

Hannele Tanhua
Ari Virtanen
Ulla Knuuti
Anna Leppo
Elina Kotovirta

Huumetilanne Suomessa 2011

RAPORTTI



RAPORTTI 62/2011

Hannele Tanhua, Ari Virtanen, Ulla Knuuti, Anna Leppo, Elina Kotovirta

Huumetilanne Suomessa 2011



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

© Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja EMCDDA

Taitto: Juvenes Print

ISBN 978-952-245-550-5 (painettu)

ISBN 978-952-245-551-2 (verkko)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy
Tampere 2011

Esipuhe

Huumetilanne Suomessa 2011 on kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen huumevuosiraportti. Raportti koostuu kahdesta osasta. Osassa A tarkastellaan viimeisin kehitystä ja tuoreinta tutkimustietoa pääpainon ollessa vuodessa 2010 ja alkuvuodessa 2011.

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

Osassa B käsitellään huumeita koskevia erityisteemoja, joita tänä vuonna ovat huumeisiin liittyvät terveyshaitat ja terveyspalvelut vankilassa ja alaikäisten lasten vanhempien ja raskaana olevien naisten huumausaineiden ongelmakäyttö.

Erityisasiantuntija Ulla Knuuti (Rikosseuraamuslaitos) on kirjoittanut luvun 11 huumeisiin liittyvistä terveyshaitoista ja terveyspalveluista vankilassa. Tutkija Anna Leppo (Helsingin Yliopisto) ja erikoissuunnittelija Elina Kotovirta (THL) ovat kirjoittaneet luvun 12 alaikäisten lasten vanhempien ja raskaana olevien naisten huumausaineiden ongelmakäytöstä.

Raportin ovat toimittaneet ja muut luvut kirjoittaneet Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen sijoitetun kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen erikoissuunnittelijat Hannele Tanhua ja Ari Virtanen. Tutkijat Sarianna Wilppula (KRP) ja Heini Kainulainen (Optula) ovat olleet suureksi avuksi lukujen 9 ja 10 muokkauksessa.

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

Raportti on saatavana sekä suomenkielisenä painotuotteena ja verkkojulkaisuna että englanninkielisenä verkkojulkaisuna.

Huumetilanne Suomessa 2011 on yksi Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (EMCDDA) koordinoiman huumeitoverkoston (REITOX) kansallisista vuosiraporteista, joiden pohjalta tuotetaan EMCDDA:n vuosiraportti Huumeongelma Euroopassa.

Helsingissä, marraskuussa 2011

Hannele Tanhua
erikoissuunnittelija

Ari Virtanen
erikoissuunnittelija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
PL 30, 00271 Helsinki
Puh. 020 610 7369, Fax. 020 610 7497
S-posti: etunimi.sukunimi@thl.fi
<http://www.thl.fi>

Tiivistelmä

Hannele Tanhua, Ari Virtanen, Ulla Knuuti, Anna Leppo, Elina Kotovirta. Huumetilanne Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 62/2011. 174 sivua. Helsinki 2011.

ISSN 1798-0070 (painettu); ISSN 1798-0070 (pdf)

Huumausaineiden käyttö ja niihin liittyvät ongelmat ovat pysyneet Suomessa viime vuodet melko vakaalla tasolla. Viimeisimmän arvion mukaan vuodelta 2005 huumausaineiden ongelmakäyttäjää arvioitiin olevan 0,6–0,7 % maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. Lähes neljä viidestä ongelmakäyttäjistä oli amfetamiinin käyttäjiä. Miesten osuus huumeidenkäyttäjistä oli lähes 80 %. Uutena haasteena on terveydelle vaarallisten aineiden eli niin sanottujen muuntohuumeiden yleistymisen. Uudistetun huumausainelain myötä niiden kieltäminen on kuitenkin huomattavasti helpompaa ja nopeampaa kuin aikaisemmin.

Uusimmat tiedot vuodelta 2010 osoittavat kannabiskokeilujen ja kannabiksen kotikasvatuksen lisääntyneen. Eniten käyttöä esiintyi 15–34-vuotiaiden keskuudessa. Noin 17 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista ilmoitti kokeilleensa joskus kannabista, viimeisen vuoden aikana noin 4 prosenttia. Miehet kokeilevat hieman useammin kuin naiset.

Suomalaiselle huumausaineiden ongelmakäytölle tyypillistä on alkoholin vahva asema oheispäihteenä, ruiskuhuumeidenkäyttäjien buprenorfiinin käyttö ja samanaikaiset mielenterveyden häiriöt. Huumehoitoon hakeutuessa ilmoitetaan lääkeaineopioideit yhä useammin eniten ongelmia aiheuttavaksi päihteiksi. Korvaushoidossa arvioitiin vuonna 2010 olevan 1 800 henkilöä. Ilmoitettujen tietojen perusteella huumehoitoa annetaan noin 13 000 henkilölle. Huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2010 tulosten mukaan päihdehuollon huumeasiakkaiden keski-ikä oli 30 vuotta. Ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä yli puolella olivat opiaatit. Noin kymmenesosa hakeutui hoitoon stimulanttien, kannabiksen tai alkoholin takia. Kuusi prosenttia hakeutui hoitoon lääkkeitten takia. Buprenorfiinin osuus hoitoon hakeutuneiden päähuumeena on lisääntynyt 2000-luvulla kaikkein voimakkaimmin ja buprenorfiini onkin päähuumeena jo kolmanneksella huumeasiakkaista. Asiantuntijat ovat kiinnittäneet huomiota siihen, että päihdeongelmallisille perheille ja raskaana oleville naisille suunnatun vapaaehtoisuuteen nojaavan hoitojärjestelmän taloudelliset toimintaedellytykset ovat viime vuosina huonontuneet ja hoitopaikkoja on jopa jouduttu lakkauttamaan, minkä seurauksena hoitoon pääsy on entistä hankalampaa.

Huumeiden käytön aiheuttamien haittojen vähentämisessä on erityisesti onnistuttu tartuntatautien ehkäisyssä. Ruiskuhuumevälitteisten hiv-tartuntojen ja C-hepatiittitaipauksen määrät ovat selvästi vähentyneet. Tartuntatautien ehkäisemiseksi olennaista on

ollut terveysneuvontapisteiden toiminta, johon kuuluu esimerkiksi käytettyjen neulojen ja ruiskujen vaihto. Keskeisimpiä sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteitä huumausaineiden käytön ja siihen liittyvien haittojen vähentämisessä ovat jatkossakin ehkäisevän työn ja varhaisen puuttumisen tehostaminen sekä huumausaineriippuvuuden hoitopalvelujen kehittäminen, hoidon tarjonnan lisääminen ja terveysneuvontatyön kattavuuden varmistaminen.

Muutamien viimeisten vuosien aikana tilastoitu huumausainerikollisuus on ollut jälleen nousussa. Vuonna 2010 kirjattiin lähes 20 000 huumausainerikosta, mikä on seitsemän prosenttia edellisvuotta enemmän. Yksi huumausainerikoksen määrän kasvua selittävä tekijä on kannabiksen kotikasvatuksen yleistyminen. Törkeitä huumausainerikoksia paljastettiin enemmän kuin aiemmin viimeisen kymmenen vuoden aikana kertaakaan. Huumausainerikollisuuden kansainvälistyminen on tuonut lisähaastetta etenkin törkeiden huumausainerikosten paljastamiseen ja esitutkintaan. Kansainvälisestä kehityksestä huolimatta Suomi ei kuitenkaan ole maailman huumekaupan tärkeimpiä kohteita syrjäisen sijaintinsa ja vähälukuisen väestöpohjansa takia. Huumausainetilanteeseen vaikuttaa myös poliisin korruptoitumattomuus ja yhteiskuntajärjestelmä, joka pyrkii järjestäytyneen rikollisuuden kitkemiseen.

Suomessa on 28 vankilaa, jotka ovat kooltaan, toimintakulttuuriltaan, rakenteiltaan ja perinteiltään varsin erilaisia. Huumausaineiden käyttäjien määrää vankiloissa ei tiedetä tarkasti, mutta vankiloiden huumemarkkinat ovat siviilin puolella toimiviin huumemarkkinoihin verrattuna pienet.

Asiasanat: huumaavat kipulääkkeet, huumausainerikokset, huumeet, huumehaitat, huumeiden käyttäjät, huume politiikka, huume tutkimus, ehkäisevä päihdetyö, julkiset menot, seuraamukset, päihdehaitat, päihdehoito, päihdekulttuuri, päihdekuntoutus, päihdeongelmat, päihdepalvelut, päihdetyö, päihdehuolto

Sammandrag

Hannele Tanhua, Ari Virtanen, Ulla Knuuti, Anna Leppo, Elina Kotovirta. Huumausainetilanne Suomessa 2011. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. [Narkotikasituationen i Finland 2011. Nationell årsrapport om narkotikaläget till EMCDDA]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 62/2011. 174 sidor. Helsingfors, Finland 2011. ISSN 1798-0070 (tryckt); ISSN 1798-0070 (pdf)

I Finland har droganvändningen och de därmed förknippade problemen hållits på en tämligen stabil nivå under de senaste åren. Enligt den senaste uppskattningen från 2005 var 0,6–0,7 procent av landets befolkning i åldern 15–55 år narkotikamissbrukare. Nästan fyra av fem missbrukare använde amfetamin. Andelen män av droganvändarna uppgick till nästan 80 procent. Att de hälsofarliga substanserna, de så kallade modifierade drogerna, har blivit vanligare utgör en ny utmaning. I och med den reformerade narkotikalagen går det dock betydligt lättare och snabbare än tidigare att förbjuda sådana.

De nyaste uppgifterna från 2010 visar att provandet på och hemmaodlingen av cannabis har ökat. Användningen var vanligast bland personer på 15–34 år. Av finländarna på 15–69 år uppgav cirka 17 procent att de hade provat på cannabis någon gång och 4 procent att de gjort det under det senaste året. Provandet är något vanligare hos män än kvinnor.

Det finländska narkotikamissbruket kännetecknas av alkoholens starka ställning som kompletterande rusmedel, konsumtion av buprenorfin bland dem som använder intravenösa droger och samtidigt psykiska störningar. De som uppsöker narkomanvård uppger allt oftare opioider för medicinskt bruk som de rusmedel som orsakar mest problem. Sammanlagt 1 800 personer uppskattades genomgå substitutionsbehandling år 2010. På basis av de uppgifter som anmälts ges cirka 13 000 personer narkomanvård. Enligt 2010 års resultat med stöd av informationssystemet för narkomanvården är genomsnittsåldern för de narkotikaberoende klienterna 30 år. Över hälften uppsökte vård på grund av opiater som primärt rusmedel. Cirka en tiondedel uppsökte vård på grund av stimulanter, cannabis eller alkohol. Sex procent uppsökte vård på grund av läkemedel. Bland dem som uppsökt vård har buprenorfinet som huvuddrog ökat allra mest på 2000-talet, och de facto är buprenorfin redan huvuddrog hos en tredjedel av de narkotikaberoende klienterna. Experterna har fäst uppmärksamhet vid att de ekonomiska verksamhetsförutsättningarna för det på frivillighet baserade vårdssystemet för familjer och gravida kvinnor med missbruksproblem har försämrats under de senaste åren och att man har varit tvungen att till och med dra in vårdplatser, vilket har lett till att det är allt svårare att få vård.

I fråga om reduceringen av skadorna till följd av droganvändning har i synnerhet förebyggandet av smittsamma sjukdomar utfallit väl. Hiv som överförs via

användningen av intravenösa droger har liksom antalet C-hepatitfall minskat tydligt. Hälsorådgivningarnas verksamhet, som omfattar till exempel utbyte av begagnade nålar och sprutor, har varit av väsentlig betydelse i förebyggandet av smittsamma sjukdomar. De viktigaste vård- och omsorgsåtgärderna för att minska droganvändningen och de därmed förknippade problemen kommer också framöver att vara en effektivisering av det förebyggande arbetet och det tidiga ingripandet samt utveckling av vårdtjänsterna vid narkotikaberoende, ökning av vårdutbudet och tryggande av hälsorådgivningsarbetets omfattning.

Under de senaste åren har den statistikförda narkotikabrottsligheten igen ökat. År 2010 registrerades nästan 20 000 narkotikabrott, vilket är sju procent mer än året innan. En faktor som förklarar det ökade antalet narkotikabrott är att hemmaodlingen av cannabis har blivit vanligare. Antalet avslöjade grova narkotikabrott var större än någonsin tidigare under de senaste tio åren. Narkotikabrottsligheten blir allt mer internationell, vilket har medfört ytterligare utmaningar framför allt i samband med avslöjandet av narkotikabrott och förundersökningen av sådana. Trots den internationella utvecklingen hör Finland på grund av sitt perifera läge och det fåtaliga befolkningsunderlaget inte till världens viktigaste objekt för narkotikahandeln. Narkotikasituationen påverkas också av korruptionsfriheten hos polisen och samhällssystemet, som arbetar för att utrota den organiserade brottsligheten.

I Finland finns 28 fängelser av mycket olika storlek och med mycket olika verksamhetskultur, strukturer och traditioner. Man känner inte exakt till antalet droganvändare i fängelserna, men narkotikamarknaden i fängelserna är liten jämfört med narkotikamarknaden i det civila.

Ämnesord: smärtstillande droger, narkotikabrott, narkotika, narkotikaskador, droganvändare, narkotikapolitik, narkotikaforskning, förebyggande missbruksarbete, offentliga utgifter, konsekvenser, rusmedelsskador, missbrukarvård, rusmedelskultur, missbrukarhabilitering, missbruksproblem, missbrukartjänster, missbruksarbete

Abstract

Hannele Tanhua, Ari Virtanen, Ulla Knuuti, Anna Leppo, Elina Kotovirta. Huu-
mausainetilanne Suomessa 2011. Kansallinen huumevuosisraportti EMCDDA:lle [Fin-
land – Drug Situation 2011]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report
62/2011. 174 pages. Helsinki, Finland 2011.
ISSN 1798-0070 (printed); ISSN 1798-0070 (pdf)

Drug use and drug-related problems have remained fairly stable in Finland over the past years. According to the most recent estimates, 0.6% to 0.7% of the population aged 15 to 55 are problem drug users. Nearly four fifths of problem drug users used amphetamines. The percentage of men was almost 80%. A new challenge is the increased popularity of new psychoactive substances, which pose a health hazard. However, with the revision of the Narcotics Act it is now much easier and quicker to ban any emerging substances.

The most recent data from 2010 show that cannabis experimentation and home growing of cannabis have increased. User percentages were highest in the age group 15 to 34. About 17% of Finns aged 15 to 69 reported that they had tried cannabis at some point in their lives, 4% within the past year. The percentage was slightly higher for men than for women.

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. Drug users seeking treatment increasingly name pharmaceutical opioids as their principal substance. Based on data from the 2009 drug use treatment coverage survey, drug use treatment was given to about 13,000 clients. The number of individuals attending substitution treatment in 2010 was estimated at 1,800. According to the 2010 data of the drug treatment information system, the mean age of drug treatment clients was 30 years. Opiates were the primary problem substance of more than half of the drug treatment clients of substance abuse services, followed by stimulants, cannabis and alcohol at about 10% each. Pharmaceuticals were the primary problem substance for 6% of the clients entering treatment. The percentage of buprenorphine as the primary substance of those entering treatment has increased the most in the 2000s, being now about one third. Experts have noted that the funding base for the voluntary treatment system aimed at pregnant women and families with substance abuse problems has deteriorated in recent years, to the point of treatment places being lost; it is therefore harder than ever to gain access to treatment.

The reduction of drug-related harm has been particularly successful in the area of communicable diseases. The number of cases of HIV and hepatitis C infections through intravenous drug use has decreased markedly. The health counselling centres, which among other things provide a needle and syringe exchange service, play a key role in

this. Major measures in social welfare and health care services to combat drug use and to reduce drug-related harm will continue to include enhancement of prevention and early intervention together with development of drug addiction treatment services, increased offering of treatment and better coverage of health counselling services.

In the past few years, documented drug-related crime has again been on the increase. In 2010, nearly 20,000 drug-related offences were recorded, an increase of 7% on the previous year. One of the factors explaining the increase in narcotics offences is that home growing of cannabis is becoming more popular. More cases of aggravated narcotics offences were uncovered than in any year in the past decade. The internationalisation of drug-related crime has brought added challenges particularly to the uncovering and pre-trial investigation of aggravated narcotics offences. However, despite these international trends Finland is not a prime target in the worldwide drug trade due to its remote location and relatively small population. Also, there is a very low level of corruption in the police, and society at large is geared towards rooting out organised crime.

There are 28 prisons in Finland, all very different in their size, operating culture, structures and traditions. The exact number of drug users in prisons is not known, but the drug market in prisons is small compared to the drug market on the outside.

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

Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä	5
Sammandrag	7
Abstract	9
Sisällys	11
A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET	15
1. Huuhausainelainsäädäntö ja -politiikka	16
1.1. Huuhausainelainsäädäntö	16
Uutta huuhausaineita koskevaa lainsäädäntöä	16
Huuhausaineiden määrittely	17
Huuhausainelaki	18
Ehkäisevää työtä koskeva lainsäädäntö	18
Palveluja ja haittojen vähentämistä koskeva lainsäädäntö	20
Rikoslaki	21
Seuraamuslainsäädäntö	22
Hallinnon organisointi ja sitä koskevat lainsäädäntöuudistukset vuosina 2009–2010.	22
1.2. Huuhausainepolitiikka	23
Huuhausainepolitiikan taustaa	23
Huuhausainepoliittinen koordinaatio	25
Huuhausainepoliittisen koordinaatioryhmän loppuraportti	25
1. Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen	25
2. Huuhausainerikollisuuden torjunta	26
3. Huuhausaineriippuvuuden hoito ja huumeongelman haittojen vähentäminen	28
4. Päihdeongelmien hoidon tehostaminen rikosseuraamusten yhteydessä	30
5. EU:n huuhausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö	30
6. Huuhausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus	31
1.3. Huuhausainepolitiikkaan vaikuttavat hallituksen ohjelmat ja työryhmät	31
1.4. Taloudelliset analyysit	34
Julkiset huumehaittakustannukset	34
Huumeisiin liittyvät yhteiskunnalliset haittakustannukset	37
2. Huumeiden kokeilu ja käyttö	39
2.1. Huumekokeilut Suomessa	39

2.2. Koululaisten huumeiden käyttö	45
2.3. Opiskelijoiden huumeidenkäyttö.	48
3. Ehkäisevä huumetyö	50
3.1. Yleistä ehkäisevästä päihdetyöstä Suomessa	50
3.2. Yleinen ehkäisevä päihdetyö	52
Nuorisotyö ja -politiikka	52
Yleinen ehkäisevä päihdetyö koulussa	53
3.3. Valikoiva ehkäisevä päihdetyö	54
3.4. Kohdennettu ehkäisevä päihdetyö.	55
3.5. Valtakunnalliset ja paikalliset mediakampanjat	56
4. Huumeiden ongelmakäyttö	57
4.1. Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella	57
4.2. Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan	59
4.3. Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan	62
5. Huumehoito	66
5.1. Huumehoidon strategia ja hoitojärjestelmät	67
Hoitojärjestelmä	67
Hoidon laatu	70
Hoitoon pääsy.	71
Hoitopalvelut	72
Matalan kynnyksen palvelut.	74
Korvaushoito.	75
Yhteisöllinen kuntoutus	77
Vertaistuki.	78
Uusi ja laajempi näkökulma kuntoutukseen	79
Päihdetyöntekijän rooli hoidossa.	80
5.2. Huumehoidon asiakaskunta.	82
5.3. Asiakastrendit päihde- ja huumehoidossa	84
Päihdetapauskanta.	84
Kattavuuskysely	86
6. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat.	88
6.1. Huumeisiin liittyvät tartuntataudit	88
Hiv	88
C-hepatiitti	89
B-hepatiitti	90
A-hepatiitti	90
Ruiskuhuumeiden käyttäjien hiv-epidemian kannan seurantatutkimus	91

6.2. Sairaaloiden huumehoitajaksot	92
6.3. Huumausainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus	93
Aikuisten tapaturmaiset kuolemat 1971–2008.	95
Pohjoismainen tutkimus vuoden 2007 huumekuolemista Suomen osalta . .	96
Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007	98
7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen.	100
7.1. Huumausaineista johtuvien ensiaputilanteiden ja huumeisiin liittyvien kuolemien vähentäminen	101
7.2. Huumeisiin liittyvien tartuntatautiin ehkäisy ja hoito	102
7.3. Huumehaittojen vähentäminen vertaisryhmätoimintana	103
7.4. Muiden huumeisiin liittyvien terveyshaittojen ehkäisy ja hoito	104
8. Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat ja niiden vähentäminen	106
8.1. Sosiaalinen syrjäytyminen ja huumeidenkäyttö	106
8.2. Sosiaalinen kuntoutus	107
Asunnottomuus ja pitkäaicasunnottomuuden vähentämishjelma	107
Nuorten yhteiskuntatakuu	108
Kulttuurista lisäarvoa huumeidenkäytön ehkäisyyn	109
Sosiaalinen huono-osaisuus tutkimuksen valossa.	109
9. Huumeisiin liittyvä rikollisuus, sen torjunta ja huumeiden käyttö vankiloissa .	111
9.1. Huumeisiin liittyvä rikollisuus	111
Huumausainerikokset	112
Huumausainetuomiot	114
Rattijuopumukset.	115
Muut huumeisiin liittyvät rikokset	116
Uudistukset	117
9.2. Huumerikollisuuden ehkäisy	117
Poliisitutkimus huumerikollisuuden ja poliisitoiminnan muutoksesta . . .	117
9.3. Vaihtoehtoiset seuraamukset	118
Hoitoonohjaus ja puhuttelu	118
Tutkimus huumeidenkäyttäjien rikosoikeudellisesta kontrollista Suomessa . .	121
10. Huumemarkkinat	122
10.1. Huumeiden saatavuus ja tarjonta	123
Maahantuonti ja huumemarkkinat	124
Huumelääkkeiden salakuljetus.	125
Huumevalmistamot	126
10.2. Huumausainetakavarikot	127
10.3. Huumausaineiden hinta ja laatu	132

B. ERITYISTEEMAT	133
11. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat ja terveyspalvelut vankilassa.	135
11.1. Vankilajärjestelmä ja vankiluku	135
Rikosseuraamuslaitoksen organisaatio ja päihdetyön linjaukset 2012–2016	135
Vankilatietojärjestelmä ja tutkimukset vankien päihteiden käytöstä	136
11.2. Rikosseuraamusalan terveydenhuoltoyksikön osallistuminen päihdetyöhön	138
11.3. Vankeusrangaistuksen aikainen huume kuntoutus ja päihdevalvonta	139
11.4. Palvelujen laatu	146
11.5. Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen	147
11.6. Keskustelu, metodologiset rajoitukset ja tietoaukot	148
12. Alaikäisten lasten vanhempien ja raskaana olevien naisten huumausaineiden ongelmakäyttö	149
12.1. Ongelman laajuus	149
12.2. Poliittinen ja lainsäädännöllinen toimintaympäristö	149
12.3. Hoito	151
Suomalainen äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmä	152
Esimerkkejä kuntien ja järjestöjen tarjoamista palveluista huumeita käyttäville raskaana oleville naisille ja pienten lasten perheille	152
Erikoissairaanhoidon HAL-poliklinikat, synnytyssairaalat ja sosiaalipediatria	152
Tampereen kaupungin Päiväperho	154
Ensi- ja turvakotien liiton Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä	154
Muita työmuotoja	155
Hoito tutkimuksen valossa	155
12.4. Nykytilanteen arviointia	158
Liite 1.	160
Lähteet	161
Taulukot ja kuvat	172

A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET

1. Huumausainelainsäädäntö ja -politiikka

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, tarjonnan rajoittaminen) konkretisoituvat lainsäädännön toteuttamisessa sekä strategioiden ja toimintaohjelmien toimeenpanossa.

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

1.1. Huumausainelainsäädäntö

Uutta huumausaineita koskevaa lainsäädäntöä

Vuosien 2010–2011 aikana valmisteltiin **kaksi uutta huumausainelainsäädännön muutosta**. Näillä pyritään kansallisesti valvomaan muuntohuumeita EU-lainsäädäntöä nopeammin. Ensin huumausainelakiin (373/2008) lisättiin runsaasti haittoja aiheuttanut MDPV (595/2010). Kesäkuussa 2011 tuli voimaan uudistettu huumausainelaki (373/2008). Sen mukaan Suomi voi jatkossa myös itse luokitella huumausaineiksi uusia päihteenä käytettäviä aineita eli niin sanottuja muuntohuumeita. Uuden lain myötä EU:n uusien aineiden varoitusjärjestelmään ilmoitettu aine voidaan terveysvaarojen arvioinnin jälkeen määritellä huumausaineeksi kansallisesti. Nykyisin voidaan valtioneuvoston asetuksella aiempaa nopeammin kieltää tällaisten aineiden valmistus, kauppa, hallussapito, käyttö ja maahantuonti. Lakimuutoksen myötä Suomi voi kansallisesti luokitella muuntohuumeiden lisäksi myös lääkeaineita huumausaineeksi, jos ne ovat farmakologisilta ominaisuuksiltaan rinnastettavissa huumausaineiksi.

Nuorisolakiin (72/2006) tehtiin vuonna 2010 muutoksia, jotka sivuavat myös huumeiden käytön ennaltaehkäisyä. Lakiin lisättiin pykälät paikallistason nuorten ohjaus- ja palveluverkostoa koskevasta monialaisesta yhteistyöstä ja etsivästä nuorisotyöstä. Monialaisessa yhteistyössä ovat mukana sekä kunnan että valtion viranomaiset. Etsivän nuorisotyön tehtävänä on tavoittaa tuen tarpeessa oleva nuori ja auttaa hänet sellaisten palvelujen ja muun tuen piiriin, joilla edistetään hänen kasvuaan ja itsenäistymistään sekä pääsyään koulutukseen ja työmarkkinoille. Laki tuli voimaan 1.1.2011 (693/2010).

Ammatillista koulutusta koskevaa lakia (630/1998), ammatillista aikuiskoulutusta koskevaa lakia (631/1998), ammattikorkeakoululakia (351/2003), yliopistolakia

(558/2009) ja rikosrekisterilakia (779/1993) muutettiin siten, että opiskelijaksi ottamisen esteitä tarkistettiin ja mahdollistettiin opiskeluoikeuden peruuttaminen tilanteissa, joissa se on turvallisuusnäkökohtien vuoksi perusteltua. Lakeihin lisättiin muun muassa säännökset opiskelijoiden huumausainetestauksesta. Muutokset tulevat voimaan 1.1.2012 (HE 164/2010).

Toukokuun 2011 alussa voimaan tullut **terveydenhuoltolaki** (1326/2010) edellyttää terveydenhuollon päihdetyön suunnittelemista ja toteuttamista niin, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa. Palvelujen yhteensovittamisen tarkoituksena on parantaa huumeongelmaisten mahdollisuutta saada tehoavaa hoitoa, koska huumeongelmiin liittyy usein mielenterveyden häiriöitä ja muita terveysongelmia. Lasten ja nuorten mielenterveystyön tarkoituksena on, että riittävän varhain saatu apu lapsuuden ja nuoruusiän tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin ja muihin mielenterveyden häiriöihin vähentää myöhemmän päihdeongelman kehittymisen riskiä.

Vuoden 2011 alusta tuli voimaan **nuoren rikoksesta epäillyn tilanteen selvittämisestä** annettu laki. (633/2010.) Lain tarkoituksena on kartoittaa nuoren sosiaalista tilannetta ja rikokseen syyllistymiseen vaikuttaneita syitä sekä arvioida rikokseen syyllistymisen riskiä ja edellytyksiä tukea nuorta elämään rikoksetonta elämää.

Sähköisesti valvottavaa valvontarangaistusta koskeva laki (330/2011) tuli voimaan 1.11.2011. Valvontarangaistukseen tuomitun on noudatettava hänelle määrättyä päiväohjelmaa ja liikkumisvapauden rajoituksia. Rangaistukseen voi sisältyä työtä, koulutusta, kuntoutusta tai toimintakykyä parantavaa muuta toimintaa. Tuomittu on velvollinen pysyttelemään asunnossaan aina, kun hänellä ei ole ennalta määriteltyä perustetta poistua asunnosta. Häneltä edellytetään myös ehdotonta päihteettömyyttä, jota valvotaan päihteettömyystestein.

Yhdyskuntapalvelusta annettuun lakiin (1055/1996) tehtiin vuoden 2011 alusta muutos (641/2010) yhdyskuntapalveluun tuomitun velvollisuudesta olla käyttämättä huumausaineita yhdyskuntapalvelun täytäntöönpanon aikana. Epäiltäessä huumausaineen käyttöä tuomittu on velvollinen antamaan virtsa- tai sylkinäytteen, jolloin positiivinen näyte voi johtaa, tilanteesta riippuen varoitukseen, ilmoitukseen syyttäjälle tai jopa yhdyskuntapalvelun keskeyttämiseen tai kieltämiseen. Lisäksi yhdyskuntapalvelulaki muuttui vuoden 2011 alusta niin, että yhdyskuntapalvelussa muun kuin työn osuuden mahdollisuus kolminkertaistui. Nyt tuomittu voi osallistua nykyistä laajemmin kuntouttaviin ja elämänhallintaa tukeviin ohjelmiin.

Huumausaineiden määrittely

Laissa huumausaineen määritelmä perustuu pääosin kansainvälisiin sopimuksiin. Huumausaineiksi voidaan valtioneuvoston asetuksella lukea myös aineet, joiden valvontaan ottamisesta päätetään uusia psykoaktiivisia aineita koskevasta tietojenvaihdosta, riskienarvioinnista ja valvonnasta annetun Euroopan unionin neuvoston

päätöksen 2005/387/YOS mukaisesti. Kesäkuussa 2011 tuli voimaan uudistettu huumausainelaki (373/2008), jonka mukaan Suomi voi jatkossa myös itse luokitella huumausaineiksi uusia päihteenä käytettäviä aineita eli niin sanottuja muuntohuumeita.

Asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista (543/2008) luettelee YK:n huumausaineyleissopimuksen (SopS 44/1994) ja psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimuksen (SopS 23/1967) huumausaineiksi määritellyt aineet ja valmisteet. Aineiden nimet on päivitetty vastaamaan kansainvälisissä listoissa olevia nimiä. Asetuksessa luetellaan myös yhteisötasolla huumausainevalvontaan otetut aineet, joita ovat 4-MTA, PMMA, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2, 1-bentsyyli-piperatiini ja viimeisimpänä mefedroni sekä kansallisesti huumausaineeksi luokitellut aineet.

Huumausainelaki

Vuoden 2008 syyskuussa voimaan astuneen huumausainelain (373/2008)¹ mukaan huumausaineen tuotanto, valmistus, tuonti, vienti, kuljetus, kauttakuljetus, jakelu, kauppa, käsittely, hallussapito ja käyttö on kielletty. Kiellosta voidaan kuitenkin poiketa lääkinnällisissä, tutkimuksellisissa ja valvonnallisissa tarkoituksissa.

Huumausainelain säädösten rikkomisen seuraamukset jaetaan teon vakavuuden perusteella hallinnollisiin pakkotoimiin, huumausainelakirikkomukseen ja huumausainerikokseen. Hallinnollisia pakkotoimia sovelletaan esimerkiksi lain velvollisuuksien täyttämisen edistämiseksi ja seuraamuksina voivat olla tällöin toimenpidekiellot tai niiden tehostamiseksi määrätyt uhkasakot. Huumausainelakirikkomuksen mukaan rangaistavat teot ovat esimerkiksi tahalliset, huumausainelain velvollisuuksien laiminlyönnit. Jollei teosta muualla laissa säädetä ankarampaa rangaistusta, huumausainelakirikkomuksesta voidaan tuomita sakkoon. Huumausainerikoksista säädetään erikseen rikoslain (138/1889) 50. luvussa.

Huumausaineita ja huumausaineiden lähtöaineita koskevana lupa- ja valvontaviranomaisena toimii huumausainelain mukaan Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lupa vaaditaan valmistus- sekä tuonti- ja vientilupien lisäksi huumausaineiden käsittelylle, ellei sitä ole laissa erikseen sallittu, kuten on esimerkiksi useiden terveydenhuollon toimijoiden kohdalla. Asetuksessa huumausaineiden valvonnasta (548/2008) säädetään tarkemmin huumausainelain mukaisesta lupahallinnosta, luvanvaraisesta toiminnasta ja sen valvonnasta. Huumausaineiden lähtöaineiden kauppaa ja käsittelyä säännellään tarkemmin EY-asetuksilla².

Ehkäisevää työtä koskeva lainsäädäntö

Huumausaineiden käyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja pyritään ehkäisemään, hoitamaan ja valvomaan usean muun lainsäädännön näkökulmasta. **Raittiustyölaissa** (828/1982)

¹ Ks. lain muutokset kappaleesta 1.1.

² (EY) N:ot 273/2004 ja 111/2005 sekä niiden muutosasetukset ja toimeenpanoasetus (EY) N:o 1277/2005.

säädetään ehkäisevästä päihdetyöstä. Siinä raittiustyön tarkoituksiksi määritellään kansalaisten totuttaminen terveisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihdeiden ja tupakan käyttöä. Yleisten edellytysten luominen raittiustyölle on lain mukaan ensisijaisesti valtion ja kuntien tehtävä. Lain mukaan kunnissa tulee olla toimielin, joka vastaa raittiustyöstä. Toimielimen on tehtävä yhteistyötä erityisesti terveys-, sosiaali- ja koulutoimen kanssa. **Raittiustyöasetus** (233/1983) täsmentää, että toimielimen tulee toimia yhteistyössä raittiustyötä ja ehkäisevää päihdetyötä tekevien sekä terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa.

Lastensuojelulaissa (417/2007) määritellään lapsen välttämättömät hoidon ja tuen tarpeet, jos lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö on esimerkiksi päihdepalvelujen piirissä, sekä lapsen mahdollinen tarve sijaishuoltoon, huostaanottoon tai päihdepalveluihin, jos lapsi itse vaarantaa vakavasti terveystään tai kehitystään esimerkiksi käyttämällä päihteitä. Vuoden 2010 maaliskuussa tuli voimaan lastensuojelulain muutos, joka sisältää säännöksen ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisestä. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus on tehtävä tilanteissa, joissa on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tulee siis tehdä tilanteissa, joissa ilmoittajalla on varmaa tietoa esimerkiksi tulevan äidin tai isän päihdeongelmasta, vakavasta mielenterveyden häiriöstä tai vapausrangaistuksesta. Pelkkä päihdeidenkäytön epäily ei riitä ennakkollisen ilmoituksen tekemiseen.

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

Valtioneuvoston asetuksella neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) säädetään terveystarkastuksista neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Asetuksen mukaan riittäväillä ja säännöllisillä terveystarkastuksilla ja terveysneuvonnalla halutaan tehostaa varhaista tukea ja ehkäistä syrjäytymistä. Terveysneuvonnan osana pyritään tukemaan yksilöä ja edistämään hänen psykososiaalista hyvinvointiaan myös alkoholin, tupakan ja muiden päihdeiden käytön ehkäisyn osalta. Asetuksessa säädetään, että neuvoloissa otetaan kouluterveydenhuollon tapaan käyttöön laajat terveystarkastukset, joihin osallistuu koko perhe. Peruskoulun kahdeksaslukuikäisten terveystarkastuksen yhteydessä puolestaan nostetaan esiin mahdollisen päihdeongelman varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus.

Työterveyshuoltolaki (1383/2001) mahdollistaa huumausainetestien tekemisen työpaikoilla. Testin edellytyksenä on, että työnantajalla on olemassa kirjallinen päihdeohjelma, jonka tulee sisältää työpaikan yleiset tavoitteet ja noudatettavat käytännöt päihdeiden käytön ehkäisemiseksi ja päihdeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi. Yksityisyyden suojasta työelämässä annettu laki (759/2004) sääntelee työnantajien oikeuksia

ja niiden rajoitteita työntekijöiltä vaadittavien huumausainetestien osalta. Monilla toimialoilla on kuitenkin toiminnan luonteen vuoksi erityissääntöjä, joilla sivutaan huumevalvontaa alalla. Sääntöjä on esimerkiksi asevelvollisuuslaissa (1438/2007), ilmailulaissa (1194/2009) ja rautatiejärjestelmän liikenneturvallisuustehtävistä annetussa laissa (1664/2009). Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeet huumausainetestauksesta työelämässä. (STM 2006).

Palveluja ja haittojen vähentämistä koskeva lainsäädäntö

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.

Päihdehuoltolaissa (41/1986) ja **mielenterveyslaissa** (1116/1990) on tällä hetkellä mahdollisuus tahdonvastaiseen hoitoon, mutta käytännössä tahdonvastaiseen päihdehoitoon ohjaamista ei ole käytetty.

Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoja säätelevässä asetuksessa (33/2008) painotetaan, että aiemmasta lainsäädännöstä poiketen vain vaativat korvaushoitotapaukset hoidetaan erikoissairaanhoidossa ja että muulta osin hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa. Hoitojen arviointia sekä aloitusta ohjataan laitoshoidon sijaan polikliiniseen suuntaan. Buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita saa määrätä opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa ainoastaan toimintayksikön palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri.³ Asetus mahdollistaa buprenorfiinia ja naloksonia sisältävän yhdistelmävalmisteen toimittamisen myös apteekista potilaan allekirjoittaman apteekkisopimuksen perusteella. Apteekkisopimuksella tarkoitetaan sopimusta, jolla potilas sitoutuu siihen, että hän noutaa sopimuksen mukaiset lääkkeet vain yhdestä apteekista ja siihen, että apteekki voi välittää hoitoa koskevaa tietoa häntä hoitavalle lääkärille ja tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekkeille.

Lääkkeen määräämisestä annetun asetuksen muutoksella (490/2008) on tarkennettu ehtoja varsinaisen huumausaineen määräämisestä lääkekäyttöön, tai jos siihen on erityiset hoidolliset perusteet, myös lääkelain pysyvien lupamääräyskäytännön ulkopuolisten erityislupavalmisteiden määräämisestä lääkekäyttöön. Yksi erityislupavalmisteen määräämisestä edellytyksistä on, ettei potilaan hoitoon ole käytettävissä muuta hoitoa tai

³ Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle otettavaksi vain toimintayksikön valvonnassa. Jos potilas sitoutuu hoitoon hyvin, hänelle voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa (poikkeustapauksissa 15) vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä.

että tällaisella hoidolla ei ole saavutettavissa toivottua tulosta. Erityislupa voidaan myöntää potilaskohtaisesti ja korkeintaan vuodeksi kerrallaan. Asetusmuutoksen perusteella myös kannabispohjaista kipulääkettä voi näin määrätä kipuun tietyissä tapauksissa. Varsinaista myyntilupaa ei kannabispohjaisilla lääkkeillä kuitenkaan ole.

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

Rikoslaki

Huumausainerikoksista määrätään rikoslain (1889/39) 50. luvussa, jonka muutoksella (1304/1993) huumausainerikokset jaetaan huumausainerikokseen, sen valmisteluun tai sen edistämiseen (maksimirangaistus 2 vuotta vankeutta) sekä törkeään huumausainerikokseen (vankeustuomiot 1–10 vuotta). Vuonna 2001 tuli voimaan rikoslain muutos (654/2001), jossa määriteltiin huumausaineen käyttörikos (maksimirangaistus puoli vuotta vankeutta). Vuonna 2006 myös huumausainerikoksen valmistelun tai edistämisen yritys määriteltiin rangaistavaksi (928/2006).

Rikoslain mukaan huumausaineen käyttörikos on mahdollista käsitellä rangaistumääräysmenettelyssä (692/1993). Menettelyä käytetään tapauksissa, joissa voidaan määrätä sakko tai enintään kuusi kuukautta vankeutta. Rangaistusvaatimuksen antaa poliisimies, tullimies tai muu laissa säädettyä valvontaa suorittava virkamies omasta aloitteestaan tai syyttäjän puolesta. Rikoslain muutoksella (578/2008) päätettiin, ettei rangaistumääräysmenettelyssä annettua sakkorangaistusta muunneta vankeudeksi. Käytännössä tämä tarkoittaa, että poliisin tai syyttäjän rangaistusvaatimusmenettelyssä antamia sakkoja myöskään huumausaineen käyttörikoksesta ei enää voi muuntaa vankeudeksi. Syyttämättäjäntämispäätös käyttörikoksesta voidaan tehdä, mikäli tekijä hakeutuu hoitoon tai mikäli alle 18-vuotiaalle on järjestetty puhuttelu. (Kainulainen 2009a.)⁴

Rikoslain (1889/39) 23. luku koskee liikennejuopumusta. Siinä säädellään myös huumausaineista. Vuodesta 2002 lähtien huumausaineiden tai huumausaineeksi luokiteltujen lääkeaineiden käytölle ilman reseptiä tieliikenteessä on ollut nollatoleranssi.

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

⁴ Ks. myös alaluku 9.3 vaihtoehtoiset seuraamukset.

vakavan ja järjestäytyneen rikollisuuden (mm. huumausainerikollisuuden) estämiseen, paljastamiseen ja selvittämiseen.

Seuraamuslainsäädäntö

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

Hallinnon organisointi ja sitä koskevat lainsäädäntöuudistukset vuosina 2009–2010

Huumausainelakia muutettiin siten, että keskeisenä lupa- ja valvontaviranomaisena toimii 1.11.2009 perustettu **Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea** (593/2009), jolle siirtyi organisaatiomuutoksen myötä samanaikaisesti lakkautetun Lääkelaitoksen tehtävät (775 /2009).

Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen fuusion myötä 1.1.2009 perustetulle **Terveysten ja hyvinvoinnin laitokselle**, THL (668/2008) siirrettiin entisen Stakesin huumausainelaisissa mainittu mandaatti toimia Suomen edustajana huumausaineita ja niiden väärinkäyttöä koskevassa eurooppalaisessa (REITOX) tietoverkostossa (775/2009).

Uusi valtakunnallinen keskusvirasto, **Poliisihallitus** (497/2009), aloitti toimintansa 1.1.2010. Uudistuksen mukaan muun muassa Keskusrikospoliisi, Suojelupoliisi, Liikkuva poliisi, Poliisiammattikorkeakoulu ja Poliisin tietotekniikkakeskus sekä Paikallispoliisi tehtävineen siirtyivät Poliisihallituksen alaisuuteen. Hallinnon uudelleenorganisoinnissa lääninhallitukset puolestaan lakkautettiin ja niiden poliisitointia koskevat tehtävät jaettiin uusille **aluehallintovirastoille** (896/2009). Myös vankeinhoidon alalla tapahtui organisaatiomuutos, kun entinen Rikosseuraamusvirasto, Kriminaalihuoltolaitos sekä Vankeinhoitolaitos yhdistyivät 1.1.2010 **Rikosseuraamuslaitokseksi** (953/2009).

Lääninhallitusten lakkautusten myötä muun muassa niiden koulutus-, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja sekä toiminnan laatua, valvontaa ja asiakkaan oikeusturvan toteutumista koskevat tehtävät siirtyivät vuoden 2010 alusta uusille aluehallintovirastoille (896/2009). Vuoden 2009 alusta perustettiin valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto **Valvira** (669/2008) fuusioimalla Terveystenhuollon oikeusturvakeskus ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus. Valviran tehtävänä on, edellisten laitosten vastuualueiden valtakunnallisen toiminnan lisäksi, ohjata aluehallintovirastoja niiden aluetason tehtävissä.

1.2. Huumausainepolitiikka

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

Huumausainepolitiikan taustaa

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

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

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

Vuonna 2008 hyväksytty Aarne Kinnusen väitöskirjatutkimus⁵ arvioi, että sosiaali- ja terveystieteellisistä painotuksista huolimatta suomalaisen huume politiikan voimakas elementti on edelleen rikosoikeusjärjestelmän hyödyntäminen. Suomessa huumerikok- sista tuomittujen arvioitiin joutuneen ankarien rangaistusten kohteiksi verrattuna muista rikoksista tuomittuihin. Huumeiden käytön kriminalisointi ja sakotuskäytännön kiris- tyminen osoittavat, että huumeiden käyttöön suhtaudutaan moralistisemmin ja kieltei- semmin kuin muiden päihteiden käyttöön tai muuhun henkilökohtaiseen riskikäyttäy- tymiseen. Lisäksi rikoskontrolli kohdistuu huonossa sosioekonomisessa asemassa oleviin henkilöihin. (Kinnunen 2008.)

Samantapaiseen johtopäätökseen tuli Heini Kainulainen väitöskirjassaan. Hänen mukaansa viime vuosina rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä⁶ on kiinnitetty enenevästi huomiota rikosentekijään, mikä ilmenee erityisesti päihdeongelmaisten rikok- sentekijöiden kohdalla. Esimerkiksi toimenpiteistä luopuminen on aina pysytellyt hyvin harvinaisena seuraamuksena, vaikka sille olisi erityistä tarvetta huumausainerikoksissa. Poliisi on perinteisesti ollut varsin haluton soveltamaan tätä säännöstä, sillä se on pitänyt tärkeänä huumeiden käyttäjien toimintaan puuttumista. Myös syyttäjä oli pitkään tällä linjalla. (Kainulainen 2009a.)

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

⁵ Tutkimus käsittelee huume markkinoiden ja -rikollisuuden kehitystä 1990-luvun puolivälin jälkeen, huumausainerikoksiin syyllistyneiden rikosuraa ja sosioekonomista asemaa sekä huumausainerikoson- gelman ratkaisupyrkimyksiä viranomaiskontrollin keinoin. Tutkimus perustuu tilastollisiin aineistoi- hin, poliisiintyön havainnointiin, viranomaisten ja huume markkinoilla toimivien haastatteluihin sekä viranomaisdokumentteihin. Tutkimuksen mukaan aikaa 1990-luvun puolivälin jälkeen on leimannut sekä huumeiden käytön yleistyminen ja huume ongelmien vakavoituminen että huume kontrollin tiiv- vistyminen. Tänä aikana huume ongelmien ehkäisy nousi viranomaistoiminnan keskiöön ja resurssija huumeiden vastaiseen toimintaan lisättiin. Rikosoikeudellista kontrollia vahvistettiin ja huume torjun- ta nousi poliisiin ja tullin toimintastrategioiden kärkikohteiksi. Huumerikollisuuden ehkäisy ja paljas- taminen otettiin osaksi poliisin valvontatoimintaa koko maassa. Tämä näkyi selvänä rikostilastojen kasvuna. (Kinnunen 2008.)

⁶ Vuonna 2001 voimaan tullessa huumausaineen käyttörikosuudistuksessa poliisi sai mahdollisuuden sakottaa huumeiden käyttäjiä rangaistus määräysmenettelyssä, ja samalla korostettiin rangaistuksel- le vaihtoehtoisten seuraamusten käyttämistä. Alaikäiset on sakottamisen sijasta puhuteltava ja hoidon tarpeessa olevat ongelmakäyttäjät on ohjattava hoitoon. Käytännössä huumausaineen käyttörikosuud- istus 2000-luvun alussa johti kuitenkin huumeiden käyttäjien sakottamisen voimakkaaseen lisään- tymiseen rangaistus määräysmenettelyssä. Koska jälkimmäisessä tapauksessa syyttämättä jättämiselle on vähemmän edellytyksiä, käytäntö johti myös syyttämättä jättämisen vähenemiseen sekä välillises- ti seuraamuskäytännön uudelleen kiristymiseen. Huumausaineen käyttörikosuudistuksessa tavoitel- tu huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon hakeutumisen tehostaminen ei käytännössä ole onnistunut, sillä toimenpiteistä luopuminen hoitoon hakeutuneista on edelleen hyvin harvinaista. (Kainulainen 2009a.) Ks. myös alaluku 9.3 Rikollisuus ja vaihtoehtoiset seuraamukset.

Huumausainepoliittinen koordinaatio

Huumausainepoliittikan koordinaatiovastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Koordinaatiolla sovitaan yhteen kansallisia huumausainepoliittikkaan liittyviä toimenpiteitä. Huumepoliittikan koordinaation kannalta tärkein yhteistyöelin on sosiaali- ja terveysministeriön johtama kansallinen huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä, johon kukin hallinnonala tuo keskusteltavaksi yleistä huumausainepoliittista merkitystä sisältävät valmistelussa olevat asiat. Ryhmässä ovat edustettuina sisäasiainministeriö, Poliisihallitus, oikeusministeriö, Valtakunnansyyttäjänvirasto, valtiovarainministeriö, Tulli, opetus- ja kulttuuriministeriö, Opetushallitus, ulkoasiainministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Fimea. Koordinaatioryhmä käsittelee muun muassa lainsäädäntömuutoksia ja uusia tutkimustuloksia ja tekee aloitteita uusista toimenpiteistä. Koordinaatioryhmä raportoi valtioneuvostolle huumausainetilanteesta ja uusista toimenpiteistä säännöllisesti.

Koordinaatioryhmä valmistelee hallitusohjelman mukaisesti kaudelle 2011–2015 toimenpideohjelman huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi. Hallitusohjelman mukaan tavoitteena on muun muassa lisätä huumausaineiden käyttäjien matalan kynnyksen palveluja, terveysneuvontaa ja etsivää työtä, tehostaa poliisin tekemää hoitoonohjausta ja lisätä mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon vankeuden aikana. (Valtioneuvosto 2011a.)

Huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän loppuraportti

Huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä antoi keväällä 2011 loppuraporttinsa huumausainepoliittisen yhteistyön toteutumisesta. Loppuraportissa arvioitiin valtioneuvoston periaatepäätöksen 2008–2011 tavoitteiden toteutumista seuraavien toimenpideosioiden osalta: 1) Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen, 2) Huumausainerikollisuuden torjunta, 3) Huumausaineriippuvuuden hoito ja huumeongelman haittojen vähentäminen, 4) Päihdeongelmien hoidon tehostaminen rikosseuraamusten yhteydessä, 5) EU:n huumausainepoliittikka ja kansainvälinen yhteistyö ja 6) Huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus. (STM 2011a.)

1. Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen

Tavoitteena oli

- tehostaa ehkäisevää päihdetyötä sosiaali- ja terveydenhuollossa, nuorisotyössä, kouluissa ja oppilaitoksissa
- tehostaa ehkäisevää päihdetyötä,
- turvata ehkäisevän päihdetyön asema osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä kunta- ja palvelurakennemuutoksissa,
- vakiinnuttaa varhainen puuttuminen osaksi kaikkien hyvinvointipalveluiden toimintaa sekä

- vahvistaa päihdeasioiden koulutusta kaikkialla koulutusjärjestelmässä ja
- tukea laadukasta huumausaineita koskevaa tiedotus- ja valistustoimintaa sekä kohdistaa tarvittaessa tiedotusta erityisille riskiryhmille

Loppuraportin mukaan ehkäisevän työn laadun vaikuttavuutta ja laatua on tuettu kehittämällä menetelmiä, kouluttamalla, vahvistamalla ehkäisevän työn tietopohjaa ja tukemalla ehkäisevän päihdetyön hankkeita. Kuntien ja järjestökentän tukeminen on ollut avainasemassa osaamisen kehittämisessä. Tämän lisäksi on tuettu päihdetyön osaamista päihdekoulutuksen kehittämisen hankkeessa vuoteen 2009 asti ja sen jälkeen tukemalla päihdeopettajien verkostoa. Erityisesti etsivää nuorisotyötä on kehitetty. Tällä hetkellä toimii 230 etsivän työn työpäriä eri puolella Suomea. (STM 2011a.)

Nuorten rikoksentehtäjäiden rikoksiin on puututtu varhaisessa vaiheessa yhteistyössä eri viranomaisten kanssa. Poliisin puuttumisen tavoitteena on ollut ennalta estää rikoskierteen ja päihderiippuvuuden syntyminen. Poliisin sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoviranomaisten yhteistyöllä on panostettu muun muassa lasten ja nuorten aseman parantamiseen ongelmaperheissä, joissa vanhemmilla on useinkin ollut päihdetaustaa. (STM 2011a.)

Valtakunnallisia opetussuunnitelman perusteita uudistettiin siten, että terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteet otettiin huomioon. Esi- ja perusopetuksen opetussuunnitelman perusteita on uudistettu oppilashuollon ja turvallisuuden edistämisen osalta. Ammatillisen koulutuksen tutkintojen ja opetussuunnitelman perusteita uudistettiin niin, että terveyttä ja työkykyä ylläpitäviä osuuksia on saatu yhteisiin ja ammatillisiin opintoihin eri vaiheissa ja lisäksi otettu huomioon kunkin alan ammatin vaatimukset. (STM 2011a.)

Poliisi on huumeiden vastaisessa toiminnassa tehnyt tiivistä yhteistyötä koulujen kanssa ja nimennyt kouluille yhteispoliisin. Koulu- ja lähipoliisitoiminnan avulla on pystytty luomaan toimivat yhteistyösuhteet. Poliisi on tiedottanut niin paikallisella kuin valtakunnallisella tasolla huumausainerikollisuuden liittyvistä ilmiöistä, muuntohuumeista, tutkinnassa olleista huumausainerikoksista ja niiden taustoista. (STM 2011a.)

Syyttäjien huumausaineen käyttörikosta koskevan ohjeen mukaan huumausaineen käyttörikoksesta ensimmäisen kerran kiinni jääneelle alle 18-vuotiaalle on säännönmukaisesti järjestettävä puhuttelutilaisuus, joka tähtää sakottamisen sijasta seuraamusluonteiseen syyttämättä jättämiseen ja suullisen huomautuksen antamiseen. Puhuttelutilaisuuteen osallistuvat nuoren ja hänen huoltajansa lisäksi poliisi, syyttäjä ja sosiaaliviranomaisen edustaja. Kun vielä vuonna 2008 viidessä syyttäjänvirastossa ei järjestetty lainkaan puhutteluja, vuonna 2010 puhutteluja järjestettiin jo kaikissa paitsi yhdessä virastossa. (STM 2011a.)

2. Huumausainerikollisuuden torjunta

Tavoitteena oli

- lisätä kiinnijäämisriskiä Suomessa tehdyissä törkeissä ja levittämistyyppisissä huumausainerikoksissa,

- toteuttaa rikosvastuu saumattomalla kansainvälisellä yhteistyöllä tekijän koti- tai oleskeluvaltiossa,
- torjua Suomen markkinoille tarkoitettua huumausaineen maahantuontia takavarikoimalla huumausaine pääsääntöisesti maan rajoilla, mutta tapauskohtaisesti myös rajojen ulkopuolella,
- vakiinnuttaa huumausaineiden ja huumausaineeksi luokiteltujen lääkeaineiden katutason levityksen valvonta osaksi poliisin perustoimintaa,
- lisätä huumausainerikosten oheisrikollisuuden, erityisesti kätkentärikollisuuden, parituksen, kiristyksen ja rahanpesun paljastamista sekä
- tehostaa rikoksen tuottaman hyödyn jäljittämistä ja kattavaa poisottamista.

Poliisi on yhdessä muiden PTR-viranomaisten⁷ kanssa tehostanut menetelmiään vakavan rikollisuuden torjunnassa, mikä osaltaan selittää törkeiden huumausainerikosten määrän kasvua. Muutoin poliisi ei ole lisännyt resursseja huumausainerikostorjuntaan. Huumausainerikostutkinnan yhteydessä on tehostettu rikoshyödyn poisottamista ja kyetty vaikuttamaan huumausainerikollisuuden toimintaedellytyksiin heikentävästi. (STM 2011a.)

Poliisin ja tullin takavarikkotilastojen mukaan takavarikoitujen kannabiskasvien määrä on lisääntynyt. Osaltaan tämä johtunee kotimaisen kasvatuksen suosion lisääntymisestä ja mahdollisuudesta hankkia kannabiksen siemeniä helposti internetistä, mutta myös siitä, että viranomaiset paljastavat kotikasvatusta entistä tehokkaammin. Marihuanaa takavarikoitiin vuonna 2010 lähes 45 % enemmän kuin vuonna 2008. (STM 2011a.)

Suomi on osallistunut aktiivisesti kansainvälisiin tutkintaryhmiin (JIT), ja ryhmiä on muodostettu yhä enemmän. Kansainvälisiä tutkintaryhmiä poliisilla on ollut vuosina 2004–2010 yhteensä 27 (2008:3 ja 2010:9). Eniten tutkintaryhmiä on perustettu törkeiden huumausainerikosten selvittämiseksi, mikä kertoo osaltaan huumausainerikollisuuden kansainvälistymisestä. Tutkintaryhmiä on eniten ollut Ruotsin ja Viron kanssa. (STM 2011a.)

Synteettisistä huumausaineista amfetamiinit ovat säilyttäneet vahvan aseman vuoden 2008 takavarikkotasoon verraten. Metamfetamiinin osuus amfetamiinimarkkinoilla ja viranomaisten takavarikkotilastoissa on selvästi kasvanut. Huomattava muutos vuoden 2008 tilanteeseen verraten on se, että erilaisten uusien synteettisten huumeiden, eli niin sanottujen muuntohuumeiden, kirjo on kasvanut selvästi. Esimerkiksi ekstaasin saatavuus näyttää vaikeutuneen, ja sen ovat korvanneet muuntohuumeet kuten MDPV, mCPP ja Bromo-Dragonfly. Huumaavien lääkeaineiden takavarikkomäärät ovat olleet myös nousussa viime vuosien aikana. Vuoden 2008 jälkeen gamman (GHB) ja lakan (GBL) suosio on selvästi vähentynyt. (STM 2011a.)

⁷ PTR-viranomaisilla tarkoitetaan poliisi-, tulli- ja rajaviranomaisia.

3. Huumausaineriippuvuuden hoito ja huumeongelman haittojen vähentäminen

Tavoitteena oli

- jatkaa hoitopalveluiden kehittämistä ja hoidon tarjonnan lisäämistä, jotta kansalaiset saisivat yhdenvertaisesti tarvitsemansa palvelut,
- tarjota huumeidenkäyttäjille monipuolisesti riippuvuuden luonteeseen sopivia erilaisia hoitovaihtoehtoja,
- lisätä sellaista hoitoa, terveysneuvontaa ja tukea, jolla vähennetään huumeongelmiin liittyviä haittoja, kuten sairauksia, mielenterveysongelmia ja oheisrikollisuutta,
- helpottaa opioidiriippuvaisten hoitoon pääsyä ja mahdollistetaan hoitojen lisääminen vastaamaan nykyistä paremmin hoidon tarvetta sekä
- tehostaa poliisin tarjoamaa hoitoonohjausta edelleen.

Viimeisimmän arvion mukaan huumausainneiden ongelmakäyttäjii oli 14 500–19 100 vuonna 2005, mikä on 0,6–0,7 % Suomen 15–54-vuotiaasta väestöstä. Korvaushoidossa arvioitiin vuonna 2010 olevan 1800 henkilöä. (STM 2011a.) Ilmoitettujen tietojen perusteella huumehoitoa annetaan noin 13 000 suomalaiselle vuodessa. (Väänänen 2011.)

Huumausainekuolemien torjunnassa ei ole onnistuttu yhtä hyvin kuin muiden huumehaittojen kuten esimerkiksi tartuntatautiin torjunnassa. THL:n tartuntatautirekisteriin kirjatut ruiskuumevälitteiset hiv-tartunnat sekä C-, B- ja A-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Uusia hiv-tartuntoja on rekisteröity ruiskuumeiden käyttäjillä enää noin 10 vuodessa: vuonna 2010 tapauksia oli kahdeksan. Terveysneuvontapisteiden toiminnalla ja ruiskuumeiden käyttäjien A- ja B-hepatiittirokotuksilla on ollut suuri merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatautiin vähenemisessä.

Vuonna 2008 julkaistiin poikkihallinnollinen ja poikkitieteellinen arviointitutkimus ”Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapiste toiminnan onnistumisen edellytyksinä” matalan kynnyksen terveysneuvontatyön vaikuttavuudesta Suomessa (Arponen ym. 2008). Tutkimuksessa todetaan, että ruiskuumeiden käyttäjille suunnattu terveysneuvonta on ollut merkittävä tekijä hiv-infektioiden, A- ja B-hepatiitti-infektioiden ja osittain myös C-hepatiitti-infektioiden ennaltaehkäisyssä ja epidemioiden torjunnassa. Arviointi osoittaa myös että ruiskuumeiden terveysneuvontamalli on toimiva sosiaalinen innovaatio, joka poikkeaa muualla aiemmin käytössä olleista ehkäisymalleista yhdistämällä menestyksekkäästi matalan kynnyksen terveyspalvelut ja terveyden edistämisen haittojen vähentämiseen, ilman että samanaikaisesti jouduttaisiin luopumaan rajoittavasta huumeepolitiikasta. Malli soveltuu siksi varsin hyvin sovellettavaksi myös muualla kuin Suomessa. (STM 2011a.)

Tulevaisuuden haasteena on terveysneuvontatyön säilyttäminen tässä laajuudessa. Terveysneuvontapisteiden verkosto on hyvä, mutta ei täysin valmis, kattavuus voisi olla parempi Pohjois-Suomessa ja Ahvenanmaalla. (STM 2011a.)

Vuoden 2008 helmikuun alusta tuli voimaan uusi sosiaali- ja terveysministeriön

asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008), jonka tavoitteeksi asetettiin hoidon kynnyksen madaltaminen, avohuollon painottaminen laitoshuollon sijasta, hoidon aloittamisen mahdollistaminen perustasolla ja kotiannostelun mahdollisuuksien lisääminen, jotta hoitoyksikössä käyntien määrää voidaan tarvittaessa vähentää. Sosiaali- ja terveysministeriö on seurannut asetuksen toteutumista. Vuoden 2008 selvityksessä todettiin, että suurimmassa osassa maata opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidolle ei ole kysyntää. Opioidiriippuvaset keskittyvät maassa suurimpiin kaupunkeihin ja etenkin pääkaupunkiseudulle ja Helsinkiin. Suurimmassa osassa maata hoitoon pääsyyn ei ole jonoa ja hoitotakuumääräajat ylittyvät ainoastaan eräissä suurissa kaupungeissa. Myös näissä kaupungeissa on suunnitelmat hoitotakuuseen pääsemiseksi. Korvaushoitolääkkeenä käytetään eniten buprenorfiini-naloksoniyhdistelmävalmistetta ja seuraavaksi eniten metadonia, sen sijaan buprenorfiinin käyttö on erittäin vähäistä. (STM 2011a.)

Lääkkeellisen opioidikorvaushoidon kuuluminen hoitotakuun piiriin lisäsi korvaushoidon tarjontaa ja lyhensi siihen liittyviä hoitonojoja. Nykyisellään opioidit ovat yleisin huumausaineryhmä, jonka takia hakeudutaan päihdehoitoon. Samanaikaisesti kuntien päihdepalveluiden on ollut vaikea vastata lisääntyvään alkoholiongelmiaisten hoidon tarpeeseen. Päihdehoidon järjestämisen ongelmana on sen varmistaminen, että erityyppisten päihdeongelmien hoitoon on käytettävissä riittävän monipuolisesti katkaisuhoido-, selviämisasema-, asumis- ja psykososiaalisia palveluja. (STM 2011a.)

Korvaushoitoon pääsyn ongelmana on yhä hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitopäätöksen jälkeinen jonotus korvaushoitoon. Tulevaisuudessa korvaushoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin. (STM 2011a.)

Vuonna 2008 toimi STM:n asettama raskaana olevien päihdeongelmiaisten naisten hoidon varmistamista pohtinut työryhmä. Työryhmän työn taustalla oli hallitusohjelman kirjattu tarve kiinnittää erityistä huomiota raskaana olevien naisten hoitoon ja palveluihin. Työryhmän mietintö valmistui helmikuussa 2009 ja työryhmämietinnössä esitetyt lainsäädäntömuutokset valmistellaan vuoden 2011 aikana osana sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteita arvioivan työryhmän työtä. (STM 2011a.) Vuonna 2010 toimi STM:n asettama päihdeongelmiaisten vanhempien lasten tukipalveluita pohtinut työryhmä, joka jätti suosituksensa vuoden 2011 alussa (STM 2011b).

Poliisi on osaltaan ohjannut ja tukenut huumausaineiden käyttäjiä hoitoon hakeutumisessa ja tehnyt tämän osalta tiivistä yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuoltoviranomaisten kanssa. Poliisin huumausainerikostorjuntaan liittyvässä koulutuksessa on huomioitu myös hoitoonohjaus. Poliisi on antanut vuonna 2006 huumausaineiden käyttäjärikosta koskevan menettelyohjeen, joka on ohjannut poliisin toimintaa kentällä. Ohjauksesta huolimatta viimekädessä päätöksen hoitoon hakeutumisesta tekee huumausaineiden käyttäjä itse. Usealla paikkakunnalla hoitopaikkojen määrä on hyvin rajallinen, mikä osaltaan rajoittaa tehokkaan hoitoonohjauksen toteutumista. Hoitoonohjauksen perusteella syyttäjät tekevät noin 30–40 syyttämättäjättämispäätöstä vuosittain. (STM 2011a.)

4. Päihdeongelmien hoidon tehostaminen rikosseuraamusten yhteydessä

Tavoitteena oli

- parantaa vankeusrangaistuksen vaikuttavuutta suunnittelemalla rangaistusaika ja vapautuminen yksilöllisesti, kuten uusi vankeuslaki edellyttää,
- kehittää arviointikeskustoimintaa ja lisätä päihdekuntoutusta ja lähityötä vankiloissa,
- kehittää valvotun koevapauden tukitoimia ja vapautuvien vankien jälkihuoltoa,
- tehostaa yhdyskuntaseuraamuksiin liittyvää päihdekuntoutusta tehostetaan sekä
- parantaa nuorisorangaistukseen tuomittujen kuntoutumismahdollisuuksia.

Vuosien 2008–2011 aikana vankien osallistumista uusimisriskiä vähentäviin toimiin on lisätty. Rangaistusajan suunnitelmia on laadittu entistä useammalle vangille ja yhdyskuntaseuraamusasiakkaalle. Yksilölliset tekijät on kyetty ottamaan aikaisempaa paremmin huomioon rangaistuksen toimeenpanon aikana. Vapautuvien vankien yhteiskuntaan palaamista on edistetty lisäämällä avolaitossijoituksia. Tuetun ja kontrolloidun vapauttamisen turvaamiseksi vuonna 2010 perustettiin Suomen ensimmäinen vapauttamisyksikkö. Kahden muun vapauttamisyksikön perustamista valmistellaan. Valvotun koevapauden käyttöä on lisätty, mutta käytölle asetettua tavoitetta ei täysin ole saavutettu valvontaviranomaisten vähentymisen takia. (STM 2011a.)

5. EU:n huumausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö

Tavoitteena oli

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

Valtioneuvosto teki 2.12.2010 periaatepäätöksen Suomen toimintalinjasta kansainvälisessä huumausainetorjunnassa. Asiakirja valmisteltiin sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa monialaisessa kansainvälisen huumausaineyhteistyön työryhmässä. (STM 2010a.)

Suomi oli YK:n talous- ja sosiaalineuvoston alaisen huumausainetoimikunnan (CND) ainoa pohjoismainen jäsen 2008–2011. Suomi oli aktiivinen päätöslauselmatyössä CND:n vuosittaisissa istunnoissa. Suomi osallistui edelleen Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmän toimintaan. Pompidou-ryhmä julkaisi venäjäksi vuonna 2008 Kansanterveyslaitoksen julkaisun (B15/2008), joka osoittaa Suomessa toteutettavien haittojen minimointipalvelujen olevan erittäin kustannustehokkaita. Suomi on osallistunut Pohjoismaiden Ministerineuvoston yhteydessä toimivan Pohjoismaisen huumausainefoorumintoimintaan ja toimii ryhmän puheenjohtajamaana 2011. (STM 2011a.)

6. Huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus

Tavoitteena oli

- jatkaa huumetilanteen tutkimusseurantaa ja huolehtia siitä, että huume-politiikan vastuutahoilla on käytettävissään ajantasaiset tiedot huumausainetilanteesta
- pyrkiä tuottaamaan tarvittavat kansalliset tiedot Euroopan unionin huume-seuran-takeskuksen EMCDDA:n tilanneraportteihin ja YK:n tiedonkeruujärjestelmiin
- edistää huumeiden käyttöön, huumemarkkinoihin, huumeidenkäyttäjien hoitoon ja huumeongelmien torjuntakeinoihin liittyvää tutkimusta ja tutkijakoulutusta sekä suomalaistutkijoiden kansainvälistä yhteistyötä
- seuraamaan säännöllisesti kansalaisten huumausaineisiin, niiden käyttöön ja haittoihin liittyviä mielipiteitä.

Huumeista kerätään valtakunnallisesti tietoa vuosittain ja huumeaiheista tutkimusta tehdään muun muassa THL:ssä, Nuorisotutkimusverkostossa, järjestöissä ja yliopistoissa. Yksi tärkeä huume-tutkimuksen rahoittaja on Alkoholitutkimussäätiö. Vuosina 2007–2010 Suomen Akatemia rahoitti Päihheet ja addiktio -tutkimusohjelmaa, joka tuotti runsaasti tietoa päihteen käytön ja riippuvuuksien ennustekijöistä, epidemiologiasta, biologiasta, mielikuvista ja hoidoista, ja sen tuloksia on mahdollista hyödyntää tulevaisuudessa niin ongelmakäyttäjien kuntoutuksessa kuin lääkekehityksessään. (STM 2011a.)

Tutkimuslaitosten ja yliopistojen lisäksi esimerkiksi A-klinikkasäätiöllä on aktiivista tutkimustoimintaa. Säätiön hankkeissa on tutkittu muun muassa päihdehuollon avo- ja laitospotilaiden elämäntilanteita, huumeiden käyttäjiä Helsingissä, päihdepalveluja käyttäviä perheitä, korvaushoitoa, päihdekuntoutusta vankiloissa, huumeidenkäyttäjien ja huumeasiakkaiden itse perustamien etujärjestöjen toimintaa. (STM 2011a.)

Hallituskauden 2007–2011 aikana Suomessa valmistui useita huumeaiheisia väitöskirjoja muun muassa Helsingin huumemarkkinoista, huumeiden käyttäjien rikosurista, huono-osaisten huumeidenkäyttäjien palveluista, raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten ja pienten lasten äitien hoitopalveluista, kannabisaktivismista, huumeidenkäyttäjien rikosoikeudellisesta kontrollista, nuorista naisista huume-kuvioissa, huumeiden käyttäjien toipumisesta ja vertaistuesta, huumerrattijuopumuksesta, terveysneuvontaan liittyvistä matalan kynnyksen palveluista, suonensisäisten huumeidenkäyttäjien hivtartuntojen leviämisestä ja anabolisten steroidien ja stimuloivien huumausaineiden yhteisvaikutuksista keskushermostoon. (STM 2011a.)

1.3. Huumausainepolitiikkaan vaikuttavat hallituksen ohjelmat ja työryhmät

Yleisen hyvinvointipolitiikan ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laaja-alainen kehittäminen jatkuu edelleen. **Kunta- ja palvelurakennemuutostusta ohjaavassa Parashankkeessa** yhden keskeisen palvelukokonaisuuden muodostavat päihde- ja mielen-

terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon **kansallisessa kehittämisohjelmassa (Kaste)** (STM 2008a) ja sen toimeenpano-ohjelmassa (STM 2009a) nostetaan esiin perusterveydenhuollon, sosiaalityön, ensihoidon sekä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistarpeet. Vuonna 2010 valmistui Kaste-ohjelman kaksi väliraporttia (STM 2010b, STM 2010c). Kaste- ja palvelurakenneuudistus jatkuvat 2012–2015 hallituskaudella. Lisäksi hallitus valmistele laaja-alaista köyhyyttä, eriarvoisuutta ja syrjäytymistä vähentävää toimenpideohjelmia.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007–2011 (Valtioneuvosto 2007b) asetti tavoitteekseen, että sosiaali- ja terveysministeriö valmistele esityksen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten kattavan hoidon järjestämiseksi. Vuonna 2010 toimi sosiaali- ja terveysministeriön asettama päihdeongelmaisten vanhempien lasten tuki-palveluita pohtinut työryhmä, joka jätti suosituksensa vuoden 2011 alussa. Suositusten mukaan päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukemiseksi tehtävää työtä on koordinoitava, kehitettävä ja tuettava valtakunnallisesti. Työryhmä ehdottaa lainsäädännön muuttamista siten, että raskaana oleville naisille säädetään subjektiivinen oikeus päästä välittömästi hoidon tarpeen arviointiin ja arvioinnin edellyttämään päihdehoitoon. Työryhmä myös totesi, että koulukuraattoreiden ja -psykologien riittävä määrä on varmistettava lainsäädännöllä. (STM 2011b.) Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon järjestämisen esitetyt lainsäädäntömuutokset valmistellaan vuoden 2011 aikana osana sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteita arvioivan työryhmän työtä.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä pohtineen Mieli 2009 -työryhmän mietinnössä (STM 2009b) korostettiin ennaltaehkäisyä 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, joiden tekeminen on mielekästä osana käynnissä olevaa laajempaa Paras-hanketta. Mahdollisten toimintauudistusten toteuttamiseksi THL julkaisi lisäksi oppaan mielenterveys- ja päihdetyön strategiseksi suunnitteluksi kunnissa tai aluetasolla. (Laitila ym. 2009). Mieli-työryhmä esitti myös, että mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittius-työnlain sisällöt päivitetään ja että mielenterveyslain ja päihdehuoltolain yhdistämisen mahdollisuus arvioidaan.

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

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

Erityisesti terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolainsäädännön uudistus ja tahdosta riippumatonta hoitoa koskevan lainsäädännön kehittäminen ovat keskeisiä mielenterveys- ja päihdetyöhön vaikuttavia lainsäädäntöhankkeita. Kehittämistyön kenttä ulottuu julkisen palvelujärjestelmän lisäksi vahvasti myös kolmannelle sektorille. Sosiaali- ja terveyssektorin lisäksi yhteistyössä mukana ovat myös tahot, kuten opetus-, kulttuuri- ja muu vapaa-ajantoiminta, elinkeinoelämä sekä asuin- ja elinympäristöjen rakentamisesta vastaavat tahot.

Kansallisten terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008–2011 (STM 2008b) määriteltiin käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi. Ohjelma kiinnitti huomiota myös joihinkin erityisryhmiin, kuten päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviin perheisiin. Ohjelmaan liittyen THL on avannut Kaventaja-verkopalvelun⁹, joka tarjoaa tietoa hyvinvointi- ja terveyseroista, niihin vaikuttavista tekijöistä sekä keinoja erojen kaventamiseksi. THL ja TTL ovat myös mukana yhteistyöhankkeessa (Teroka)¹⁰, jossa kehitetään toimintatapoja ja kootaan tietopohjaa terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi.

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman 2007–2011 (Valtioneuvosto 2007c) tavoitteena oli kehittää 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 olivat lapsille ja nuorille suunnatut tukipalvelut etenkin kun perheessä esiintyy väkivaltaa, mielenterveys- tai päihdeongelmia. Politiikkaohjelman loppuraportti on ilmestynyt. Siinä arvioitiin muun muassa, että lainsäädäntöä on kehitetty, nuorten syrjäytymistä on ennaltaehkäisty ja perheiden matalan kynnyksen palveluita on lisätty. (Valtioneuvosto 2011b.)

Nuorisopolitiikan kehittämisohjelma laaditaan nuorisolain (72/2006) mukaan joka neljäs vuosi. Ensimmäisessä **lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelmassa vuosille 2007–2011** (OPM 2007) todettiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen sukupolvelta toiselle on yksi vahvimista syrjäytymisen poluista. Ohjelma korosti, että lastensuojelun, päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden yhteistyötä tulee kehittää tavoitteena pystyä ottamaan huomioon aikuispalveluja tarvitsevien vanhempien lastensuojelun ja kuntoutuksen tarpeet. Myös rikosoikeudessa nuorisorangastukseen voitaisiin sisällyttää mielenterveys- tai päihdehoitoa. Kehittämisohjelman arviointiraportti on ilmestynyt. Raportti selvitti kehittämisohjelman aikana tapahtunutta lapsi- ja nuorisopolitiikan säädösohjausta, informaatio-ohjausta ja resurssiohjausta. (Nuorisoasiain neuvottelukunta 2011). Lakisääteistä vuosien 2012–2015 ohjelmaa pohjustettiin vuonna 2010, ohjelma tehdään syksyllä 2011 ja se sisältää myös tavoitteita nuorten päihteiden ja huumeiden ennaltaehkäisyyn. (OKM.)

⁹ THL:n Kaventaja-palvelu http://kaventaja.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi

¹⁰ THL:n ja TTL:n: Terkoka-hanke <http://www.teroka.fi/teroka/>

Sisäisen turvallisuuden ohjelma on laaja, poikkihallinnollinen kaksiosainen, vuodet 2008–2011 ja 2012–2015 kattava ohjelma, joka sisältää 74 toimenpidettä turvallisuuden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Koska päihteet (varsinkin alkoholi) ja väkivalta liittyvät Suomessa usein yhteen, syrjäytymistä ehkäisevissä toimenpiteissä esitetään lapsiin ja nuoriin kohdistuvan väkivallan vähentämiseksi olemassa olevien uhrin tukipalvelujen vahvistamista. Ohjelma sisältää myös kansallisen ja kansainvälisen viranomaisyhteistyön tavoitteet järjestäytyneen rikollisuuden torjumiseksi sekä rajaturvallisuuden ja tullivalvonnan huumausaineiden laittoman maahantulon estämiseksi. (Valtioneuvosto 2008.) Sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpanosta on raportoitu vuosittain väliraporteissa (SM 2009, SM 2010 ja SM 2011). Vuoden 2011 väliarvioinnissa kuvataan ohjelmassa asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Raportissa esitetään, että useimmat ohjelmassa esitetyt tavoitteet, kuten syrjäytymisen ehkäisy, järjestäytyneen rikollisuuden torjunta sekä rajaturvallisuuden ja tullivalvonnan parantaminen ovat toteutuneet kohtuullisen hyvin ja että ohjelmaan sisältyvät tunnusluvut ovat kehittyneet. Lisäksi raportissa kuvataan toimenpiteitä, joita on toteutettu osana ohjelman toimeenpanoa. (SM 2011.)

1.4. Taloudelliset analyysit

Julkiset huumehaittakustannukset

Valtiolle aiheutuneet huumehaittakustannukset lasketaan Suomessa vakiintunutta laskentakehikkoa käyttäen (Salomaa 1996; Hein & Salomaa 1998). Laskentakehikon perusteella lasketut haittakustannukset on raportoitu vuodesta 1998 lähtien Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen¹¹ julkaisemassa Päihdetilastollisessa vuosikirjassa. Tässä raportissa esitetyt valtiolle aiheutuneet kustannukset vastaavat Päihdetilastollisessa vuosikirjassa esitettyjä kustannuksia niiltä osin kuin ne ovat mukana molemmissa laskentakehikoissa.

Vuonna 2009 huumeet aiheuttivat valtiolle¹² noin 128 miljoonan euron haittakustannukset. Näistä kustannuksista nimenomaan huumetyölle korvamerkittyjä varoja oli yhteensä 11,7 miljoonaa euroa. Suomen Raha-automaattiyhdistys, joka on yksi suurimpia päihdetyön rahoittajia, kohdisti 8,5 miljoonaa euroa huumetyöhön ja ennaltaehkäisyyn. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa tehtävään huumeisiin liittyvään tutkimukseen sosiaali- ja terveysministeriö kohdisti 1,0 miljoonaa euroa. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö kohdisti ennaltaehkäisevään huumetyöhön 2,2 miljoonaa euroa. Vuonna 2010 opetus- ja kulttuuriministeriö myönsi noin 1 miljoonaa euroa erilaisiin nuorten päihteiden ennaltaehkäisyhankkeisiin.

Valtiolle eniten huumehaittakustannuksia aiheuttavat järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta koituvat kustannukset. Vuonna 2009 nämä olivat yhteensä arviolta 69,2 miljoonaa euroa. Kuten aiempinakin vuosina, vankeinhoidosta aiheutuneet kustannukset (36,7 miljoonaa euroa) olivat suurin menoerä.

¹¹ Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes ja Kansanterveyslaitos yhdistyivät Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseksi (THL) 1.1.2009.

¹² Aineistona on käytetty ministeriöiden ja valtion virastojen sekä laitosten budjetti- ja tilinpäätöskertomuksia laskentavuodelta.

Huumehaittojen ennaltaehkäisystä aiheutui noin 15,1 miljoonan euron kustannukset. Suurimmaksi osaksi nämä kustannukset koostuivat huumeitutkimukseen ja päihdetyöhön suunnatuista varoista. Haittojen vähentämiseen käytettiin 10,7 miljoonaa euroa. Tästä 9,5 miljoonaa euroa meni huume-ehtoisten työkyvyttömyyseläkkeiden kustannuksiin ja 1,1 miljoonaa euroa huume-ehtoisten sairauspäivärahojen kustannuksiin. Valtion maksamiin korvauksiin muun muassa rikoksen uhreille käytettiin 0,1 miljoonaa euroa.

Taulukko 1. Huumeiden käytön haittakustannukset valtiolle 2009 (miljoonaa euroa).

COFOG	Viranomainen	Reuter's	Budjetin menot yhteensä	Huumehaittakustannukset	Korva-merkitty
03. YLEINEN JÄRJESTYS JA TURVALLISUUS	03.1 POLIISITOIMI				
	Poliisitoimi	Järjestys/ turvallisuus	664,5	18,6	
	Tullivalvonta	Järjestys/ turvallisuus	160,8	5,9	
	03.2 PALO- JA PELASTUSTOIMI				
	Palo- ja pelastustoimi	Järjestys/ turvallisuus	73,7	2,6	
	03.3 TUOMIOISTUINLAITOS				
	Käräjäoikeus	Järjestys/ turvallisuus	138,1	1,8	
	Hovioikeus	Järjestys/ turvallisuus	38,3	1,0	
	Korkein oikeus	Järjestys/ turvallisuus	8,1	0,1	
	Oikeusapu	Järjestys/ turvallisuus	40,8	0,3	
	Ulosottolaitos	Järjestys/ turvallisuus	94,1	0,9	
	Syyttäjälaitos	Järjestys/ turvallisuus	40,0	1,3	
	03.4 VANKILAITOS				
	Vankeinhoitolaitos	Järjestys/ turvallisuus	213,6	35,7	
	Avolaitostyöt	Järjestys/ turvallisuus	6,0	1,0	
	03.5 YLEISEEN JÄRJESTYKSEEN JA TURVALLISUUTEEN LIITTYVÄ TUTKIMUS JA KEHITTÄMINEN				
	Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos	Ennaltaehkäisy	1,9	0,06	
	Kriminaalipoliittinen instituutti	Ennaltaehkäisy	0,5	0,02	
	03.6 YLEINEN JÄRJESTYS, MUUALLA LUOKITTELEMATON				
	Oikeusministeriö	Ennaltaehkäisy	81,4	0,6	
	Eräät maksetut korvaukset	Haittojen vähentäminen	11,5*	0,1	

07. TERVEYDENHUOLTO	07.5.0 TERVEYDENHUOLTOALAN TUTKIMUS JA KEHITTÄMINEN				
	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos	Ennaltaehkäisy	61,2	1,0	Kyllä
	Alkoholitutkimus-säätiö	Ennaltaehkäisy	1,1	0,1	
	07.6 TERVEYDENHUOLTO, MUUALLA LUOKITTELEMATON				
	Sosiaali- ja terveysministeriö	Ennaltaehkäisy	74,7	2,2	Kyllä
	Raha-automaattiyhdistys	Ennaltaehkäisy	278,0	8,5	Kyllä
	Raha-automaattiyhdistys	Ennaltaehkäisy	278,0	2,6	
10. SOSIAALITURVA	10.1.1 SAIRAUS (Y)				
	Sairauspäivärahat	Haittojen vähentäminen	779,3	1,1	
	10.1.2 TOIMINTARAJOITTEISUUS				
	Työkyvyttömyyseläke	Haittojen vähentäminen	3 159,0	9,5	
TULONSIIRROT KUNNILLE			33,4		
KUSTANNUKSET YHTEENSÄ			128,4		

*) Eräät maksetut korvaukset pois lukien avustukset saamelaisten kulttuuri-itsehallinnon ylläpitämiseen. Luokittelut on tehty COFOG (Classification of the Functions of Government) ja Peter Reuterin (2006) käyttötarkoituksen luokittelujen mukaisesti.

Taulukko 2. Arvio valtion huumehaittakustannuksiin liittyvistä tulonsiirroista kunnille (*)

	Viranomainen	Reuter's	Huumehaittakustannukset	Kustannukset valtiolle (*)
07. TERVEYDENHUOLTO	07.2 AVOHOITOPALVELUT	Haittojen vähentäminen	9,8	2,5
	07.3 SAIRAALAPALVELUT ELI LAITOSHOITO	Haittojen vähentäminen	20,2	5,0
10. SOSIAALITURVA	10.4.0 PERHE JA LAPSET (Y)			
	Lastensuojelu	Haittojen vähentäminen	44,0	11,0
	10.7.0 SOSIAALINEN SYRJÄYTYMINEN, MUUALLA LUOKITTELEMATON (Y)			
	Päihdehuolto	Hoito	51,4	12,9
	Toimeentulotuki	Haittojen vähentäminen	8,1	2,0
TULONSIIRROT KUNNILLE YHTEENSÄ				33,4

Huumeisiin liittyvät yhteiskunnalliset haittakustannukset

Vuonna 2009 huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheutti noin 230–320 miljoonan euron välittömät haittakustannukset ja 550–1 210 miljoonan euron välilliset haittakustannukset¹³ (taulukko 3). Eniten välittömiä kustannuksia aiheutui sosiaalitoimen haittakustannuksista, joiden osuus oli yli kolmannes kaikista välittömistä kustannuksista. Toiseksi eniten haittakustannuksia aiheutui järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta, minkä osuus oli noin neljännes. Välillisistä haittakustannuksista suurin erä oli menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta.

Välittömät haittakustannukset sisältävät terveydenhoidon, sosiaalitoimen, rikollisuusvalvonnan, rikosten aiheuttamien omaisuusvahinkojen, tutkimuksen sekä ennaltaehkäisevän päihdetyön huume-ehtoiset haittakustannukset. Terveydenhoidon haittakustannuksissa on otettu huomioon huume-ehtoinen vuodehoito sekä avohoitokäynnit lääkärillä. Sosiaalitoimen haittakustannuksiin on laskettu päihdehuollosta, toimeentulotuesta ja lastensuojelusta aiheutuneet huume-ehtoiset kustannukset. Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito pitää sisällään sekä oikeusjärjestelmän haittakustannukset että poliisin, pelastustoimen ja tullin toimintaan liittyvät haittakustannukset. Omaisuusvahingoilla tarkoitetaan omaisuuteen kohdistuneista rikoksista aiheutuneiden vahinkojen laskennallista rahallista arvoa ja vakuutuskustannuksia.

Välillisiin haittakustannuksiin lasketaan huumeiden käytöstä aiheutuneet tuotantomienetykset sekä huumeiden käytön takia ennenaikaisesti kuolleiden menetetyn elämän arvo. Tuotantomienetykset lasketaan huume-ehtoisten vuodehoitopäivien määrän perusteella. Hoitopäivät tilastoidaan ICD-10 -luokituksen mukaisesti, jolloin huumesairausediagnoosit ovat eroteltavissa. Menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta lasketaan käyttämällä vaihtoehtoiskustannuksena sataprosenttisesti invalidisoituneen henkilön laitoshoidokustannuksia.

Vuonna 2009 välittömistä huumehaittakustannuksista sosiaalikustannukset kasvoivat jälleen eniten, keskimäärin lähes kahdeksan prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Muut välittömät kustannukset kasvoivat maltillisemmin: terveydenhuoltokustannukset kasvoivat noin kolme prosenttia ja järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitoon liittyvät kustannukset kasvoivat noin 0,3 prosenttia. Tutkimuksen ja ennaltaehkäisevän huumeiden käytön kustannukset puolestaan vähenivät reilut viisi prosenttia. Välillisistä haittakustannuksista huumeiden käytön takia menetetyn elämän arvon kustannukset kasvoivat 4,1 prosenttia ja tuotantomienetykset kasvoivat 4,5 prosenttia. Välillisten haittakustannusten kasvu johtui huume-ehtoisten kuolemien määrän ja huume-ehtoisten vuodehoitopäivien määrän lisääntymisestä.

¹³ Haittakustannukset on laskettu Suomessa vakiintunutta laskentakehikkoa käyttäen (Salomaa 1996; Hein & Salomaa 1998). Haittakustannukset julkaistaan vuosittain THL:n Päihdelastollisessa vuosikirjassa.

Taulukko 3. Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2008 ja 2009, milj. euroa.

	Min	2008 Max	Min	2009 Max
Välittömät kustannukset	223	312	229	321
Terveyskulut	23	56	23	58
Sosiaalikulut	93	99	100	107
Järjestys ja turvallisuus	60	78	60	78
Omaisuusvahingot, tutkimus, ennaltaehkäisevä päihdetyö	48	79	47	77
Välilliset kustannukset	526	1 164	548	1 213
Tuotantomennytykset	65	108	68	113
Menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta	461	1 057	480	1 100

Lähteet: Päihdetilastollinen vuosikirja 2010 ja 2011, THL.

2. Huumeiden kokeilu ja käyttö

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

Huumeiden kokeilun ja käytön lisääntyminen 1990-luvulla oli 1960-luvun tapaan nuoriso- 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. 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. Nykyisin huumeiden käyttö on entistä enemmän osa nuorten arkipäivää ja sillä on huomattavasti aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten juhlintatavoissa että myös päihteiden ongelmakäytössä.

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

2.1. Huumeikokeilut Suomessa

Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan 15–69-vuotiaassa väestössä joskus kannabista kokeilleiden osuus oli 17 %.¹⁴ Naisista kokeilleita on 13 % ja miehistä noin 20 %. Kokei-

¹⁴ Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat 15–69-vuotiaat suomalaiset, joista poimittiin 4 250 henkilön otos syksyllä 2010. Perusotokseen valittiin satunnaisotannalla 3000 henkilö kohdejoukosta ja lisäotokseen 1250 henkilöä 15–39-vuotiaiden ikäryhmästä. Yliotannalla tahdottiin kohdistaa kysely huumeiden käytön kannalta aktiivisimpaan väestön osaan. Tutkittaville tarjottiin mahdollisuus vastata kysymyksiin joko internetissä tai postitse palautettavalla paperilomakkeella. Internetissä vastaaminen tapahtui henkilökohtaisen tunnuksen ja salasanan avulla. Vastausprosentin kohottamiseksi tutkittavia muistutettiin kahdella muistutuslomakkeella. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 2023 henkilöä (48 %), mikä oli vuodesta 1992 alkaen tutkimussarjan matalin vastausprosentti. (Hakkarainen ym. 2011b.)

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

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

Viimeisen kuukauden aikana kannabista kokeilleita oli 15–34-vuotiaiden joukossa edelleen 3 prosenttia ja 35–44-vuotiaiden joukossa enää prosentti, mikä osoittaa, että kannabiksen pitkäaikainen ja säännöllinen käyttö ei ainakaan vielä ole levinnyt laajemman väestöpohjan ilmiöksi. Poikkeuksen edellisestä muodostavat 2000-luvun vaihteessa huumeita käyttämään aloittaneet miehet, joista peräti 15 prosenttia kertoi käyttäneensä kannabista vuoden sisällä ja viisi prosenttia kuukauden aikana. (Hakkarainen ym. 2010b.)

Taulukko 4. Kannabista kokeilleiden elinikäis- ja vuosiprevalenssit ikäryhmittäin 1992–2010, %.

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

* = 18–24-vuotiaat; ** = 16–24-vuotiaat

Lähde: Hakkarainen ym. 2011b.

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

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

2010-luvun lopun uudempi ilmiö suomalaisessa huumeiden käytössä on kannabiksen kotikasvatuksen nopea lisääntyminen. Ilmiö näkyy rikostilastoissa ja sitä on selvitetty myös kyselytutkimuksella.¹⁶ Takavarikkotilastojen perusteella 1990-luvulla vuosittaisten kannabiskasvitakavarikkojen määrä liikkui muutamissa sadoissa sen sijaan 2000-luvulla jo tuhansissa, ja vuonna 2010 yllettiin 15 000 kasviin. Vastaava nopea kasvu näkyy myös vertaamalla vuosien 2008 ja 2010 väestökyselyjen tietoja. Edellisessä hasiksen elinikäisprevalenssi oli suurempi kuin marihuanan (10 % vs. 9 %), kun vuonna 2010 osat olivat jo vaihtuneet (12 % vs. 13 %). Vuosiprevalenssien osalta marihuana oli ohittanut hasiksen jo vuonna 2008, ja vuoden 2010 kyselyn mukaan vuoden aikana hasista käyttäneitä oli aikuisväestöstä 2 % ja marihuanaa käyttäneitä 4 %. Lisäksi 10

¹⁵ Luokat määriteltiin seuraavasti: (1) henkilöt, jotka eivät ole kokeilleet ja joille ei ole koskaan tarjottu huumeita, (2) henkilöt joille on tarjottu mutta jotka eivät ole kokeilleet huumeita, (3) henkilöt, jotka ovat joskus kokeilleet huumeita, mutta eivät ole käyttäneet viime vuoden aikana, tai jotka ovat kokeilleet huumetta ensi kerran viime vuoden aikana, (4) henkilöt, jotka ovat käyttäneet kannabista viimeisen 12 kuukauden aikana sekä myös sitä ennen ja jotka ovat kokeilleet elämässään enintään kahta eri huumetta sekä (5) henkilöt, jotka ovat käyttäneet useampaa kuin kahta eri huumetta ja jotka ovat käyttäneet jotain huumetta/huumeita viimeisen vuoden aikana. Kaikkiaan tutkimuksessa oli mukana tiedot 7 227 henkilöstä. Analyysissa käytettiin logistista regressioanalyysia.

¹⁶ Tutkimusta varten rekrytoitiin aiheeseen liittyvien internetsivuston avulla haastateltaviksi suomalaisia kannabiksen kotikasvattajia. Haastatteluja tehtiin kaikkiaan 38 vuonna 2008. Haastateltavat muodostuivat 36 miehestä ja 2 naisesta, joista suurin osa (55 %) kuului 25–34-vuotiaiden ikäluokkaan. Lisäksi suomalaisille kannabiksen kotikasvattajille suunnattiin anonyymi internet-pohjainen verkkokysely vuonna 2009. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 1 298 vastaajaa, joista 80 % oli kasvattanut kannabista viimeisen vuoden aikana. Tutkimusaineistoa verrattiin vuoden 2008 väestökyselyn tuloksiin ja vuoden 2010 väestökyselyn alustaviin tuloksiin (Hakkarainen ym. 2011b). (Hakkarainen ym. 2011a.)

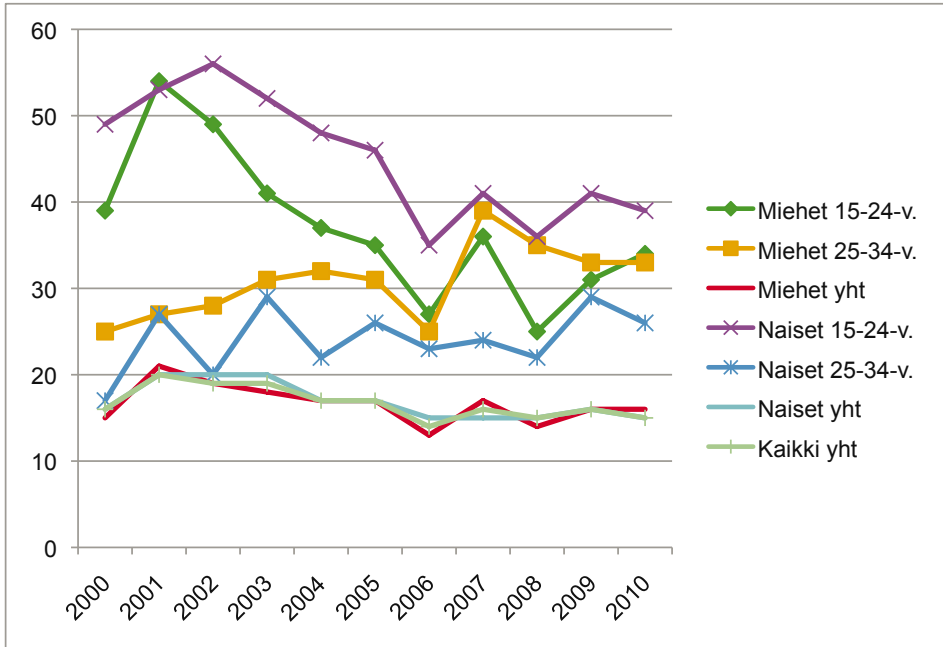
% vastaajista ilmoitti tuntevansa henkilökohtaisesti jonkun kannabiksen kasvattajan, vaikkakin vain prosentilla oli omaa kasvatuskokemusta. Silti voimasuhteiden muutos hasiksen ja marihuanan kokeilujen välillä lienee suurelta osin kannabiksen kotimaisen kasvatuksen seurausta. Viimeisen kuukauden aikana tapahtunutta kasvatusta koskevien kysymysten tuloksia vertaamalla tutkijat arvioivat Suomessa olevan lähes 10 000 kannabiksen aktiivista kotikasvattajaa. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Kyselytutkimuksen perusteella suurin osa (72 %) kotikasvattajista kasvattavat 1–5 kannabiskasvia kerrallaan. Vain runsas kaksi prosenttia vastaajista ilmoitti kasvattaneensa enemmän kuin 20 kasvia kerrallaan. Nettikysely painottui hieman enemmän pienkasvattajiin, sillä poliisin takavarikkotilastojen perusteella 13 % takavarikoista kohdistui yli 20 kasvin viljelmiin. Kaikkiaan noin viidennes kyselyyn vastanneista oli joutunut tekemisiin poliisin kanssa kannabiksen kasvatuksen vuoksi. Kyselytutkimuksen mukaan kasvattajien tärkeimmät tiedonlähteet ja siementen/pistokkaiden hankintalähteet olivat internet ja muut kasvattaja – sen sijaan kannabiksen myyjien osuus oli jokseenkin olematon. Enemmän kuin kaksi kolmasosaa vastaajista kertoi sijoittaneensa viime satoon korkeintaan 100 euroa. (Hakkarainen ym. 2011a.)

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

Aikuisväestön (15–64-vuotiaat) terveyskäyttäytymistä koskevien (AVTK)¹⁷ kyselyjen tärkein vuosittainen huumetilanteen kehitystä kuvaava mittari on huumeiden kokeilijoita tuttavapiirissään tietävien osuudet eri ikäluokissa. Nämä osuudet kasvoivat 2000-luvun alkupuolelle asti, mutta laskivat sen jälkeen aina 2000-luvun puoleen väliin asti. Selvimpiä muutokset ovat olleet 15–24-vuotiaiden osalta. Koko väestön osalta aleneva trendi on kuitenkin pysähtynyt 2000-luvun loppupuolella noin 15 prosentin tasolle, minkä ovat aiheuttaneet trendien voimakkaat vuosittaiset vaihtelut vuoden 2006 jälkeen etenkin nuorempien ikäluokkien osalta. (Piispa ym. 2008; Helakorpi ym. 2011)

¹⁷ AVTK-tutkimusten aineistot on kerätty suuntaamalla postikysely 5 000 henkilön edustavalle satunnaisotokselle 15–64-vuotiaista, maassa pysyvästi asuvista Suomen kansalaisista; laitoksissa asuvat suomalaiset on rajattu otoksen ulkopuolelle. Kyselylomakkeet on postitettu keväällä (huhtikuussa), ja vastaamatta jättäneille on lähetetty noin kahden seuraavan kuukauden aikana kaksi (vuonna 1996) tai kolme (vuosina 1997–2009) uusintakyselyä. Lomakkeen täytettynä palauttaneiden määrä on vaihdellut vuosittain 3 000:n ja 3 600:n välillä. Vuonna 2010 kyselyyn vastasi 2 826 henkilöä (vastausaktiivisuus 57 %). (Piispa ym. 2008; Helakorpi ym. 2011.)



Kuvio 1. Tuntee vähintään yhden henkilön, joka on kokeillut huumeita vuoden aikana, %.

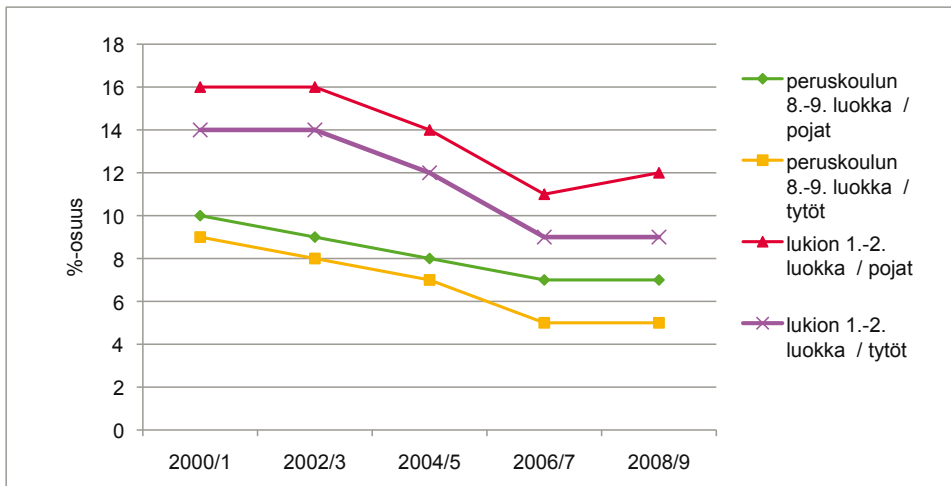
Lähde: Helakorpi ym. 2011.

Suomessa huumeiden käyttö on jälleen yleistynyt tasaisemman kehityksen jälkeen 2010-luvun vaihteeseen mennessä. Kehitys näyttäisi keskittyneen erityisesti 25–34-vuotiaiden miesten kannabiksen käyttöön. Kehityksellä on myös selkeä kytkeä kannabiksen kotikasvatuksen lisääntymiseen. Sen sijaan muiden aineiden käyttötaso on ollut suhteellisen vakaata, ehkä sillä poikkeuksella, että stimulanttiryhmässä ekstaasi ja kokaani ovat nousseet suosiossa amfetamiinin rinnalle. Opiaattien osalta huomattavaa on buprenorfiinin ja muiden lääkeopioidien (tarmadoli, fentanyyli, oksikodoni) käytön yleistyminen heroiinin sijasta. Unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttö sijoittuu kannabiksen ja muiden laittomien huumeiden käytön väliin, ja niitä käytetään useimmiten univaikeuksiin mutta myös päihdyttäviin tarkoituksiin ja päihdeiden vaikutusten lieventämiseen tai tehostamiseen. Keskeistä suomalaisessa päihdekulttuurissa on myös huumausaineiden ja alkoholin sekakäyttö, mikä ilmenee esimerkiksi siinä, että huumausaineita vuoden aikana käyttäneistä puolet kuluttaa myös alkoholia riskialttiilla tavalla. 2000-luvun alun vakaan kehityksen vuosista huolimatta huumeilla näyttäisi olevan vuonna 2010 aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten (miesten) juhlintatavoissa ja viihdekäytössä että päihdeiden käyttöön liittyvän alkavassa syrjäytymiskehityksessä. (Hakkarainen ym. 2010b.)

2.2. Koululaisten huumeiden käyttö

Koululaisiin kohdistuneen vuoden 2007 ESPAD-tutkimuksen¹⁸ 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 % vastan-neista. (Ahlström ym. 2008.)

Vastaavanlaiset tulokset on saatavissa valtakunnallisesta kouluterveyskyselystä, jossa kysely kattaa vuorovuosin aina puolet Suomen kunnista sekä niiden peruskoulujen 8.–9. luokat ja lukion 1.–2. luokat.¹⁹ Alueellisesti levinneisyystiedot jakautuivat melko tasaisesti lukuun ottamatta Etelä-Suomea, jossa taso oli keskimäärin kolmanneksen muuta maata korkeampi. Eroja ilmenee kuitenkin koulutusasteen mukaan. Vuosina 2008–2009 arviolta 11 % lukion 1.–2.-luokkalaisista oli kokeillut joskus laittomia huumeita, kun vastaava prosent-tiosuus oli 17 % ammatillisten oppilaitosten 1.–2. luokan opiskelijoista. (Luopa ym. 2010.)



Kuvio 2. Kouluterveyskysely: Kokeillut ainakin kerran laittomia huumeita, %

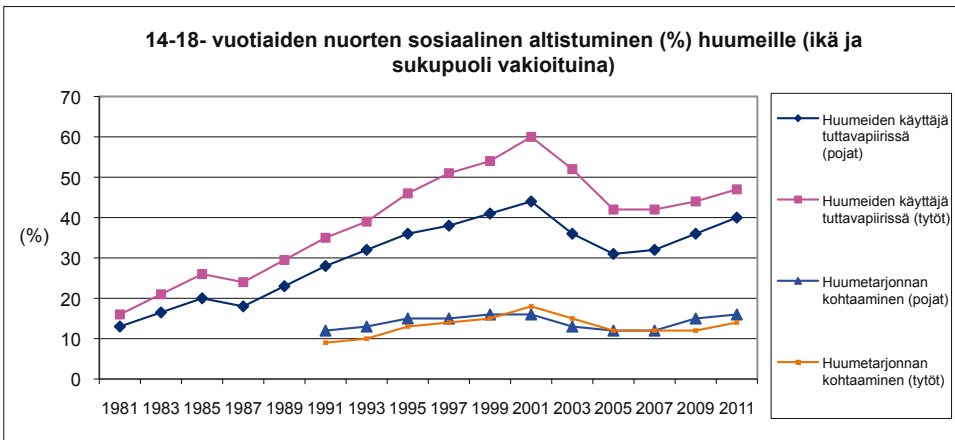
Lähde: Luopa ym. 2010

¹⁸ 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.)

¹⁹ Kouluterveyskysely tehdään yhden oppitunnin aikana opettajan ohjaamana. Vastaajat palauttavat opettajalle nimettömät lomakkeet, jotka opettaja sulkee tunnin lopussa luokkakohtaiseen kirjepussiin oppilaiden nähdn. Luokkien kirjepussit lähetetään koulusta yhtenä pakettina tutkimusryhmälle. Tietojen keruun osalta Suomi on jaettu alueellisesti kahteen osaan, joista tiedot kerätään vuorovuosin. Muutosten tarkastelussa käytetään vertailukelpoisuuden lisäämiseksi aineistoa niistä kouluista, jotka ovat osallistuneet kyselyyn kaikkina kyselykertoina – joko parillisina tai parittomina vuosina. Mukaan valikoitui yhteensä 535 peruskoulua ja 321 lukiota. Kun parilliset ja parittomat vuodet yhdistettiin, vastanneita oli vuosittain peruskoulussa 81 057–83 915 ja lukiossa 39 084–43 242. Muutosaineisto kattoi tutkimusvuosista riippuen 61–65 prosenttia kaikista Suomen peruskoulun 8.-9. ja 51–58 prosenttia kaikista lukion 1.-2. vuoden opiskelijoista. (Luopa ym. 2010.)

ESPAD-tutkimuksen mukaan koulussa yleisesti hyvin menestyvät käyttävät kaikkia päihteitä vähemmän kuin heikosti menestyvät. Huumeiden kokeilu on ollut vähäistä (4–5 %) koko tutkimusjakson ajan hyvin koulussa pärjäävien 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. Sen sijaan esimerkiksi perheen koulutustaustalla ei ole merkittävää vaikutusta kokeiluihin, vaikka kokeilut alun perin 1990-luvun puolivälissä yleistyivät juuri korkeakoulutautaisissa perheissä. (Metso ym. 2009.)

Valtakunnallisen, 12–18-vuotiaisiin kohdennetun nuorten terveystapatutkimuksen²⁰ kysymyksillä on mahdollista arvioida nuorten ”sosiaalista altistumista huumeille”, mitä tarkastellaan kysymällä tietävätkö nuoret tuttavapiirissään huumaavia aineita kokeilleita tai onko heille itselleen tarjottu näitä aineita. Tutkimuksen mukaan ainakin yhden huumeekokeilijan tuttaviansa keskuudessa tietävien 14–18-vuotiaiden osuus lisääntyi vuodesta 1987 vuoteen 2001, minkä jälkeen osuus lähti laskuun. Lasku kuitenkin pysähtyi vuonna 2007. Vuoden 2011 Tutkimuksen mukaan valtaosa huumaavien aineiden tarjonnasta tulee ystäviltä ja tuttavilta. Tämä viittaa siihen, että näistä aineista on tullut osa nuorten arkipäivää, eikä saatavuus ole erityisen vaikeaa tai riippuvaista yksinomaan ulkopuolisesta tarjonnasta. Vuonna 2011 huumeita oli tarjottu joka kuudennelle 18-vuotiaasta pojista ja tytöistä. (Raisamo S. ym. 2011.)



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

Lähde: Raisamo S. ym. 2011.

¹⁸ 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 2011 kyselyyn vastasi 4 566 nuorta (47 %). (Raisamo S. ym. 2011.)

Nuorten koulunkiusaamisen kokemusten ja huumeiden käyttökokemusten välistä yhteyttä arvioitiin valtakunnallisella tutkimuksella, jossa on verrattu aiheeseen liittyviä kyselytuloksia 8-vuotiaiden koululaisten (poikien), heidän vanhempinsa ja opettajiensa haastatteluista ja 10 vuoden jälkikäteis seurannassa saatuja haastatteluvastauksia toisiinsa.²¹ Tulosten perusteella erityisesti 8-vuotiaana kiusaajana oleminen näytti ennustavan huumeiden kokeiluja myöhemmällä, 18-vuoden iällä. Myös säännöllinen kiusaaminen näytti ennustavan hyvin huumeiden käyttöä riippumatta muista tutkimuksessa huomioituista muuttujista. Sen sijaan kiusattuna oleminen itse asiassa näytti vähentävän huumeiden käyttöä myöhemmällä iällä. Jälkimmäisessä suhteessa tilanne oli päinvastainen säännöllisen tupakoinnin osalta. Tutkijat selittivät yhteyttä kiusaamisen ja myöhemmän huumeiden käytön kanssa kiusaajan epäsosiaalisiin persoonallisuuden piirteisiin vedoten. Tosin tämän tutkimuksen tulokset koskevat vain poikia. (Niemelä ym. 2011.)

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

Yksilö-, vertaisryhmä- ja perhemuuttujien vaikutuksia huumeiden käyttöön koskeneessa tutkimuksessa²² todettiin, että tutkituista kaksosista 13,5 % oli kokeillut kan-

²¹ Tutkimusaineisto on kerätty vuosina 1988 ja 1998. Vuoden 1989 aineisto koostuu 10 prosentin satunnaisotannasta koko 8-vuotiaiden ikäluokasta kyseisenä vuonna. Poikia joukossa oli 2946. Näiden lasten osalta tutkimukseen kuuluivat myös lasten vanhempien ja opettajien haastattelut. Koulukiusaamisen osalta lapsilta kysyttiin sekä koulukiusaamisen uhrina että kiusaajana olemista sen sijaan vanhemmilta ja opettajilta vain koulukiusaamisen uhrina olemista. Seurantatutkimus tehtiin vuonna 1999, jolloin huumeiden kokeilua tupakan, alkoholin ja huumeiden käyttöä koskeviin kysymyksiin vastasi noin 78 % alkuperäisestä tutkimusjoukosta. Tutkimustulosta väärinää jonkin verran se, että kyselyn katojoukkoon kuului enemmän koulukiusaamiskokemuksen ilmoittaneita kuin kyselyyn vastanneiden joukkoon. Analyysimenetelmänä käytettiin logistista regressioanalyysiä. (Niemelä ym. 2011.)

²² Tutkimusaineisto koostui viidestä täydellisestä kaksosten syntymäkohortista vuosilta 1983–1987 (n=5 600 kaksosta) sekä kaksosiin ja heidän vanhempinsa kohdistuneista peruskyselyistä kun kaksoset olivat 11–12-vuotiaita (kattavuus 87 %), seurantakyselyistä heidän ollessaan 14-vuotiaita (kattavuus 88 %) ja toisesta seurantakyselyistä heidän ollessaan 17,5-vuotiaita (kattavuus 92 %). Aineistossa mukana olivat myös opettajien arvioinnit kaksosista 11–12-vuotiaina. Vaikuttavien muuttujien ryväs kerättiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja muuttujia arvioitiin peruskyselyllä ja ensimmäisellä seurantakyselyllä ja huumeiden käyttöä 17,5-vuotiaille osoitetulla kyselyllä. Aineiston puhdistettu ja tarkastettu lopullinen aineisto käsitti tiedot kaikkiaan 3 118 henkilöstä (kaksosesta). Aineisto analysoitiin logistisella ja ehdollisella (conditional) logistisella regressioanalyysillä käyttäen tunnuslukuna vetosuhdetta (odds ratio). (Korhonen ym. 2008.) Kaksositutkimusprojektin kokonaiskuvaus löytyy osoitteesta: <http://wiki.helsinki.fi/display/twineng/Finntwin12>.

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

Viimeksi julkaistussa kaksostutkimuksessa syvennettiin analyysiä tupakan ja huumeiden käytön välisen mahdollisen yhteyden osalta 17,5-vuotiaiden kyselyjen perusteella.²³ Tutkimuksessa vertailtiin rakenneyhtälömalleja, joista ensimmäisessä oletettiin tupakoinnin vaikuttavan syy-seuraus-suhteen tavoin huumeiden käytön aloittamiseen ja toisessa oletettiin, että molempien taustalla ovat yhteiset perintö- ja/tai ympäristötekijät. Molemmissa malleissa perintötekijät näyttivät suurta osuutta tupakoinnin aloittamisen ja huumeiden käytön aloittamisen taustalla. Malleista se, jossa varhain aloitettu tupakointi vaikutti huumeiden käytön aloittamiseen, sopi kuitenkin aineistoon jonkin verran paremmin, mutta yhteisten perintötekijöiden osuutta ei pystytty täysin sulkemaan pois. Sen sijaan huumeiden käytön jatkumiseen (käyttö useammin kuin neljä kertaa elinaikana) tupakoinnin aloittamisella ei ollut suoria vaikutuksia vaan sen vaikutukset tulivat epäsuorasti huumeiden käytön aloittamisen kautta. Huumeiden käytön jatkumisen synyn yksilöllisten ympäristötekijöiden merkitys nousi merkittäväm-pään asemaan kuin sen merkitys oli tupakoinnin jatkamisen (yli 50 tupakointikertaa elinaikana) osalta. (Huizink ym. 2010)

2.3. Opiskelijoiden huumeidenkäyttö

Vuonna 2008 toteutettiin kysely yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoille, jossa kartoitettiin opiskelijoiden terveydentilaa, terveyskäyttäytymistä ja näihin liittyviä tekijöitä sekä terveyspalvelujen käyttöä.²⁴ Vastanneiden keski-ikä oli ammattikorkea-

²³ Aineisto muodostui edellisessä viitteessä esitetyn kaksostutkimuksen aineistosta. Tällä kertaa tupakan ja huumeiden käyttöä tutkittiin 17,5 -vuotiaiden osalta ja tutkimuksessa analysoitiin lopulta 3744 kaksosen muodostama aineisto. Aineisto analysoitiin kahdella vaihtoehdoisella monimuuttujamenetelmällä toteutetulla mallilla ja aineistoon sovellettiin tilastollisia standarditestejä. (Huizink ym. 2010.)

²⁴ Tutkimuksen kohdejoukkona olivat vuonna 2008 alle 35-vuotiaat perustutkintoa suorittavat suomalaiset ammattikorkeakouluopiskelijat (otos 4 984, miehiä 46 %) ja yliopisto-opiskelijat (otos 4 983, miehiä 45 %). Kokonaisvastausprosentti oli kolmen muistutuksen jälkeen ammattikorkeakoulujen osalta 51 %, yliopistojen osalta vähän korkeampi (= 55 %). Vastaava tutkimus on toteutettu yliopisto-opiskelijoiden osalta myös vuosina 2000 ja 2004. (Kunttu & Huttunen 2009.)

koulussa 24 vuotta ja yliopistoissa vuoden korkeampi. Naisten osuus vastanneista oli 63 %. Päihteiden osalta todettiin, että yli 90 % opiskelijoista käyttää alkoholia ja yli 6 kerta-annosta viikossa miehistä neljännes ja naisista lähes joka kymmenes. Joskus kannabista kokeilleiden osuus oli 22 % opiskelijoista, joista noin kolmannes oli käyttänyt kannabista viimeisen vuoden aikana. Muiden huumeiden osalta kokeilijoita oli noin 3 %, joista myös kolmannes viimeisen vuoden aikana. Kannabiksen käyttäjien osuudet olivat suurempia miesten osalta, sen sijaan merkittäviä eroja ei ollut koulutusasteiden välillä. (Kunttu & Huttunen 2009.)

Kuntun ja Huttusen tutkimuksen mukaan lääketieteen opiskelijoiden alkoholin käyttö oli yliopistoissa alhaisinta tasoa eri tiedekuntia verratessa. Vuonna 2007 Tampereen yliopiston lääketieteen tiedekuntatentin yhteydessä tehtiin juuri tälle kohderyhmälle suunnattu vapaaehtoinen kysely opiskelijoiden päihteiden käytöstä.²⁵ Vastaajien ikäkeskiarvo oli 24 vuotta ja naisten osuus vastanneista oli 62 %. Kyselyn lopputuloksen mukaan yli 90 % opiskelijoista käytti alkoholia ja yli 6 kerta-annosta vähintään kerran viikossa miehistä yli neljännes ja naisista vain pari prosenttia. Kannabista oli kokeillut 23 % opiskelijoista, kun taas muiden huumeiden kokeilu jäi alle kahden prosentin. Kannabiksen kokeilu oli yhtä yleistä miehillä ja naisilla. (Meriläinen ym. 2010.)

²⁵ Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan 1.–5.-vuosikurssin opiskelijat. Lomake jaettiin pakollisen tiedekuntatentin yhteydessä. Tenttiin osallistui 497 opiskelijaa, joista tutkimukseen saatiin 468 hyväksyttyä lomaketta (vastausprosentti 94 %).

3. Ehkäisevä huumeetö

3.1. Yleistä ehkäisevästä päihdetyöstä Suomessa

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

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

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

Kunnille on annettu suositus tehdä mielenterveys- ja päihdetyön strategia, jossa määritellään päihdetyön vastuut terveyskeskuksessa. (STM 2009b.) Tutkimuksen²⁶ mukaan kuitenkin vain 69 % terveyskeskuksista on hyväksynyt päihdetyön strategian. Lisäksi 65 %:ssa terveyskeskuksista oli johdon hyväksymän päihdehaittojen vähentämis-suunnitelma. Alkoholin käytön vähentämiseen tähtäävää mini-interventioita ilmoitti toteuttavansa 73 % terveyskeskuksista. Huumausaineiden käyttäjille terveysneuvontaa annettiin vain kolmasosassa terveyskeskuksista (35 %). Yhteisistä käytännöistä huumeiden käytön toteamiseksi oli sovittu 40 %:ssa terveyskeskuksista. (Rimpelä ym. 2009a.)

Päihdetyön kehittämiseksi perustettiin vuonna 2000 ehkäisevän päihdetyön kun-tayhdyshenkilöverkosto. Yhdyshenkilön tehtäviksi määriteltiin ehkäisevän päihdetyön edistäminen kunnassa moniammatillisena yhteistyönä, tiedonvälitys ehkäisevän päihde-työn toimijoiden välillä sekä kunnallisen tai alueellisen päihdestrategian koordinointi.

Ehkäisevän päihdetyön kunta- ja alueverkostojen kehittämistä toteutetaan val-takunnallisessa Alkoholiohjelmassa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toimii

²⁶ Terveyskeskusten (N = 231) johtajille lähetettiin lokakuussa 2008 verkkokysely, johon pyydettiin vastaa-maan johtoryhmän yhteistyönä. Väestön terveyden edistämisaktiivisuuden näkökulmien lisäksi lomakkeessa oli kysymyksiä johdon tulkinnoista terveyden edistämisestä ja keskeisistä kansanterveys-ohjelmista. Vastaukset saatiin 190 terveyskeskuksesta (82 %), kaikista suurimmista (50 000+ asukasta) ja 89 % keskisuurista (20 000–49 999).

ohjelman pääkoordinaattorina ja ohjaa kuntaohjelman toteuttamisessa. THL kehittää myös päihdetyön alueellista kehittäjäverkostoa sekä kerää ja välittää alan hyviä käytäntöjä. Aluehallintovirastoihin on palkattu aluekoordinaattoreita, jotka huolehtivat, että ohjelman toimintalinjat näkyvät sekä alueellisissa että kunnallisissa päihdestrategioissa.

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.

Terveyden edistämisen keskus (Tekry) on päihdepoliittinen vaikuttaja. Se tukee myös ihmisten omaehtoista päihteiden käytön hallintaa ja aktivoi kansalaiskeskustelua tuottamalla päihteisiin liittyvää tietoa ja nostamalla esiin ihmisten näkemyksiä. Järjestö tukee ja kehittää yhteistyöverkostoja sekä välittää tietoa järjestöjen ja muiden toimijoiden välillä niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. Tekry koordinoi ehkäisevän päihdetyön teemaviikkoa. Teemaviikon tarkoituksena on saada ehkäisevälle työlle sen ansaitsemaa huomiota ja lisätä eri toimijoiden välistä yhteistyötä joka jatkuu myös viikon jälkeen. Teemaviikolla järjestetään eri paikkakunnilla teemaan liittyviä tapahtumia. Vuonna 2011 viikon teemana oli ”Päihdeilmastomme kaipaa muutosta”. Terveyden edistämisen keskus järjestää myös Valtakunnalliset Päihde- ja mielenterveyspäivät, joka on laajin vuosittainen päihdetyön ammattilaisten koulutustapahtuma, jonka tavoitteena on kehittää ja tuoda esiin alan ennalta ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen ajankohtaisia ilmiöitä. Päihde- ja mielenterveyspäivät käsittelevät myös huumeasiansioita. (Tekry 2011a.) Järjestö ylläpitää myös ehkäisevän päihdetyön materiaalipankkia, joka sisältää järjestöjen, kuntien ja muiden toimijoiden ehkäisevän päihdetyön materiaaleja. (Tekry 2011b.)

Ehkäisevälle päihdetyölle on määritelty laatukriteerit. Kriteeristö on luonteeltaan sisällöllinen ja se soveltuu eri päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisyyn sekä vähentämiseen.²⁷ Laatukriteerien omaksumista käytäntöön pidetään keskeisenä välineenä ehkäisevän työn laadun parantamiseksi. Huumeetöä ei laatukriteereissä ole eroteltu muusta päihdetyöstä. (Stakes 2006.)

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

²⁷ Kriteerit ovat työn kohdennus, kohderyhmä, vaikuttamisten taso, tietoperusta, arvot, realistiset tavoitteet, tavoitteiden yhdenmukaisuus muiden strategioiden kanssa, toimintamallit, resurssit, seuranta ja arviointi, osa-alueiden tasapaino ja suhde alkutilanteeseen.

Huumetyön osaksi järjestöt ovat luoneet sähköisiä huumetietopalveluja, keskustelufoorumeita sekä välineitä päihdeiden käytön itsearviointiin. Asiantuntijoiden tietojen vaihtoa ja koulutusta on vastaavasti kehitetty luomalla koulutuksen tueksi verkostopohjaisia asiantuntijafoorumeita.

Neuvoa-antavat -teemapalvelu http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi on THL:n valtakunnallinen päihdetyön verkkopalvelu. Sivustoon liittyy myös päihdehoitopaikkatietokanta ja strategiatietokanta.

3.2. Yleinen ehkäisevä päihdetyö

Nuorisotyö ja -politiikka

Nuorisolain mukaisen nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelman 2007–2011 päihde-ehkäisyyn liittyviä osioita on toteutettu OKM:n koordinoimana yhteistyössä STM:n ja SM:n kanssa ja nuorisotyön menetelmiä on kehitetty myös ehkäisevän päihdetyön näkökulmasta.

Valtakunnallisen nuorisoalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus Preventiimi on julkaissut päihdekasvatuksen tukimateriaalin. Oppaassa nuorisoalan ehkäisevä päihdetyöhön katsotaan kuuluvan nuorten sosiaalinen vahvistaminen, yleinen ehkäisy ja riskiehkäisy. Yleisen ehkäisyn tarkoituksena nähdään ajankohtaisen tiedon antaminen nuorille eri päihdeaineista ja niiden käytön aiheuttamista yleisistä riskeistä. Terveystieteiden riskien käsittelyn lisäksi voidaan pohtia myös päