB:tä ja etenkin sen esiastetta GBL:ää. Takavarikoidun heroinin määrä putosi tuntuvasti vuoden 2001 jälkeen ja samaan aikaan Subutex®-tablettien takavarikot alkoivat lisääntyä. Vuodesta 2005 myös Subutexin® takavarikot ovat vähentyneet. (KRP 2009.)

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. Virolaisrikolliset toimivat pääosin Suomen ulkopuolella ja myös muihin kansallisuuksiin kuuluvien rikollisten merkitys Suomeen suuntautuvassa huumausainekaupassa kasvaa. Huumeita Suomeen tuovien ulkomaalaistoimijoiden joukko on monipuolistunut ja etenkin Liettuan merkitys myös Suomen huumausainekaupassa on selvästi voimistumassa. (KRP 2009.)

### 10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta

Huumausaineiden maahantuonti on kansainvälistä rikollisuutta, ja noin 15–30 % törkeistä huumausainerikoksista Suomessa epäillyistä henkilöistä on ollut viime vuosina ulkomaalaisia. Vuonna 2008 ulkomaalaisten osuus nousi edellisvuoden 17 %:sta 25 %:iin. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen ulkomaalaisten suurimmat ryhmät muodostuivat vuonna 2008 virolaisista (40 % ulkomaalaisista epäillyistä) ja venäläisistä (21 % ulkomaalaisista epäillyistä). (KRP 2009.) Virolaiset järjestäytyneet rikollisryhmät ovat tärkeässä roolissa lähes kaikkien Suomeen tuotavien huumausaineiden kansainvälisessä hankinnassa ja salakuljetuksessa. Huumausaineiden tukkuerien kätköpaikkakartat ovat rikollismarkkinoiden kauppatavaraa, jota suomalaiset rikolliset ostavat ulkomaisilta yhteistyökumppaneiltaan.

Suomen tyypillisesti löyhärakenteinen ammattimainen rikollisuus on tiivistänyt organisoitumistaan ja sen kurinalaisuus on lisääntynyt. Erityisesti rikollisilla moottoripyöräjengeillä on vakiintunut asema laittomien aineiden tukkutason välittäjinä ja jakelijoina Suomessa. Järjestäytyneiden rikollisryhmien merkitys huumausainerikollisuudessa näkyy esimerkiksi aseiden ja erityisesti kaasusumuttien yleistymisenä ja käteisen rahan määrän kasvuna huumausainerikoksiin liittyvissä takavarikoissa. Huumausainerikollisuudessa toimivat järjestäytyneet rikollisryhmät ovat laajentaneet toimintaansa etenkin talous- ja petosrikollisuuteen, joita käytetään myös huumausainerikollisuuden rahoituslähteenä (KRP 2009.)

Suurin osa huumausaineista tulee Suomen markkinoille hyvin vaihtelevia reittejä etenkin etelästä ja lännestä. Noin 90 % Suomen markkinoilla tavattavasta amfetamiinista tulee Virosta tai Viron kautta lähinnä Liettuasta. Hasis tulee Marokosta Espanjan, Alankomaiden tai Saksan sekä edelleen joko meriteitse tai Pohjoismaiden tai Baltian maiden kautta. Venäjällä on ollut salakuljetusreittinä merkitystä erityisesti heroiinin osalta, mutta heroiinia tuodaan Suomeen myös muita reittejä. Hoitopalvelujen puute ja Subutexin<sup>®</sup> tarjonnan heikentyminen laittomilla markkinoilla voivat nostaa heroiinin kysyntää. Suomea voidaan myös käyttää reittinä heroiinin kansainvälisessä salakuljetuksessa Venäjän suunnasta muualle Eurooppaan. Huumausaineiden salakuljetuksen mahdollisuus Pohjoismaiden ja myös Suomen kautta Venäjälle on syytä ottaa huomioon. Kokaiinin suosio ja tarjonta näyttää nousseen aiempaa hieman korkeammalle tasolle vuodesta 2006 lähtien, mutta kokaiini on Suomen huumemarkkinoilla edelleen varsin harvinainen aine. (KRP 2009.)

Schengen-alueen viimeisin laajentuminen poisti Suomessa asuvilta huumeiden käyttäjiltä mahdollisuuden tuoda laillisesti Subutexiä<sup>®</sup> esimerkiksi Virosta, josta sitä tuotiin Virossa kirjoitetuilla resepteillä. Suurempia Subutex<sup>®</sup>-eriä Suomeen on salakuljetettu lähinnä Ranskasta, mutta Viron-tuonnin tyrehtyminen voi lisätä salakuljetusta ja suunnata sen reittejä uudelleen. Suomalaiskäyttäjät hankkivat Virossa edelleenkin muita Suomessa reseptilääkkeeksi rekisteröityjä huumaavia lääkevalmisteita. Kannabiskasvien siemeniä ja GBL:ää tilataan usein ulkomailta Internetin kautta.

Vuosittain tehtävässä aikuisväestön terveyteen vaikuttavien elintapojen seuranta tutkimuksessa (AVTK) on vuodesta 1997 lähtien kysytty, kenelle on tarjottu huumeita viimeksi kuluneen vuoden aikana. Nuorimpiin ikäryhmiin kohdistuneen huumetarjonnan yleistyminen näkyi vuosituhanen vaihteeseen saakka, jonka jälkeen se on 15–24-vuotiailla miehillä laskenut vuosina 2001–2007 23 prosentista 15 prosentin tasolle. Myös nuorilla naisilla näkyy 1990-luvun nouseva ja 2000-luvun laskeva trendi. 15–24-vuotiaiden naisten kohtaama huumeiden tarjonta nousi vuosituhanen vaihteeseen saakka, jolloin se oli noin 20 prosenttia, mutta on viime vuosina pudonnut samalle tasolle kuin ensimmäisissä tutkimuksissa, eli noin 12 prosenttiin. 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä huumetarjontaa kohdan-

neiden osuus on kasvanut korkeammaksi kuin aikaisemmin. Tämä viittaisi siihen, että ikäryhmään on siirtynyt huumeiden käytön kasvuvaiheen nuoria. (Piispa ym. 2008.)

## 10.2 Huumausainetakavarikot

Takavarikkotietojen valossa tilanne Suomen huumausainemarkkinoilla näyttää melko vakaalta. Kannabiksen kasvatusta ja huumelääkkeitä koskevat rikosjutut ovat vuoden 2008 aikana yleistyneet.

Hasistakavarikkojen vuoden 2008 kokonaismäärä jäi poikkeuksellisen pieneksi suurten rikosjuttujen tutkinnan ajoituksen vuoksi. Muun käytettävissä olevan tiedon perusteella hasiksen tarjonta näyttää säilyneen jokseenkin entisellään. Hasiksen hintataso näyttää nousseen hieman kun taas marihuanan hintataso on jonkin verran laskenut. Marihuanan ja kannabiskasvien takavarikot ovat edelleen lisääntyneet, erityisesti on noussut poliisin takavarikoimien kannabiskasvien lukumäärä. Kannabiskasvien kotiviljely omaan käyttöön mutta jossain määrin myös myytäväksi on entistä yleisempää Suomessakin. (KRP 2009.)

Taulukko 13. Poliisin ja tullin vuosina 2001–2008 takavarikoituksi kirjaamat huumausaine-erät (kg).

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hasis	566,6	482,0	423,1	467,4	430,6	282,7	360,0	47,0
Marihuana	13,7	32,0	45,3	25,8	43,4	32,9	36,0	56,0
Kannabiskasvit (kg)	16,0	15,5	20,4	41,7	43,3	36,2	87,0	41,0
Kannabiskasvit (kpl)*	-	-	-	7 840	9 460	7 510	7 600	14 000
Amfetamiini + Metamfetamiini**	149,7	129,2	114,6	108,6	116,6	129,0	152,0	130,0 + 17,0
Kokaiini	7,3	0,4	1,1	1,1	1,2	6,5	4,0	3,0
Kat	624	1 039	1 879	2 118	2562	3 283	3 300	2250
Heroiini	7,9	3,0	1,6	0,2	52,4	0,2	0,4	0,2
Subutex® (tabletteja)	38 200	18 700	37 284	32 970	24 478	22 979	20 600	12 000
Ekstaasi (tabletteja)	82 900	45 100	35 216	23 243	52 210	39 185	83 000	34 000
LSD (annoksia)	95	4 629	1 461	195	452	171	2 138	3 082
GHB + GBL (litraa)						24	91	150 + 9

\* = Kiloissa ilmoitettujen kannabiskasvien lisäksi

\*\* = Vuosina 2001-2007 yhteenlaskettuna, vuonna 2008 erikseen

Lähde: Keskusrikospoliisi



Taulukko 14. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 1998–2008\*.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hasis	1 997	2 259	2 482	4 011	3 012	2 796	2 626	2 408	2 599	1 900	1 500
Marihuana	382	463	663	1 223	1 275	1 712	2 067	2 305	2 269	2 400	3 000
Kannabiskasvit	-	-	-	612	923	1 170	1 406	1 633	1 378	1 900	2 100
Amfetamiini/ Metamf.	1 641	1 956	2 369	3 792	3 399	3 687	3 392	3 732	3 101	2 990	2 900 + 120
Kokaiini	24	49	40	55	45	49	65	79	82	92	107
Heroiini	210	342	437	557	145	90	45	58	25	20	25
Subutex®	-	-	-	727	741	1 008	844	777	840	800	850
Ekstaasi	57	159	393	465	329	316	328	363	297	340	250
LSD	-	15	34	14	10	20	21	17	15	50	73
GHB/GBL									54	184	170 + 80

\*) Tilastoon on sovellettu vuosina 2003–2005 korjausta, joka ottaa huomioon kirjaamatta jääviin käyttörikoksiin liittyvät takavarikot.

Lähde: Keskusrikospoliisi

Takavarikoitujen amfetamiinien määrä (147 kg) oli samaa suuruusluokkaa kuin edellisenäkin vuonna. Suurin amfetamiinitakavarikko oli vuonna 2008 26-kiloinen, ja sen lisäksi tehtiin 20 yli kilon takavarikkoa, suurimmat niistä 14 kg ja 9 kg. Amfetamiinin tarjonnan tilapäisiä puutteita korvattiin metamfetamiinilla, jonka takavarikkomäärä pysyi edellisvuotisella tasolla (17 kg). Lainvalvontaviranomaiset ovat puuttuneet tehokkaasti etenkin tukkutason amfetamiinikauppaan ja myös amfetamiinin katukaupan hintataso on noussut. Ekstaasin takavarikkomäärä laski edellisvuoden poikkeuksellisen suuresta määrästä. Takavarikoidun kokaiinin määrä pysyi aiemmalla matalahkolla tasolla ja myös kokaiinin hintataso oli aiempaa hieman korkeampi. Kasvavana ongelmana synteettisten huumausaineiden markkinoilla Suomessa ovat GHB ja etenkin sen esiaste GBL, joiden yhteenlaskettu takavarikoitu määrä kohosi 2008 jälleen tuntuvasti edellisvuodesta. Pitkään jatkunut katin takavarikkomäärän kasvu taittui vuonna 2008: takavarikoitujen kat-kasvien määrä jäi 2250 kiloon. (KRP 2009.)

Heroiinin takavarikoitu määrä romahti Suomessa 2000-luvun alussa (2004: 0,2 kg). Vuonna 2005 heroiinin takavarikkomäärää nosti yksittäinen Venäjän rajalla tehty takavarikko. Vuonna 2006 takavarikoidun heroiinin määrä (0,24 kg) palautui aiemmalle hyvin matalalle tasolle, jolla se myös vuonna 2008 edelleen pysyi (0,2 kg). Heroiinin katukauppahinta on ollut saatujen tietojen mukaan entistäkin korkeampi. (KRP 2009.)

Buprenorfinivalmiste Subutexin® takavarikoitu määrä väheni tuntuvasti (12 000 tablettia). (KRP 2009.) Viron-liikenteessä tehdyt takavarikot ovat vähentyneet

ja hankinta on suuntautumassa uudelleen. Supistuneen tarjonnan vuoksi myös Subutexin® katukauppahinta näyttää nousseen jonkin verran. Ranskan rinnalle hankintakohteeksi voi olla nousemassa Schengen-alueen ulkopuolinen Iso-Britannia. Myös Ruotsin ja Norjan merkitys lisääntynee, ja Subutexia saa reseptilääkkeenä myös Liettuasta. Subutexin valmistuksen mahdollinen siirtyminen Kaukoitään lisännee erityisesti verkkokauppaa. (Tulli 2009). Viron liittyminen Schengen-alueeseen suuntaa lääketurismia uudelleen. Se vähensi laillisen huumerismin mahdollisuuksia myös muiden huumaavien lääkevalmisteiden osalta, ja lisäsi näiden salakuljetusta Baltiasta. Muita huumausaineiksi luokiteltuja lääkevalmisteita (lähinnä bentsodiatsepiineja ja jonkin verran opioideja) takavarikoitiin Suomessa vuonna 2008 tuntuvasti enemmän kuin edellisvuonna, peräti noin 180 000 tablettia. Kolmannes takavarikoiduista lääkkeistä liittyy yhteen isoon tapaukseen. (KRP 2009; Tulli 2009.)

Suomessa ei ole paljastunut synteettisten huumausaineiden valmistamoita, kaikkiaan viime vuosien aikana vain muutamia pieniä amfetamiinisulfaattisaostamoita. Näiden tarkoituksiin on hankittu kemikaaleja tilaamalla kemian alan toimijoilta sekä anastamalla tutkimuslaitoksista tai kemian alan työpaikoilta. Laittomuuksien torjunta riippuu näin paljon myös alan toimijoiden valppaudesta. Huumausaineiden valmistusprosessissa tarvittavien lähtöaineiden kauppa rajojen yli liittyy usein lailliseen liiketoimintaan, mutta osa kemikaalien laillisesta kuljetuksesta voi päättyä huumausaineiden valmistukseen Suomen lähialueille. Suomen sijainti on lähtöainekaupan kannalta hyvin riskialtis: laittomia huumeruokkaloita on niin Venäjällä kuin kaikissa Baltian maissa ja kaikkien näiden maiden kanssa Suomella on kemian alan kauppaa tai lähtöaineiden kauttakuljetuksia. Suomessa ei ole tehty huomattavia lähtöainetakavarikoita. (Tulli 2009.) Lähtöainetakavarikoilla voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hankaloittaa huumausaineiden tuotantoa.

Omaan käyttöön tarkoitettuja määriä tilataan pääasiassa Internetin välityksellä. Tullilaboratorio tutki vuoden 2008 aikana entistä enemmän erilaisia designhuumeita ja huumaavia rohdoksia. (Tulli 2009)

## 10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu

Huumausaineiden katukaupan hintataso näyttää vuonna 2008 yleensä jonkin verran nousseen edellisvuotisesta. Katukaupassa tyypillinen grammahinta vuonna 2008 oli hasikselle 6–20 euroa, valkoiselle heroiinille 120–200 euroa, amfetamiinille 15–50 euroa, kokaiinille 60–150 euroa ja ekstaasitableteille 10–20 euroa. 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 syksyllä 2008 tehdyn selvityk-

sen mukaan maakuntakeskuksissa hyvinkin kaksinkertaisesti sen, mitä se maksaa Helsingissä. Myös hasiksen ja Subutexin® hinnat ovat muualla maassa selvästi korkeammalla tasolla kuin Helsingin seudulla. Kotikasvatettavan marihuanan osalta vastaavanlaisia eroja ei esiinny. Erityisolosuhteissa kuten vankilaan salakuljettuna huumausaineiden hinnat voivat olla tapauskohtaisesti hyvinkin korkeita. (KRP 2009.)

Huumausaineiden laboratoriotunnistus ja siihen liittyvät pitoisuuksien mittaamiset suoritetaan KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa tai tullilaboratoriossa.

Suomessa (KRP:n rikostekninen laboratorio) analysoidaan rutiininomaisesti huumausainetakavarikon pitoisuus vain amfetamiinista ja metamfetamiinista, mikäli takavarikoitu määrä oin yli 10 grammaa sekä yli 2 gramman heroinitakavarikoista. Kannabiskasvien ja marihuanan pitoisuus analysoidaan yli 150 gramman eristä pyydettyäessä. Muilta osin pitoisuuksia ei analysoida.

Analysoitujen amfetamiinierien keskimääräinen pitoisuus putosi edellisvuodesta jonkin verran, metamfetamiinierien keskipitoisuus sen sijaan nousi. Kannabiskasvi- ja marihuanatakavarikoista tehtyjen pitoisuusmääritysten tulosten keskiarvo on viime vuosina hieman kohonnut, mutta näytteiden lukumäärät ovat pieniä ja keskiarvojen erot ovat niin vähäisiä, että mitään johtopäätöksiä ei tämän perusteella ole syytä tehdä.

## **B. ERITYISTEEMAT**

# 11 Kannabismarkkinat ja -tuotanto

## *Historia ja lainsäädäntö*

Paikallisesti viljelyn kannabiksen historia on varsin vaatimaton. Suomen ensimmäisen kannabispidätyksen yhteydessä vuonna 1966 löydettiin epäiltyjen hallusta vihreää kasvirouhetta, mikä poliisin laboratoriotutkimuksessa osoittautui viljellyksi kannabikseksi. Ensimmäinen poliisin raportoima kannabiksen viljelytapaus on kuitenkin vasta vuodelta 1972. Kyseisessä tapauksessa pariskunta oli viljellyt kannabista kotitilansa pellolla ja tuonut niittämäänsä kannabista Helsinkiin myytäväksi. Takavarikoidun erän thc-pitoisuus kasvien kukinto-osissa oli noin 0,2 %. Seuraava uusi viljelmä tuli poliisin tietoon vasta vuonna 1975. (Koskinen 1997.)

Huumausaineiden käyttö kriminalisoitiin Suomessa ensimmäisen kerran vuonna 1966 ja vuonna 1972 voimaan tulleen huumausainelain mukaan kannabis määriteltiin kokonaan kielletyksi (Hakkarainen 1992). Kannabiksen viljely oli tosin ollut Suomessa kielletty jo 1800-luvun lopulta lähtien, jolloin myrkkylainsäädännössä säädettiin sakkorangaistukset Intian hampun luvattomasta valmistuksesta, myynnistä ja maahantuonnista (Utriainen & Hakonen 1985).

Kaikenlainen kannabiksen viljely päihdekäyttöön on rangaistavaa edelleenkin. Henkilö, joka viljelee tai yrittää viljellä kannabista käytettäväksi huumausaineena tai sen raaka-aineena, syyllistyy huumausainerikokseen (Kainulainen 2007). Henkilöä, joka jää kiinni kannabiksen viljelemisestä, syytetään huumausaineen viljelemisen lisäksi usein samalla huumausaineen hallussapitämisestä, käyttämisestä tai hankkimisesta. Tavallisin oikeudellinen seuraamus kannabiksen viljelemisestä on sakkorangaistus. Päiväsakkojen keskimääräinen lukumäärä on ollut 30. Kannabiksen viljelystä syytetyt ovat saattaneet moittia esitutkintaa siitä, että kasveja ei mitata thc-pitoisuuksia tai siitä, että koko kasvin paino ilmaistaan syytettäessä kannabiksen viljelystä. Moitteita esitutkintaa kohtaan on esiintynyt myös siitä, ettei takavarikoitujen kasvien tarkka lukumäärä ole käynyt asiakirjoista ilmi. Käräjäoikeuksissa tuomituista huumausainerikoksista kannabiksen viljelytapaukset vastasivat vuosina 2002–2003 noin 11 % kaikista huumausainerikoksista. (Kainulainen 2006.) Nykyisin viljelytapauksen osuus käräjäoikeuksien tuomioista saattaa olla suurempi.

Lainsäädännön (rikoslaki 50 luku 4§) mukaan myös kannabiksen siemenien myynti ja niiden ostaminen huumausainetarkoitukseen on kielletty. Suomessa ei täten ole liikkeitä, jotka myyvät kannabiksen siemeniä. Maassa toimii kuitenkin 5 yritystä, joilla on kymmenen liikettä suurimmissa kaupungeissa, Helsingissä, Turussa, Tampereella ja Oulussa. Liikkeiden tuotevalikoimaan kuuluu kasvien kasvatukseen tarkoitettuja välineitä, jotka soveltuvat myös kannabiksen kasvatukseen. Tällaisia välineitä ovat esimerkiksi kasvivalaisimet, kasvatuslustat ja kasviravinteet.

Internetissä toimivia kasvatusväline- ja tarvikemyrityksiä on Suomessa tällä hetkellä ainoastaan yksi. (Perälä 2009.)

## 11.1 Kannabismarkkinat

Kannabiksen käyttö Suomessa on pääasiassa ollut maahantuodun hasiksen käyttöä. Suomen huumemarkkinoilla toimivilla myyjillä on yleensä jokin päähuume, jonka käyttöön ja myyntiin he keskittyvät. Osa huumeiden myyjistä on ns. vannoutuneita hasismiehiä, jotka eivät periaatteellisista syistä välitä muita aineita. Osalla taas pääartikkeli on jokin toinen, mutta valikoimasta löytyy myös hasista. Suomen huumemarkkinat hasiksen osalta eivät vaikuta kovinkaan järjestäytyneiltä ja halukkailla on markkinoille verraten vapaa pääsy. (Kinnunen 1996; Junninen 2006; Hakkarainen ym. 2006.)

Poliisin tutkimat suuret huumausainerikosjutut osoittavat, että huumausainekauppa yleisesti on ammattimaista ja vahvasti järjestäytyneiden rikollisryhmien hallussa. Vuonna 2008 törkeän huumausainerikoksen tekijöiksi epäillyistä peräti neljännes oli ulkomaalaisia. Suurimpina ryhminä olivat virolaiset ja venäläiset/vironvenäläiset epäillyt. Virolaisrikollisilla on edelleen tärkeä rooli myös Suomeen suuntautuvassa hasiksen salakuljetuksessa. Suomalaisrikolliset, erityisesti rikolliset moottoripyöräjengit, joilla on kansainvälisiä kontakteja esimerkiksi Hollantiin, ovat myös olleet aktiivisia hasiksen salakuljetuksessa suomalaisille huumemarkkinoille. (KRP 2009.)

Poliisihaastattelujen, myyjä- ja käyttäjähaastattelujen sekä esitutkintapöytäkirjojen perusteella Suomeen tuodun hasiksen kilohinta vaihtelee noin 2000–3500 euron välillä. Pienemmissä, usein sadan gramman erissä myytäessä sen hinta on noin 400–600 euroa, jolloin kilohinnaksi tulee korkeimmillaan 6000 euroa. Hasiksen grammahinta käyttäjälle on ollut pitkään 5-10 euron välillä. (Perälä 2009.) Poliisi kokoaa huumausaineiden tukkuhintoja informanteilta, rikoksesta epäillyiltä, eri alojen asiantuntijoilta ja saa niitä tietoonsa takavarikoimistaan dokumenteista sekä tiedustelunsa kautta. Myös näistä lähteistä saatujen tietojen mukaan hasiksen kilohinta vaihtelee 2000–3500 euron välillä ja grammahinta 6-20 euron välillä, keskiarvon ollessa noin 13 euroa. (KRP 2009.)

Valtaosa kannabiksen, kuten muidenkin laittomien huumausaineiden myynnistä ja käytöstä tapahtuu yksityisasunnoissa. Suomessa ei ole varsinaisia avoimia huumemarkkinoita, joita tavataan joissakin Euroopan suurkaupungeissa (Kinnunen 2008). Joissakin pääkaupunkiseudun ravintoloissa ja puistoissa on lähinnä maahanmuuttajien harjoittamaa suhteellisen avointa kannabiksen grammakauppaa. Hinnat kannabikselle näissä paikoissa ja myyntitilanteissa ovat yleensä korkeammat kuin yksityisasunnoista myytäessä. (Perälä 2009.)

Viime vuosina on havaittu merkkejä kannabiksen kotikasvatuksen lisääntymisestä (Kainulainen 2006; KRP 2009). Kannabiksen kotikasvatuksen halutuinn

tuotos, kukinto, ei kuitenkaan näyttele varsinaisilla huumemarkkinoilla kovinakaan suurta roolia. Suomessa ei ole paljastunut isoja kasvattamoja, jotka tuottaisivat kukintoa huumemarkkinoille myytäväksi. Organisoituneeksi rikollisuudeksi luokitellut ryhmät eivät ole merkittävästi mukana kannabiksen viljelytoiminnassa ja vain joissakin suurimmissa kasvatustapauksissa ovat asialla olleet aikaisemmin huumeiden välitystä toimittaneet henkilöt (KRP 2009).

Kukinnon hinta on sitä myytäessä vaihdellut 5-25 euron välillä, tyyppillisen myyntihinnan ollessa 10–15 euron välillä. Hintaan kuitenkin vaikuttavat suuresti esimerkiksi kasvattajan motiivit sekä kasvattajan ja ostajan väliset suhteet. Kukintoa myydään yleensä grammoittain, jos myyjä omistaa vaa’an. Suuremmissa, ”kymppin” (10 g) tai ”heikin” (100 g) erissä hinta laskee jonkin verran. Sadan gramman tai sitä isommat myyntierät ovat kuitenkin erittäin harvinaisia. Isojen kukintoerien myymisen harvinaisuudesta kertoo sekin, että niille ei ole käyttäjien keskuudessa muodostunut minkäänlaisia hintatietoja. (Perälä 2009). Poliisi arvioi viljelyn kukinnon kilohinnaksi 9000 euroa ja kukinnon grammahinnaksi 10–20 euroa (KRP 2009).

Suurin osa kotikasvattajista tekee toiminnallaan irtioton varsinaisiin huumemarkkinoihin. Kotikasvattajien ja rikollista taustaa omaavien henkilöiden taustat ja motiivit eivät useinkaan kohtaa, koska jo toiminnallaan kotikasvattajat haluavat pysyä erossa järjestäytyneeksi rikollisuudeksi luokittelemastaan toiminnasta. He eivät halua ostaa maahantuotua hasista ja vaihtoehtoisesti kasvattavat kannabiksen kukintonsa itse. Kukinto tulee halvaksi ja kasvattamiseen perehtymällä siitä saadaan usein parempilaatuista kuin huumemarkkinoilla liikkuvasta tuontihaksesta. Suurin osa kasvattajista ei tee rahaa kasvattamansa kukinnon myymisellä. Kukintoa lähinnä tarjotaan tai jaetaan ystäville. (Hakkarainen ym. 2006.)

Tuontihaksen laadun huononeminen yhdessä kotikasvatuksen helppouden kanssa saattaa olla yhtenä osasyynä kannabiksen kotikasvatuksen lisääntymiselle. Siemeniä saa tilaamalla Internetistä. Niitä myös saadaan, ostetaan tai vaihdetaan toisilta kasvattajakavereilta. Internetistä saa myös silloin tällöin ilmaisia siemeniä. Kasvattaja voi käyttää myös esimerkiksi pistokkaita siemenien sijaan. Kasvatukseen tarvittava laitteisto on helppoa ja suhteellisen halpaa hankkia. Asiaan perehtyvä kasvattaja rakentaa suhteellisen huomaamattoman kasvattamon turvallisesti. Varsinkin kiinni jäämättömät kotikasvattajat saattavat olla erittäin ehdottomia siitä, etteivät käytä muita päihteitä kuin kannabista, jonka käyttäminen toimii usein vaihtoehtona myös alkoholin käytölle. (Perälä 2009.)

Ajoittain jopa huomattavaa kysyntää kukinnolle on vielä huomattavasti enemmän kuin tarjontaa. Tähän viittaavat jo suhteellisen korkeat hinnat, joita kotikasvatetusta kukinnosta maksetaan (KRP 2009). Hasista ja kovia huumeita kuten esimerkiksi amfetamiinia saa huomattavasti helpommin varsinaisilta huumemarkkinoilta kuin kotikasvatettua kukintoa. Vuoden 2006 tilastojen mukaan elinaikanaan kannabista (hasista tai kukintoa) on kokeillut tai käyttänyt 19 % 15–24-vuotiaista ja 25 % 25–34-vuotiaista suomalaisista (Hakkarainen & Metso 2007).

Tyypillisin kasvatuspaikka kannabikselle on kasvattajan asunnossa oleva pieni tila, vaatekomero, kaappi tms., jossa kasvaa alle kymmenen kannabiskasvia. Ylivoimaisesti suurin osa kannabiksen kasvattajista on yksinasuvia miehiä. Pääsääntöisesti he ovat alle 30-vuotiaita ja asuvat Suomen suurimmissa kaupungeissa. Suurin osa heistä on tekemisissä vain mietojen huumeiden kanssa. Kannabiksen kasvattamisesta tuomituilla henkilöillä on yleensä varsin vaatimattomat viljelmät. Kasvien lukumäärä oli yli 40 prosentissa tapauksista vain 1-5 kasvia. (Kainulainen 2006.) Poliisin arvion mukaan kannabis kasvaa Suomessa noin 10 000 kodissa (KRP 2007b). Luku on kuitenkin vain suuntaa antava, kasvattajien todellinen lukumäärä ei ole tiedossa.

## 11.2 Kannabistakavarikot

Takavarikkotietojen mukaan poliisi sai haltuunsa vuonna 2006 kaikkiaan 7510 kannabiskasvia ja 36,2 kiloa kasvinosia. Vuonna 2007 poliisi takavarikoi 7600 kasvia ja 87 kiloa kasvinosia. Vuonna 2008 takavarikoitujen kannabiskasvien lukumäärä nousi 14000 kappaleeseen mutta vain 41 kiloon kasvinosia. Kasvien lisäksi poliisi takavarikoi vuonna 2006 valmista kukintoa huumausainerikoksesta epäillyiltä yhteensä 33 kiloa, vuonna 2007 jokseenkin saman verran, 36 kiloa ja vuonna 2008 hiukan enemmän, 56 kiloa.

Vuonna 2006 poliisi takavarikoi hasista 283 kiloa ja vuonna 2007 hiukan enemmän, 360 kiloa. Vuonna 2008 poliisi takavarikoi hasista ainoastaan 36 kiloa. Hasiksen tarjonta ei kuitenkaan ole vähentynyt, vaan takavarikkotietojen romahdaminen johtuu tutkintatöiden vaiheistuksesta. (KRP 2009.)

Vuoden 2008 aikana poliisi takavarikoi hasista 1500 kertaa, marihuanaa eli kukintoa 3000 kertaa ja kannabiskasveja 2100 kertaa. Poliisin mukaan kannabiksen viljely näyttäisi lisääntyneen hiukan viime vuosina. Takavarikkotiedot puolestaan kertovat viljelyn lisääntyneen enemmänkin. (KRP 2009.) Toisaalta on selvästi havaittavissa, että poliisi on kohdentanut aikaisempaa enemmän toimenpiteitä kannabiksen kotikasvattajia kohtaan (Kainulainen 2009). Poliisin tietoon kannabiksen kasvatus tulee usein jonkin muun rikos- tai poliisiasian yhteydessä. Poliisi reagoi tietoonsa tulevaan kannabiksen kasvatukseen mutta kohdentaa siihen myös toimenpiteitä resurssiensa puitteissa (KRP 2009). Sisäasiainministeriön strategiasa ei ole mainintaa siitä, että kotikasvatukseen pitäisi puuttua. Strategiansa mukaisesti poliisi pyrkii torjumaan järjestäytyntä rikollisuutta. (SM 2007.) Paikallispoliisitasolla kannabiksen kasvatukseen liittyy lähinnä käyttäjien hoitoonohjauksen mahdollisuus, mutta he eivät useinkaan koe olevansa hoidon tarpeessa (ks. hoitoonohjauksesta alaluku 9.3) (KRP 2009).

Takavarikkotiedot näyttävät sen, että suurin osa kannabiksen kasvattamisesta on pienimuotoista. Vuoden 2008 tammi-heinäkuun takavarikkotietojen perusteella 87 % viljelmistä sisälsi 1-20 kasvia, 12 % 21-100 kasvia ja vain yksi prosent-



ti sisälsi yli 100 kasvia. Tutkittavana olleista 570 kannabiksen viljelytapauksista 409 tapausta sisälsi 1-10 kasvia. Suomessa ei ole viitteitä siitä, että kannabiksen kukintoa tuotaisiin ulkomailta Suomeen tai siitä, että sitä vietäisiin Suomesta muualle. Kannabiksen siemenet tilataan yleensä ulkomailta Internetin ja postin välityksellä. Suurin osa takavarikkoon jäävistä siemenlähetyksistä sisältää alle 20 siementä. (KRP 2009.)

Arvion mukaan Suomen poliisi saa takavarikkoon noin 10–25 % huume-markkinoilla liikkuvasta kannabiksesta (Hakkarainen ym. 2006). Suomeen maahantuodun takavarikoidun hasiksen alkuperä on yleensä ollut Marokosta. Kauttakulkumaina on käytetty Espanjaa, Hollantia ja Pohjoismaita. Baltian maista kauttakulkumaina on käytetty Viroa ja Liettuaa, joka toimii tärkeänä keskuspaikkana hasiksen salakuljetukselle Itämeren alueella. Nykyiset hasislähetykset ovat kooltaan aikaisempaa suurempia ja ne kulkevat usein tavallisen, laillisen rahdin mukana. (KRP 2009.)

Kannabiksen kotikasvattajien pääasiallisena motiivina vaikuttaisi olevan saada itse tuotettua kannabista omaan tai kaveripiiriin käyttöön maahantuodun hasiksen sijaan. Jos kukintoa myydään, motiivina voi olla pienen ylimääräisen rahan saaminen. Kotikasvatetun kannabiksen varsinaista myyntiä on tavattu vain joissakin harvoissa poliisin tietoon tulleissa kannabiksen viljelyissä. Joskus näissä tapauksissa on ollut mukana amfetamiinin ja reseptilääkkeiden myyntiä. (KRP 2009.)

## 12 Amfetamiinien ongelmakäyttö

### 12.1 Amfetamiinien käytön historia

Suomessa amfetamiini alkoi tulla tunnetuksi pervitiininä vuonna 1941. Pervitiini oli metamfetamiinia, jota Suomen armeija sai Saksalta suuria määriä heti jatkosodan alussa. Suomalaisten hyökkäysvaiheen ollessa kiihkeimmillään 850 000 Pervitin-tablettia odotti käyttäjiään. Armeijassa sitä jaettiin niin rintamasotilaille, komentajille, kaukopartiomiehille kuin lääkintähenkilökunnallekin. Sodassa pervitiiniä ei käytetty päihteenä, vaan siihen tarkoitukseen mihin se oli kehitetty. Pervitiini, joka oli kaksi kertaa tavallista amfetamiinia vahvempaa, karkotti sitä nauttineilta sotilailta unen tarpeen ja nälän tunteen sekä sai heidät tavallista parempiin ruumiillisiin suorituksiin. Se poisti kivun, terästi valppautta, kasvatti itsevarmuutta ja keskittymiskykyä sekä alensi sotilaiden riskinottoarjaa. Pervitiinin aikaansaama unettomuus saattoi kuitenkin saada sotilaissa aikaan vainoharhaisuutta, näköharjoja ja aggressiivisuutta, sen pitkäaikainen käyttö lisäsi päihderiippuvuuden todennäköisyyttä ja mahdollisesti johti jopa kuolemiin. Metamfetamiinin viihdekäytöstä rintamalla on vain hieman todisteita. (Ylikangas 2009.)

Sota-aikana myös monissa suomalaisissa perheissä käytettiin sekä tavallista amfetamiinia että metamfetamiinia. Ne olivat tuon ajan käyttökoneistissa piristyslääkkeitä, nimiltään muu muassa benzedrin, stimulan, pervitin sekä beramin. Käyttötapa säilyi sodan jälkeenkin ja piristeitä käyttivät varsinkin opiskelijat ja autoilijat. Metamfetamiinia sai ostaa apteekista resepteillä, joita lääkärit tehtaailivat varsin avokätisesti. Sodan aikana, kuten heti sen jälkeenkään ei pervitiiniä pidetty varsinaisena huumausaineena, joten sen käyttöä ei valvottu eikä väärinkäyttöä ei osattu tunnistaa. Varsinaisen ongelmakäyttäjien joukon katsottiin tuolloin olleen lähinnä opiaattien käyttäjät. (Ylikangas 2009.)

1950-luvun puolivälissä opiaattien väärinkäyttö vähentyi ja amfetamiinien käyttö alkoi puolestaan lisääntyä. Sotien jälkeinen sukupolvi sai vaikutteita Ruotsista, jonka huumemarkkinoita amfetamiini alkoi hallita. Tuolloin Suomessakin varsinaisesti alkoi amfetamiinin ongelmakäyttö. Amfetamiinia alettiin jo silloin käyttää nimenomaan suonensisäisesti. Syiksi on arveltu muun muassa sitä, että amfetamiinia oli helposti saatavilla liuoksena sekä sitä, että suomalainen huumeiden käyttökulttuuri oli jo pitkään ollut kallellaan suonensisäisiin huumeisiin päin: suonensisäisesti otettu amfetamiini on vaikutuksiltaan voimakkainta. Amfetamiinin käyttö ei tuolloin rajoittunut ainoastaan pääkaupunkiin, vaan sitä oli tarjolla ja sitä myös käytettiin eri puolilla Suomea. (Ylikangas 2009.)

Amfetamiini tuli erittäin tutuksi suomalaisille kuitenkin vasta 1960-luvun puolen välin jälkeen. Tämä johtui liikemies Kosti Kustaa Kartiokarin Pohjois-

maihin maahantuomasta suuresta amfetamiinierästä (Salasuo 2004). Hänen arvioitiin tuoneen Suomeen ja Ruotsiin lyhyessä ajassa lähes 200 kiloa amfetamiinia. 1960-luvun lopulla suomalaiset huumemarkkinat muuttuivatkin siten, että amfetamiinia alettiin salakuljettaa Suomeen. Sen salakuljetuksesta vastasivat ammattimaisemmat rikolliset kuin esimerkiksi hasiksen salakuljetuksesta (Hakkarainen 1992).

1990-luvun lopussa Suomeen saapui ns. toinen huumeaalto. Laittomien huumeiden tarjonta ja käyttö lisääntyivät selvästi (Partanen & Metso 1999; Hakkarainen & Metso 2003). Samalla Suomeen muodostui aikaisempaa suurempi amfetamiinin ongelmakäyttäjien joukko. Amfetamiinin käyttö onkin ollut opiaattien käyttöä yleisempää jo ainakin vuodesta 1997 lähtien (Partanen ym. 2007). 2000-luvun puolivälissä huumeiden käytön ja huumehaittojen kasvu näytti taittuneen (Hakkarainen & Metso 2007).

## 12.2 Amfetamiinien käytön nykytilanne

Tavallinen amfetamiini on ylivoimaisesti vallitsevin stimulantti 2000-luvun käyttäjien keskuudessa. Amfetamiinin tarjonnan puutteita on aika ajoin korvattu metamfetamiinilla (KRP 2009). Viime aikoina huumemarkkinoilta on tavattu myös amfetamiinin vaikutuksia muistuttavaa MDPV:tä. Ilmestyttyään markkinoille MDPV luokiteltiin nopeasti lääkeaineeksi ja sitä ei enää saa tuoda Suomeen. Osa amfetamiinia käyttäneistä kuitenkin siirtyi ainakin väliaikaisesti käyttämään MDPV:tä, joka ei kuitenkaan ole amfetamiinia, vaan tutkimuskemikaali. Kadulta tavattu MDPV on ulkonäöltään puhtaan valkoista tai kellertävää hienojauheista jauhetta. Grammahinnaltaan se on amfetamiinia kalliimpaa ja vaikutukseltaan lyhytkestoisempaa. MDPV:n käyttöannokset ovat erittäin pieniä ja siksi sitä käytetään erittäin helposti liian suurina annoksina, jolloin muun muassa yliannostusriskit kasvavat huomattavasti. MDPV on aiheuttanut käyttäjille myös muita ongelmia, kuten esimerkiksi erittäin paranoidisia tunteita (Terveysneuvontapiste Vinkki).

Amfetamiini on Suomen toiseksi käytetyin laiton päihde kannabiksen jälkeen (Hakkarainen & Metso 2007). Uusimman arvion mukaan Suomessa oli vuonna 2005 noin 14 500–19 000 amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjää. Heidän arvioitiin muodostavan 0,5–0,7 prosenttia koko maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. Heistä selvän enemmistön, noin 75–80 prosentilla muodostivat pääasiallisesti amfetamiinia kuluttavat ongelmakäyttäjät. Kaikista huumeiden ongelmakäyttäjistä noin 50–60 prosenttia asui Etelä-Suomessa. Heistä selvästi yli puolet vaikutti pääkaupunkiseudulla, jossa arvioitiin 2000-luvun puolivälissä olevan 4 000–6 000 amfetamiinien ongelmakäyttäjää (Partanen ym. 2007).

Suonensisäisesti otettu amfetamiini on säilynyt vallitsevana käyttötapanana ongelmakäyttäjien keskuudessa. Nykyisin 82 prosenttia päihdehuollon huumeasiakkaista käyttää stimulantteja pistämällä. Joskus elämänsä aikana pistämällä huumei-

ta käyttäneistä 82 prosenttia oli joskus käyttänyt pistosvälineitä yhteisesti. (Ruuth & Väänänen 2009). Nuorten, 15–24-vuotiaiden keskuudessa ei kuitenkaan ole tavattu kovinkaan paljon uusia HIV-tapauksia, ja tapausmäärät muutoinkin ovat viime vuosina laskeneet koko ajan merkittävästi. HIV-tapausten esiintyvyys ei ole missään vaiheessa kasvanut ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa yli viiden prosentin rajan (Arponen ym. 2008).

Ruumiinavauksissa tehtyjen amfetamiinilöydösten määrä on viime vuosina kasvanut. Vuonna 2003 amfetamiinilöydöksiä oli 51, mutta vuonna 2007 jo 94 (Oikeuslääketieteen laitos 2008). Tämä ei kuitenkaan välttämättä kerro amfetamiinien aiheuttamien kuolemien kasvusta, vaan kyse voi olla myös sekakäytön lisääntymisestä, jolloin myös amfetamiinijäämiä löydetään useammin (ks. myös alaluku 6.3).

Huumemarkkinoilta tavattava amfetamiini on pulverimuodossa. Sitä ostava asiakas saa erittäin harvoin puhdaslaatuista ainetta, koska amfetamiinia laimennetaan nykyisin jo tuotantomaisissa. Amfetamiinin käyttäjä voikin olla tottunut käyttämään huonolaatuista amfetamiinia, koska hän on tottunut tietynlaiseen, hyväksi kokemaansa vaikutukseen. Amfetamiini on käyttäjäarvioiden mukaan puhtaudekseen maksimissaan 40 prosenttista. Amfetamiini saattaa muutoinkin sisältää paljon epäpuhtauksia. Siinä voi olla jäämiä esimerkiksi asetonista. Huonosti pakattu huumausaine-erä voi myös pilaantua varsinkin pitempiaikaisessa säilytyksessä esimerkiksi maastossa. (Perälä 2009.)

Amfetamiinia laimennetaan Suomenkin puolella ja se tapahtuu yksinkertaisesti arvioimalla. Suomessa laimentamiseen käytetään esimerkiksi maltodekstriiniä, glukoosia, tomusokeria, lääkekalkkia, kreatiinia ja kofeiinia pulverimuodossa. Näistä ainakin lääkekalkki on vaarallista suonensisäisesti käytettynä. Ainoa mittari, jota osa amfetamiinin myyjistä käyttää, on ph-mittari. Se kuitenkin ilmoittaa vain amfetamiinin emäksisyyden, ei sen puhtautta. Kokenut myyjä osaa jo katsomalla ja haistamalla arvioida, minkä tyyppinen amfetamiini voi olla kyseessä. Amfetamiinilla on usein ominaisuus; se voi olla esimerkiksi ”mantelimassan”, ”marsipaanin” tai ”kynsilakan” tuoksuinen. Amfetamiinin värin perusteella voi myös arvioida sitä; valkoinen, vaaleanpunainen, rusehtava, vihertävä, kellertävä tai jopa musta perusväri kertovat myös jotakin amfetamiinin ominaisuuksista. Asiantunteva myyjä tietää, että kaikkia amfetamiinilaatuja ei ole hyvä käyttää suonensisäisesti, kun taas toisia laatuja ei kannata käyttää nuuskaamalla tai oraalisesti otettuna. (Perälä 2009.)

Amfetamiini on vaikutukseltaan varsin pitkäkestoinen ja sen käyttö voi kestää yhdellä kertaa useita vuorokausia. Käyttäjä puhuu ja puhuu ja touhuaa ja touhuaa. Samaan aikaan hän ehkä katselee televisiota, kuuntelee musiikkia sekä lukee jotakin. Hänellä voi olla useita ”projekteja” kesken. Tekeminen on intensiivistä ja touhuamisen kohteena olevat projektit amfetaministi purkaa nopeasti. Aineen vaikutuksista johtuen ne usein jäävät häneltä kesken ja käyttäjän/käyttäjien asunnossa voikin olla toinen toistaan erikoisempia tavaroita purettuina. Toki osan projekteista hän saa valmiiksikin. Nälkä ei vaivaa ja aterian voi korvata jogurtti ja suklaapatukka. Poikkeuksia tietenkin on; osa käyttäjistä yrittää pitää huolta säännöllisemmäs-

tä aterioinnista ja muusta arkirytmistä. Amfetaministin arki voi käyttörupeaman aikana olla hyvinkin sosiaalista, tapahtumarikasta ja jännittävää. Liian pitkään jatkunut amfetamiinin käyttö kuitenkin aiheuttaa jo pelkästään unettomuuden takia muitakin ongelmia. Käyttäjistä voi esimerkiksi tulla vainoharhainen ja aggressiivinen. (Perälä 2009.)

Käyttäjä voi kuluttaa jo aineen laadusta ja omista toleransseistaan riippuen 0,5-5 grammaa amfetamiinia päivässä. Pääkaupunkiseudun huumemarkkinoilla amfetamiinin grammahinta kohoaa jopa 30 euroon. Amfetamiinin ongelmakäyttöön kuuluukin usein jonkinlainen oheisrikollisuus kuten esimerkiksi varkaudet. Suositua varastettua tavaraa ovat muun muassa polkupyörät ja muut kulkuvälineet, vaatteet ja kosmetiikka, työkalut ja rakennusvälineet, tietokoneet, puhelimet ja muu kodin elektroniikka sekä erilaiset autojen osat, jopa helposti varastettavissa olevat vanhemmat autot. Näyttäisi siltä, että viimeisen kymmenen vuoden aikana tietyt huumemarkkinoilla liikkuvat oheistavarat kuten puhelimet ja polkupyörät ovat säilyttäneet suosionsa. Osa varastetusta tavarasta, joka liikkuu amfetamiinimarkkinoiden oheistuotteina, on täysin arvotonta. (Kinnunen 1996; Kinnunen ym. 2005; Perälä 2009.)

Muita päihteitä käytetään amfetamiinin vaikutusten korostamiseksi, niiden muuttamiseksi ja sekakäytön takia, mutta myös siksi, että pitkän valveillaolon ja touhuamisen jälkeen saataisiin rentouduttua ja nukuttua. Tähän tarkoitukseen voi amfetaministi käyttää alkoholia, kannabista, lääkkeitä tai buprenorfiinia. Viimeksi mainittua hän voi alkaa käyttää myös siksi, että pääsisi helpommin sisään johonkin hoitopaikkaan. Amfetamiinin käyttö ja sen mukaan tuoma elämä on erittäin kuluttavaa, mutta amfetamiinin käytön takia amfetaministin on vaikea saada hoitoa, sillä hoitoon päästäkseen häneltä usein edellytetään muiden aineiden käyttöä (Perälä 2009).

Amfetamiinia käyttää myös moni itselääkityksenä masennuksen ja ADHD:n hoitoon. Ongelmakäyttäjät vaihtavat myös pääasiallista päihdettään saatavuuden mukaan. Mikäli amfetamiinia ei ole tarjolla, saatetaan käyttää buprenorfiinia, ja päinvastoin. Toisen avulla myös vierottaudutaan itselääkityksen muodossa toisesta. Näyttäisi siltä, että ainoastaan amfetamiinia käyttäviä ongelmakäyttäjiä on varsin vähän, tyypillisen suomalaisen ongelmakäyttäjän pääpäihde vaihtelee olon, motiivin ja aineen saatavuuden mukaan (Arponen ym. 2008).

## 12.3 Hoidon tarve amfetamiinien käyttäjille

Suomessa huumeongelmaisia hoidetaan terveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä ja sosiaalityössä. Pitkäaikainen avohoito pyritään järjestämään lähelle potilaan asuinpaikkaa (Arponen ym. 2008). Korvaushoitolääkitys liitetään Suomessa usein opiaattien käyttäjien hoitoon, amfetamiiniriippuvaisille sen sijaan ei ole olemassa mitään erityistä vieroitus- tai korvaushoitolääkitystä.

Huumehoidon tietojärjestelmän perusteella päihdehoitoon hakeutuneista henkilöistä 20 prosenttia ilmoitti käyttävänsä amfetamiinia ensisijaisena päihteenään. Ensisijaisesti amfetamiinin takia hoitoon hakeutuneilla henkilöillä tavallinen amfetamiini oli ylivoimaisesti käytetyin stimulantti. Ainoastaan kolme prosenttia ilmoitti käyttävänsä metamfetamiinia ensisijaisesti. Amfetamiinia pääaineenaan käyttäneistä ilmoitti käyttävänsä muina päihteinään kannabista (52 %), alkoholia (43 %), bentsodiatsepiineja (43 %), opiaatteja (36 %) sekä ekstaasia (8 %). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Amfetamiinia pääpäihteenään käyttäneistä 63 prosenttia asui hoitoon hakeutuessaan omassa tai vuokra-asunnossa, vanhempien luona heistä asui 11 prosenttia ja ystävien luona 4,5 prosenttia. Asunnottomia hoitoon hakeutuneista amfetamiinin ongelmakäyttäjistä oli 17 prosenttia. Peruskoulun heistä oli käynyt 66 prosenttia ja keskiasteen koulutuksen oli saanut 29 prosenttia. Amfetamiinia pääasiallisesti käyttäneistä oli työttömiä 66 prosenttia ja työssä käyviä 14 prosenttia. Opiskelijoita hoitoon hakeutuneista käyttäjistä oli 8 prosenttia ja eläkeläisiä heistä oli myös 8 prosenttia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Hoitoon hakeutuneista muita päihkeitä ensisijaisesti käyttäneistä 36 prosenttia ilmoitti käyttäneensä amfetamiinia 2-5 päihteenään. Sosioekonomisesti vertailtuna amfetamiinia pääasiallisena päihteenään käyttäneet olivatkin hyvin samanlaisia kuin muiden päihneiden ongelmakäyttäjät. Muita päihkeitä ensisijaisesti käyttäneistä oli työttömiä myös 66 prosenttia, työssä käyviä 13 prosenttia, opiskelijoita 8 prosenttia ja eläkeläisiä 7 prosenttia. Peruskoulun muiden päihneiden pääasiallisista käyttäjistä oli käynyt 64 prosenttia, keskiasteen koulutuksen heistä oli saanut 30 prosenttia. 30 prosenttia muita päihkeitä ensisijaisesti käyttäneistä hakeutui oma-aloitteisesti hoitoon, päihdehuollon avohoidon kautta 27 prosenttia, terveyskeskusten kautta 7 prosenttia, sairaalan kautta 8,5 prosenttia ja lastensuojelun kautta 7 prosenttia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Amfetamiinia pääasiallisesti käyttäneistä puolestaan hakeutui hoitoon 38 prosenttia oma-aloitteisesti. Päihdehuollon avohoidon kautta hoitoa amfetamiiniongelmaansa oli hakenut 18 prosenttia, terveyskeskuksen kautta 7 prosenttia, sairaalan kautta 8 prosenttia sekä lastensuojelun kautta 5 prosenttia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Osalla amfetamiinin ongelmakäyttäjistä onkin aika ajoin amfetamiinipsykoseihin liittyviä hoitojaksoja psykiatrisessa sairaalassa, mutta mitään pitempiaikaista psykiatrista hoitoa heille ei ole tarjolla (Törmä 2009). Lääkkeetöntä hoitoa sekä joi-takin lyhytaikaisia, kahden viikon katkaisuhoitopaikkoja on tarjolla, mutta niistä jatkopaikkaan pääseminen on huomattavasti vaikeampaa. Usein jonkinlaiseen hoitoon päästäkseen amfetamiinin käyttäjältä edellytetään muiden aineiden oheiskäyttöä. Hoitoon päästäkseen pääasiallisesti amfetamiinia käyttävä henkilö voi alkaa käyttää opiaatteja, jotta hän läpäisisi vaadittavat seulat. Opiaattien käyttäminen ei usein silti katkaise amfetamiinien käyttöä, ja näin amfetamiinin käyttäjä voi jo pelkästään hoitoon päästäkseen saada itselleen uuden riippuvuuden opiaateista (Perälä 2009).

Hoitolaitoksessa tehdyn tutkimuksen mukaan amfetamiinin käyttäjät eivät muiden asiakkaiden, pääasiallisesti opiaatteja käyttävien mielestä tarvinneet mitään korvaushoitoa. Amfetaministit saattoivat tulla muiden asiakkaiden mielestä hoitoon ainoastaan lepäämään. Henkilökunnan näkemysten mukaan asiakkaan levoton käytös saattoi johtaa epäilyihin siitä, että asiakas on pääasiallinen amfetamiinin käyttäjä, joka on väärässä paikassa ja pahimmassa tapauksessa aloittamassa opiaattien käyttöä. (Weckroth 2006.)

Suomessa on kuitenkin vuonna 2004 käynnistetty maailmanlaajuisesti ensimmäinen lääkehoitotutkimus amfetamiiniriippuvaisille. Vuoden 2005 tutkimustulosten välianalyysissa osoittautui, että metyyliifenidaatti vaikuttaa lupaavalta amfetamiinin käytön vähentämisessä (Tiihonen ym. 2007.). Vaikka amfetamiiniriippuvuuden lääkehoito on vielä kehittyasteella, amfetamiinin käyttäjät hakeutuvat hoitoon lähes samoissa määrin kuin opiaattien käyttäjät (Arponen ym. 2008). Ongelmakäyttäjille tehtyjen haastattelujen perusteella erittäin harvat pääsevät amfetamiiniriippuvuutensa takia lääkehoitoon. Koska lääkehoito on vasta aluillaan, on joillekin amfetamiinin käyttäjille tarjottu heidän mukaansa metadonihoidoa heidän halutessaan päästä hoitoon (Perälä 2009).

Syrjäytyneet, huono-osaiset ongelmakäyttäjät tunnetaan jo ilmiön piiloluonteesta vuoski Suomessa varsin heikosti. Heille onkin tarjolla vain joitakin perushoivaa tarjoavia, matalakynnyksisyyteen pyrkiviä palveluyksiköitä (Törmä 2009). Yhteiskunnan tarjoaman avun ulkopuolelle jääviä ongelmakäyttäjiiä tavoitetaan vertaistoiminnan avulla, jota on toteutettu A-klinikkasäätiöön kuuluvan terveysneuvontapiste Vinkin toimesta vuodesta 2001. Vertaistoiminnassa työntekijä toimii kentällä, jakaen esimerkiksi puhtaita neuloja käyttäjille. Helpperit eli aktiivisesti vertaistoimintaa tekevät päihteiden käyttäjät puolestaan kohtaavat omien verkostojensa avulla niin nuoria kuin vanhojakin käyttäjiä, satunnaiskäyttäjiä, perheellisiä, opiskelevia sekä työssä käyviä päihteiden käyttäjiä. Tällaisella toiminnalla tavoitetaan päihteiden käyttäjiä, jotka tuskin muuten kävisivät esimerkiksi terveysneuvontapisteissä vaihtamassa neuloja tai hakemassa muuta apua. Tällaiset toiminnat ovat vähentäneet huumehaittoja hyvin. Eri puolilla pääkaupunkiseutua sijaitsevilla terveysneuvontapiste Vinkeissä voivat asiakkaat muun muassa vaihtaa käytetyt ruiskut ja neulat uusiin sekä saada terveysneuvontaa, ottaa A- ja B-hepatiittirokotuksia, käydä Hiv-, hepatiitti-, klamydia- ja raskaustesteissä sekä saada ohjausta hoitoon hakeutumisessa (Malin ym. 2008).

## 12.4 Amfetamiinien tuotanto, salakuljetus ja rangaistukset

Suomessa takavarikoidaan vuosittain hiukan yli 100 kiloa amfetamiinia. Vuonna 2008 sitä takavarikoitiin 130 kiloa. Metamfetamiinia takavarikoitiin vuonna 2008

17 kiloa. Vuositasolla amfetamiinia ja metamfetamiinia takavarikoidaan yhteensä noin 110–150 kiloa. (KRP 2009.)

Suomessa on tullut ilmi vain joitakin yksittäisiä yrityksiä valmistaa amfetamiinia paikallisille markkinoille. Huumemarkkinoilla esiintyvistä amfetamiinista arviolta 90 % tuodaan Suomeen Virossa tai Viron kautta. Myös Venäjältä on alkanut tulla amfetamiinia Suomeen. Pieni osa Suomeen tulevasta amfetamiinista tulee Euroopasta. Kauttakulkumaina käytetään Saksaa, Hollantia sekä Ruotsia. Amfetamiinia ja varsinkin metamfetamiinia valmistetaan nykyisin myös Liettuassa, josta etenkin virolaiset välittäjät tuovat sitä edelleen Suomen markkinoille. Osansa on myös liettualaisilla, jotka ovat alkaneet salakuljettaa valmistamia amfetamiinituotteita Suomeen. Liettualaiset rikollisryhmät ovat alkaneet osoittaa kiinnostusta perustaa amfetamiinilaboratorioita Puolaan, jossa on helposti ja edullisesti saatavilla laadukkaita lähtöaineita amfetamiinin valmistusta varten (KRP 2009).

Amfetamiinien maahantuonti on nykyisin varsin suunnitelmallista. Useimmiten virolaiset toimittavat amfetamiinit Suomeen, ja suomalaiset hoitavat niiden levittämisen eri puolille Suomea. Tyypillinen salakuljetuskuvio on ollut se, että virolaiset piilottavat amfetamiinit maastokätköihin, suomalaiset ostavat kartan maastokätköstä ja hakevat tuotteet sen perusteella (KRP 2009). Virossa amfetamiinin kilohinta on maksimissaan noin tuhat euroa (Perälä 2009). Suomeen tuotuna amfetamiinikilon hinta nousee 4 000–9 000 euron välille, keskimääräisen hinnan ollessa 6500 euroa (KRP 2009).

Huumemarkkinoilla amfetamiinin hinta voi nousta karkeasti arvioiden noin viisinkertaiseksi päätyessään maahantuontiportaalta loppukäyttäjälle. Amfetamiinikauppa voi olla kannattavaa joillekin kilokauppaa tekeville henkilöille. Poliisin arvion mukaan amfetamiinikilosta voi ansaita yli 6000 euroa sen eteenpäin myydessään. Kannattavuuteen tietenkin vaikuttavat useat seikat kuten esimerkiksi viranomaiskoneiston tehokkuus ja aineen puhtaus. Grammakauppaa tekevä amfetamiinin käyttäjä-myyjälle toiminta ei ole kannattavaa. Ansoita laskevat niin oma käyttö kuin aineen puhtauskin, tehokas viranomaiskoneisto sekä velaksi myyminen. Kokonaisuudessaan amfetamiinikauppa ja -käyttö oheisilmiöineen katsotaan kuitenkin suomalaisia huumemarkkinoita pyörittäväksi voimaksi. (Perälä 2009.)

Rikoslainsäädännössä amfetamiini katsotaan erittäin vaaralliseksi huumausaineeksi. Helsingin hovioikeuden vuonna 2005 käsittelemistä törkeistä huumausainerikoksista oli amfetamiini yleisin huumausaine. Törkeän huumausainerikoksen alarajana on pidetty 100 grammaa kerrallaan käsiteltyä amfetamiinia (Kainulainen 2007). Vankeutta tämän määrän myymisestä saa vuodesta kahteen vuoteen ja neljään kuukauteen (Helsingin hovioikeuspiiri 2006).

Osa amfetamiinin käyttäjistä on jo huomiota herättävän käytöksensä ja rötöstelynsä vuoksi varsin tiiviin poliisivalvonnan kohteena ja joutuu näin jatkuvasti sakotetuksi poliisiin tavatessaan (Kainulainen 2009). Amfetamiinin myymisen sekä oheisrikollisuuden mukanaan tuoman viranomaiskontrollin takia amfetamiinisti joutuu aika ajoin vankilatuomiota kärsimään. Vankilassa käyttö vähenee ai-



nakin useimmilla, jo aineen rajallisen saatavuuden ja korkeampien hintojen takia (Kinnunen 1996). Vankiloiden terveydenhuoltoyksiköissä asioineilla stimulanttien vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus oli kuitenkin erityisen suuri (Kuussaa-ri & Ruuth 2008). Amfetamiini onkin vankiloiden toiseksi käytetyin päihde, heti buprenorfiinin (Subutex) jälkeen. Syitä on useita: amfetamiini ei vie paljon tilaa salakuljettaessa, sillä on rahallista arvoa eikä se vesiliukoisuutensa vuoksi näy huumetestereissä kovin pitkään (Perälä 2009). Minkäänlaista hoitoa amfetamiini-riippuvuuteen ongelmakäyttäjät ei saa vankilassakaan. Huumeita käytetään myös vankiloissa suonensisäisesti, mutta niissä ei ole otettu käyttöön ruiskujen ja neu-lojen vaihto-ohjelmia. Käyttövälineet ovat kiellettyjä, mutta vankien saatavilla on käyttövälineiden puhdistukseen tarkoitettua desinfektioaine Virkonia (Arponen ym. 2008). Vangit eivät välttämättä halua käyttää tätä viranomaisten tarjoamaa pal-velua, koska pelkäävät viranomaisten seuraavan sitä, ketkä käyvät puhdistuspisteil-lä. Viranomaisten mukaan he pääsevät tätäkin kautta jo väkisin vankiloissa tapah-tuvan aineiden käytön jäljille (Perälä 2009).

## 13 Lähdeluettelo

- Aalto, M. (2007). Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123 (11), 1293–1298.
- Ahlström, S., Metso, L., & Huhtanen, P. (2008). Missä nuorisoryhmissä päihteiden käyttö on vähentynyt. Suomen ESPAD-aineiston tuloksia 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (1), 73–83.
- Ahlström, S., Metso, L. & Tuovinen, E. L. (2004). Suomalaisten nuorten päihteiden käyttö 1999 ja 2003. ESPAD-tutkimuksen taulukkoraportti. Aiheita 32/2004. Helsinki: Stakes.
- Alho, H., Sinclair, D., Vuori, E. & Holopainen, A. (2007). Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 88 (1), 75–78.
- Anturiverkosto (2008). A-klinikasäätiön, Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja terveysneuvontapisteidien tietoverkosto. Julkaisematon tilasto.
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio H., Liitsola, K. & Salminen, M. (2008). Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapistetöiminnan onnistumisen edellytyksinä. Poikkeittieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Correlation Network (2007). Outreach work among marginalised populations in Europe. Guidelines on providing integrated outreach services. <http://www.correlation-net.org/products/outreach.pdf> [15.7.2008]
- Correlation Network (2008). Peer training in a multicultural environment. Snowball and individual training at the Vinkki Health Advice Centre in Helsinki during 2005-2006. <http://www.correlation-net.org/products/snowball.pdf> [15.7.2008]
- Duodecim (2006). Käypä hoito suositus huumeongelmaisten hoitoon (2006). Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja päihdelääketieteen yhdistys. *Duodecim* 122 (5), 596–614. Ks. myös [Http://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50041.pdf](http://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50041.pdf)
- Erkkilä, E. & Stenius-Ayoade, A. (2009). Asunnottomat vastaanottoyksiköissä. Asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalinen tilanne ja terveydentila pääkaupunkiseudulla. Socca - Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus. Työpapereita 2009:2. Helsinki: Socca. [http://www.socca.fi/aineistot/Asunnottomat\\_vastaanottoyksikoissa.pdf](http://www.socca.fi/aineistot/Asunnottomat_vastaanottoyksikoissa.pdf)
- 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: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hakkarainen, P. (1992). Suomalainen huumeekysymys. Huumeaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja* 42. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö.
- Hakkarainen, P., Kainulainen, H. & Perälä, J. (2006). Suomen kannabismarkkinat - paljonko pilveä palaa? *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (6), 583–595.
- Hakkarainen, P., Kainulainen, H. & Perälä, J. (2009). Measuring the Cannabis Market in Finland – A Consumption-Based Estimate. *Contemporary Drug Problems*. 35 (2-3).
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2003). Huumeiden käytön uusi sukupolvi. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (3), 244–256.
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2007). Huumeekysymyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumeekyselyn tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 541–552.
- Halmesmäki, S., Kahila, H., Keski-Kohtamäki, R., Iisakka, T., Bäckmark-Lindqvist, G. & Haukkaa, M. (2007). Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito. Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. *Suomen Lääkärilehti* 62 (11), 1151–1154.
- Harju-Koskelin, O. (2007). Kuntoutuuko korvaushoidossa? OHJAT-projektin seuranta tutkimus. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 37/2007. Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaala.
- Hein, R. & Salomaa, J. (1998). Päihteiden käytön haittakustannukset Suomessa vuosina 1994–1995. *Alkoholi ja huumeet. Tilastoraportti* 4/1998. Helsinki: Stakes.

- Heiskanen, M. & Korke, L. (2008). Ympäri vuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon sekä korvaushoidon saatavuus heinäkuussa 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön raportti 21.7.2008 (julkaisematon).
- Helakorpi, S., Paavola, M., Prättälä, R. & Uutela, A. (2009). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Raportti 2/2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/dcb684e6-d94f-4724-96d1-9f382492ac54> [8.7.2009]
- Hietaranta, M. (2009). Huumehoitoyksiköiden aiheuttamat pelot lähiasukkaiden keskuudessa. Tapausesimerkinä Munkkisaarenkadun yksiköt Helsingissä. Yhdyskuntasuunnittelu 47 (1), 8-23.
- Huhtanen, P. (2008). Erillisajo Stakesin vuoden 2007 päihdetapauslaskennasta.
- Huhtanen, P., Hokka, P. & Mäkelä, P. (2009). Juomatapatutkimus 2008: Aineistokuvaus. Avauksia 16/2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a8b2883f-5a53-471d-97a1-0d7e6b3b8aeb> [8.7.2009]
- Kainulainen, H. (2006). Seuraamuskäytäntö huumausaineen käyttörikkoksessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 219. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2007)(toim.). Rangaistuskäytäntö törkeissä huumausainerikoksissa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 79. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2009): Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 245. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kaivola, T., Kylmä, J., Kivelä, J. & Ristola, M. (2007). Pistoshuumeita käyttäneiden hiv-positiivisten naisten suhde seksiin, huumeisiin ja hiv-infektioon - Laadullinen haastattelututkimus. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja D työpapereita 43. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kekki, T. (2009). Huumeet ja rikostorjunta. Poliisien käsitykset huumeriikkisuuden ja poliisitoiminnan muutoksista. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 76/2009. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.
- Kekki, T. & Kajander, P. (2008). Päihdestrategia työnohjaajana. Toimijoiden kokemuksia kirjoitusprosessista ja strategian toimeenpanosta. Työpapereita 20/2008. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T20-2008-VERKKO.pdf> [18.8.2008]
- Kekki, T. & Noponen, T. (2008). Huumeet ja rikollisuuden kasaantuminen tapariikkisuuden. Nuorisotutkimus 26 (1), 3–17.
- Kekki, T. & Partanen, A. (2008). Päihdepalvelujen seudullinen kehitys 2008. Stakesin työpapereita 38/2008. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/tyopapereita08/VT38-2008.htm>
- Kekoni, T. (2007). Kannabiksen käyttö, yhteiskunnallinen reagointi ja siihen vastaaminen. Kannabisaktivistien näkökulma. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1281. Tampere: Tampereen yliopisto. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7151-3.pdf> [24.8.2008]
- Kekoni T. (2008a). Kannabiksen käyttö, yhteiskunnallinen reagointi ja siihen vastaaminen. Yhteiskuntapolitiikka 73 (3), 335–338.
- Kekoni, T. (2008b). Cannabis users and their relation to Finnish society. Teoksessa: A cannabis reader: global issues and local experiences. EMCDDA Monographs 8, volume II. Lisbon: EMCDDA, 99–110. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index53347EN.html> [24.8.2008]
- Kinnunen, A. (2008). Kriminaalipolitiikan paradoksi. Tutkimuksia huumausaineriikkisuudesta ja sen kontrollista Suomessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 233. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Ks. <http://www.optula.om.fi/uploads/5x9a33ss.pdf> [1.10.2009]
- Kinnunen, A., Perälä, R. & Tuttavainen-Levanoja, T. (2005). Poliisin huumevalvontaprojekti pääkaupunkiseudulla. Seurantatutkimus. Poliisiammattikorkeakoulun tutkimuksia 20. Espoo: Poliisiammattikorkeakoulu.
- Kivelä, P., Krol, A., Partanen, A. & Ristola, M. (2009). High prevalence of unprotected sex among Finnish HIV-positive and HIV-negative injecting drug users. Scandinavian Journal of Public Health 37 (4), 381–386.
- Kivelä, P., Krol, A., Simola, S., Vaattovaara, M., Tuomola, P., Brummer-Korvenkontio, H. & Ristola, M. (2007a). Pääkaupunkiseudun huumeidenkäyttäjien HIV-epidemia. Sosiaalisesti ja

- alueellisesti syrjäytyneiden ongelma. [HIV outbreak among injecting drug users in the Helsinki region: social and geographical pockets.] Suomen Lääkärilehti 62 (17), 1723–1726.
- Kivelä, P., Krol, A., Simola, S., Vaattovaara, M., Tuomola, P., Brummer-Korvenkontio, H. & Ristola, M. (2007b). HIV outbreak among injecting drug users in the Helsinki region: social and geographical pockets. *European Journal of Public Health* 17 (4), 381–286.
- Koivisto, M-V. (2007). Mihin opiaattiriippuvaisten korvaushoidolla pyritään. Opiaattiriippuvaisten korvaushoidon tarkastelua suomalaisen huume politiikan käytännön työntekijöiden ja potilaiden näkökulmasta. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisusarja 38/2007. Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaala.
- Korhonen, S. (2007). Ympäri vuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon sekä korvaushoidon saatavuus elokuussa 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön raportti 17.8.2007 (julkaisematon).
- 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.
- Koskinen, T. (1997). Helsingin huumeet 1966–1996. Poliisin oppikirjasarja, Helsinki: Edita.
- Kotovirta, E (2009). Huumeriippuvuudesta toipuminen nimettömien narkomaanien toveri-seurassa. Tutkimuksia 10. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Jyväskylä 2009. Ks. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1b2e240e-e5d2-4c58-b879-9889407028f8> [1.10.2009]
- KRITS (Kriminaalihuollon tukisäätiö) (2009a). Siististi siviiliin - Matalan kynnyksen terveysneuvonnan käynnistyminen vankiloissa. TERVE-projektin loppuraportti. [http://www.krits.fi/HANKKEET/TERVE/Terve\\_LOPPURARORTTI\\_040609.pdf](http://www.krits.fi/HANKKEET/TERVE/Terve_LOPPURARORTTI_040609.pdf) [9.7.2009]
- KRITS (Kriminaalihuollon tukisäätiö) (2009a). Sijoitus ohjattuun asumiseen -hanke (2007–2010). Hankkeen internet-sivut. <http://www.krits.fi/HANKESIVUT/sijoitussivu.shtml> [31.8.2009]
- KRP (Keskusrikospoliisi) (2007). Rahanpesurikokset oikeuskäytännössä IV. Rahanpesun selvittelykeskus. [http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/files/Rahanpesurikokset%20oikeuskäytännössä%20IV/\\$file/Rahanpesurikokset%20oikeuskäytännössä%20IV.pdf](http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/files/Rahanpesurikokset%20oikeuskäytännössä%20IV/$file/Rahanpesurikokset%20oikeuskäytännössä%20IV.pdf) [18.8.2009].
- KRP (Keskusrikospoliisi) (2007): Rikostietopalvelun julkaisematon tiedoksianto.
- KRP (Keskusrikospoliisi) (2009). Keskusrikospoliisin huumausainerikollisuutta koskevat julkaisemattomat tilannekatsaukset 2008 sekä keskusrikospoliisin antamat lisätiedot
- Malin, K., Holopainen, A. & Tourunen, J. (2006). ”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”. Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (3), 297–305.
- Malin-Kaartinen, K., Martinen, K., Puro, P. & Viljanen, M. (2008). Linkki-projekti - Huumehaittojen vähentäminen vertaisryhmätoimintana Helsingin terveysneuvontapiste Vinkissä vuosina 2004–2008. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 54. Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Malin-Kaartinen, K. & Rönkä, S. (2008). Harva terveysasema vaihtaa huumeiden käyttäjille neuvoja ja ruiskuja. *Dialogi* 7/2008, 46–47.
- Meririnne, E., Henriksson, M., Mykkänen, S., Lillsunde, P., Kuoppasalmi, K., Lerssi, L., Laaksonen, I. & Lehtomäki, K. (2007). Työpaikan huume testaus puolustusvoimissa 2002–2005. *Suomen Lääkärilehti* 62 (14–15), 1540–1541.
- Metso, L. (2009). Erillisajo juomatapatutkimuksen aineistosta [1.7.2009]
- Metso, L., Ahlström, S., Huhtanen, P., Leppänen, M. & Pietilä, E. (2009). Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007. ESPAD-tutkimuksen tulokset. Raportteja 6. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1bdd2d77-b36d-499c-b8dedd714abf80d8>
- Mikkonen, A., Niemelä, S., Koivumäki, V., Heinisuo, A-M. & Salokangas R. (2008). Joustava opioidikorvaushoito vastaa lisääntyvään hoidontarpeeseen. *Suomen Lääkärilehti* 63 (23), 2161–2165.
- Mohell, Ulla (2009). Valvottu koevapaus. Artikkelit internet-portaalissa Portti vapauteen. [http://www.porttivapauteen.fi/yhteiset/tietopankki/tietoa\\_rikollisuudesta\\_ja\\_seuraamuksista/valvottu\\_koevapaus/?id=396](http://www.porttivapauteen.fi/yhteiset/tietopankki/tietoa_rikollisuudesta_ja_seuraamuksista/valvottu_koevapaus/?id=396) [31.8.2009]
- Mäkitalo, O. (2008). Huumevalistus ja sen muunnelmat. Opettajien käsityksiä ehkäisevään huume työhön suuntautuneesta kolokasvatuksesta ja opetuksesta. *E Scientiae Rerum Socialium* 101. Acta Universitatis Ouluensis. Oulu: Oulun yliopisto.

- Niemelä, P. (2008). Kaksoisdiagnoosiprojektien arviointi. Avustustoiminnan raportteja 18. Helsinki: Raha-automaattiyhdistys. [http://www.ray.fi/avustustoiminta/aineistopankki/pdf\\_doc\\_arviointi/pdf/RAY\\_raportti\\_18.pdf](http://www.ray.fi/avustustoiminta/aineistopankki/pdf_doc_arviointi/pdf/RAY_raportti_18.pdf) [11.9.2009]
- Niemelä, S. (2008). Predictors and Correlates of Substance Use among Young Men. The Longitudinal "From a Boy to a Man" Birth Cohort Study. Turku: Turun yliopisto. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/37680/D803.pdf?sequence=1> [5.9.2008]
- Nuorvala Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. (2008a). Päihdeasiakkaat entistä vanhempia. *Dialogi* 3/2008, 39–40.
- Nuorvala Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. (2008b). Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (2008):6, 659–670.
- Oikeuslääketieteen laitos (2008). Helsingin yliopisto. Julkaisematon tiedonanto 15.7.2008.
- 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.
- OPM (Opetusministeriö) (2007a). Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17. Helsinki: OPM. <http://www.minedu.fi/opencms/opencms/handle/404?exporturi=/export/sites/default/OPM/Julkaissut/2007/liitteet/tr17.pdf&lang=fi> [26.8.2008]
- OPM (Opetusministeriö) (2007b). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelma 2007–2011. [http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittamissuunnitelma/liitteet/lapsi\\_ja\\_nuorisopolitiikan\\_kehittamissuunnitelma.pdf](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittamissuunnitelma/liitteet/lapsi_ja_nuorisopolitiikan_kehittamissuunnitelma.pdf) [26.8.2008]
- Partanen, J. & Metso, L. (1999). Suomen toinen huumeaalto. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (2), 143–149.
- 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, P., 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, T., Vikatmaa, P., Vuola, J., Lepäntalo, M. & Tukiainen E. (2008). Laskimon sisäisinä käytetyt tabletit aiheuttavat vakavia vaurioita. *Suomen Lääkärilehti* 23 (63), 2131–2136.
- Perälä, J. (2009). Miksi lehmät pitää tappaa? Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huume-markkinoista Helsingissä. Julkaisematon käsikirjoitus.
- 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](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b05.pdf) [28.8.2008]
- Pirkola, S., Heikman, P., Vormaa, H. & Turtiainen, S. (2007a). Opioidikorvaushoito päihdepsykiatriassa. *Duodecim* 123 (16), 1973–81.
- Preventiimi (2009). Osaamiskeskuksen verkkosivut. <http://www.preventiimi.fi/> [15.9.2009]
- Päihdelinkki (2008a). Päihdelinkin kävijäkysely 1.11.–31.12.2007. <http://www.paihdelinkki.fi/kavijakysely>. [21.8.2009]
- Päihdelinkin (2008b). Sauna-keskustelualueen kävijäkysely 2008. <http://www.paihdelinkki.fi/kavijoille/saunasta-saadaan-tietoa-paihteista-ja-niiden-riskeista> [21.8.2009]
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2007. Alkoholi ja huumeet. SVT/Sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2008. Alkoholi ja huumeet. SVT/Sosiaaliturva. Helsinki: Stakes. Ks. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/paihde/Paihdetilastollinen2008.pdf> [1.10.2009]
- YAD (Youth Against Drugs) (2008). Rave Against Drugs-hankkeen loppuraportti 2008. Ks. <http://www.yad.fi/hallinta/dataFiles/yleiset/RAD.pdf>.
- Rikosseuraamusvirasto (2008). Rikosseuraamusalan vuosikertomus 2007. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/43194.htm> [17.7.2008]
- Rikosseuraamusvirasto (2009a). Rikosseuraamusalan vuosikertomus 2008. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/6ebuqjg.pdf> [9.7.2009]
- Rikosseuraamusvirasto (2009b). Vangit aluevankiloittain ja vankiloittain 1.5.2009. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/43194.htm> [9.7.2009]
- Rikosseuraamusvirasto (2009c). Julkaisemattomat tilastot ja tiedonannot.

- Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L. & Rimpelä, M. (2007). Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:63. Helsinki: STM. [http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/12/pr1199952237938/passthru.pdf?bcsi\\_scan\\_9DB683D1C1078018=p+aWz3b6HljXAtSRlxJfFBof8wCAAAAYnwqAA==&bcsi\\_scan\\_filename=passthru.pdf](http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/12/pr1199952237938/passthru.pdf?bcsi_scan_9DB683D1C1078018=p+aWz3b6HljXAtSRlxJfFBof8wCAAAAYnwqAA==&bcsi_scan_filename=passthru.pdf) [4.9.2008]
- Ruuth, P. & Väänänen, T. (2009). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 14/2009. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr14\\_09.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr14_09.pdf) [1.10.2009]
- Rönkä, S. & Virtanen, A. (toim.) (2008). Huumetilanne Suomessa 2008. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntauukset ja erityisteemat huumeista. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Helsinki: Stakes.
- Ruisniemi, A. (2006). Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Acta Universitatis Tamperensis 1150. Tampere: Tampereen yliopisto. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6619-5.pdf> [4.9.2008]
- Saarnio, P. & Knuutila, V. (2008). Readiness to Change Profiles in Two Different Groups of Alcohol/Other Drug Abusers in the United States and Finland. Alcoholism Treatment Quarterly 26 (3) 2008, 333-346.
- Salomaa, Jukka (1996). Huumausaineiden aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 1994. Aiheita 35/1996. Helsinki: Stakes.
- Santala, J. (2008). Asiakaslähtöinen toimintatapa huumeiden käyttäjien yhteisöllisessä kuntoutuksessa. Janus 16 (2) 2008, 146-160.
- 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.
- SM (Sisäasiainministeriö) (2007). Huumausaine- 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/$file/6-2007.pdf) [7.9.2008]
- SM (2009). Sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpano. Väkiraportti 1/2009. Sisäasiainministeriön julkaisuja 15/2009. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/152009/\\$file/152009.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/152009/$file/152009.pdf) [3.7.2009]
- Sormunen, J. (2007). Miten suomalaiset suhtautuvat huumeisiin ja huumeiden väärinkäyttäjiin? Mielikuvatutkimuksen tulokset. Julkaisematon esitelmä lehdistötilaisuudessa 28.2.2007. Päihdelääketieteen yhdistys ry. yhteistyössä Schreering-Plough Oy:n kanssa.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja. SVT/Sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.
- 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> [4.9.2006]
- Stengård, E., Appelqvist-Schmidlechner, K., Upanne, M., Parkkola, K. & Henriksson, M. (2008). Time Out! Aikalisä! Elämä raiteillaan. Varusmies- ja siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneiden miesten elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi. Stakesin raportteja 18/2008. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R18-2008-VERKKO.pdf> [15.9.2008]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2001). Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: STM. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf> [2.9.2008]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2002). Päihdepalvelujen laatusuosituksen. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: STM. <http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>. [2.9.2008]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2003): Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipoliittikan linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2003:6. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4034.pdf&title=Valtioneuvoston\\_periaatepaatos\\_alkoholipoliittikan\\_linjauksista\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4034.pdf&title=Valtioneuvoston_periaatepaatos_alkoholipoliittikan_linjauksista_fi.pdf) [17.8.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2007). Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma 2004-2007. Hallituskauden loppuraportti (12.3.2007). <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/paihde/huume/huumausainepoliittikka.htx> [2.9.2008]

- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. STM:n julkaisuja 2008:6. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htx> [2.9.2008]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008b). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opoidiriippuvaisten vieroitus-, korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. Muistio 11.1.2008 (julkaisematon).
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009a). 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?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf) [3.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009b). Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen –työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7006.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7006.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](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884#fi) [6.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009d). Huumaussainepoliitiikan kertomus vuodelta 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:21. Ks. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10083.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10083.pdf) [1.10.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009e). Opioidiriippuvaisten korvaushoitotilanne Suomessa. Lääninhallitusten selvitysten yhteenveto, 20.2.2009.
- Suoninen, E. & Virokannas, E. (2008). Juvenile and Drugs. Fascination of contesting identities. *Young* 16 (1), 47-65.
- Tammi, T. (2007). Medicalising Prohibition, Haittojen vähentäminen in Finnish and International Drug Policy. Research Report 161. Helsinki: Stakes.
- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2006). Järjestöjen huumaussainehjelma 2006–2008. <http://www.tekry.fi/timage.php?i=60&f=3&name=huumeohjelma.pdf> [7.7.2009]
- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2009). Terveyden edistämisen keskuksen Ehkäisevän päihdetyön materiaalit -portaali. <http://ep-materiaalit.dav.fi/?i=400&p=1&l=35&s=1&v=400> [21.8.2009]
- Tella, S. & Opari, P. (toim.) (2009). Järjestöt huumetyötä kehittämässä. Järjestöjen huumaussainehjelma 2006–2008. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2009. [http://www.tekry.fi/timage.php?i=100865&f=1&name=jarjestot\\_huumetyota\\_kehittamassa.pdf](http://www.tekry.fi/timage.php?i=100865&f=1&name=jarjestot_huumetyota_kehittamassa.pdf) [7.7.2008]
- THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) (2009a). Alkoholiohjelma 2008–2011. <http://info.stakes.fi/alkoholiohjelma/FI/index.htm> [6.7.2009]
- THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) (2009b). Tartuntataudit Suomessa 2008. Raportti 10. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/6223766dea1a-4a85-af48-339920ea9bb6> [22.9.2009]
- THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) (2009c). Huumelaboratorion julkaisemattomat tilastot.
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Föhr, J., Tuomola, P., Kuikanmäki, O., Vorma, H., Sokero, P., Hauka, U., & Meririnne, E. (2007). A comparison of Arpiprazole, Methylphenidate, and Placebo for Amphetamine dependence. *The American Journal of Psychiatry* 164 (1), 160–162.
- Tilastokeskus (2009). Laskettu Tilastokeskuksen StatFin- tai ALTIKA-tietokantojen luvuista.
- Tulli (2009). Julkaisemattomat tilannekatsaukset. [http://www.tulli.fi/fi/04\\_Julkaisut/09\\_Tullirikostorjunta/090trt2006/Rikostied06\\_netti.pdf](http://www.tulli.fi/fi/04_Julkaisut/09_Tullirikostorjunta/090trt2006/Rikostied06_netti.pdf) [10.9.2008]
- Törmä, S. 2009. Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys. Akateeminen väitöskirja, Helsingin yliopiston valtiotieteellinen tiedekunta, yhteiskuntapolitiikan laitos. Sosiaalikehys Oy, Julkaisuja 1/2009. Offset Kolmio, Hämeenlinna.
- Törmä, S. & Huotari, K. (2005). Sateisten teiden kulkijoita. Huono-osaisimmat päihteiden sekäkäyttäjät avun tarvitsijoina ja asiakkaina. Helsinki: Sosiaalikehys Oy & Helsingin Diaconissalaitos.
- Utriainen, T. & Hakonen, K. (1985). Huumaussainerikokset. Mänttä: Suomen lakimiesliiton kustannus.
- Valtioneuvosto (2007a). Valtioneuvoston periaatepäätös huumaussainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011. 8.11.2007. <http://www.vn.fi/toiminta/periaatepaatokset/periaatepaatos/fi.jsp?oid=210089> [15.11.2007]

- Valtioneuvosto (2007b). Terveiden 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. [http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelman-sisaeltoe/HPO\\_Lapset\\_HSA2007.pdf](http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelman-sisaeltoe/HPO_Lapset_HSA2007.pdf) [10.9.2008]
- Valtioneuvosto (2008). Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 8.5.2007. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/STO%20080508/\\$file/STO%20080508.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/STO%20080508/$file/STO%20080508.pdf) [10.9.2008]
- Virtanen, A. (toim.) (2004). Huuhausainetilanne Suomessa 2003. EMCDDA-seurantaraportti. Suomen huuhausainetilanteiden seurantakeskus. Tilastoraportti 1/2004. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/Huuhausainetilanne2003.pdf> [12.15.2008]
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2002). Seuraamuksen määrääminen huuhausaineen käyttörikoksesta. Ohje 2002:3. <http://www.vksv.oikeus.fi/15368.htm> [3.8.2006]
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2006). Seuraamuksen määrääminen huuhausaineen käyttörikoksesta. Ohje 2006:1. <http://www.vksv.oikeus.fi/Etusivu/VKSnmaarayksetjaohjeet/Huuhausainerikokset/VKS20061Seuraamuksenmaaraaminenhuuhausaineenkayttorikoksesta> [15.4.2007]
- VKSV (Valtakunnansyyttäjänvirasto) (2009). Julkaisematon tiedonanto 17.6.2009.
- Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen S. & Katila H. (2005). Opioidikorvaushoito tehoa - Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. Suomen Lääkärilehti 60 (9), 1013–1016.
- Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. (2009). Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005–2007. Suomen Lääkärilehti 64 (39), 3187–3195.
- Weckroth, A. (2007a). Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 72 (4), 426–436.
- Wilskman, K., Ståhl, T. Muuranen, S. & Perttilä, K. (2008). Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselyistä 2007. Stakesin työpapereita 16/2008. Helsinki: Stakes <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T16-2008-VERKKO.pdf> [10.9.2008]
- Wennberg, M., Oosi, O., Alavuotunki, K., & Soikkeli, M. (2007). RAY:n avustaman ehkäisevän päihdetyön nykytilan arviointi. Yleisestä tiedon jakamisesta vuorovaikutukseen ja kokemuksellisuuteen. Avustustoiminnan raportteja 17. Helsinki: RAY. [http://www.ray.fi/avustustoiminta/aineistopankki/pdf\\_doc\\_arviointi/pdf/RAYraportti17.pdf](http://www.ray.fi/avustustoiminta/aineistopankki/pdf_doc_arviointi/pdf/RAYraportti17.pdf) [16.7.2007]



## 14 Taulukot ja kuvat

Taulukko 1.	Huumeiden käytön haittakustannukset valtiolle 2007 (miljoonaa euroa) .....	31
Taulukko 2.	Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2006 ja 2007, milj. euroa .....	33
Taulukko 3.	Kannabista kokeilleiden elinikäis- ja vuosiprevalenssit ikäryhmittäin 1992–2008, %.....	39
Taulukko 4.	Huumeiden käyttö varusmiespalvelukseen osallistuneiden ja sen ulkopuolelle jääneiden keskuudessa 2004–2005 .....	45
Taulukko 5.	Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998–2005.....	55
Taulukko 6.	Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2008, %.....	60
Taulukko 7.	Ensisijaisen päihteen kanssa käytetyt 2. ja 3. oheispähteet vuonna 2008, % .....	61
Taulukko 8.	Päihdepalvelujen organisointitavat palvelujärjestelmän kannalta.....	64
Taulukko 9.	Hepatiitti C lääkärien ilmoitusten mukaan tartuntatavoittain, 1998–2008*).....	83
Taulukko 10.	Huumesairauksien hoitojaksot 1999–2008, Huumesairaus pääsairautena.....	88
Taulukko 11.	Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2000–2007. ....	95
Taulukko 12.	Poliisin ja tullin tietoon tulleet huumausainerikosilmoitukset vuosina 2000–2008 .....	107
Taulukko 13.	Poliisin ja tullin vuosina 2001–2008 takavarikoiduiksi kirjaamat huumausaine-erät (kg).....	119
Taulukko 14.	Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 1998–2008*.....	120

Kuvio 1.	Aikuisväestön mielipiteet huumeiden käytöstä 2001–2007. ....	34
	Lähde: Piispa et al. 2008.	
Kuvio 2.	Tuntee vähintään yhden henkilön, joka on kokeillut huumeita vuoden aikana, % .....	40
	Lähde: Piispa ym. 2008, Helakorpi ym. 2009.	
Kuvio 3.	14–18-vuotiaiden sosiaalinen altistuminen huumeille (%, ikä vakioituna).....	42
	Lähde: Rimpelä A. et al. 2007.	
Kuvio 4.	Päihdetapaukset sosiaali- ja terveydenhuollossa 1999–2007.....	79
	Lähde: Huhtanen 2008.	
Kuvio 5.	Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa 1996–2007 .....	80
	Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008.	
Kuvio 6.	Huumausainediagnoosien kanssa yhdessä esiintyvät mielenterveyden häiriöiden diagnoosit sairaaloiden hoitoilmoitusten mukaan vuosina 1987–2008. ....	89
	Lähde: Hoitoilmoitusrekisteri, STAKES.	
Kuvio 7.	Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja huumausainelöydösten perusteella 1997–2007.....	91
	Lähde: Tilastokeskus; Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos	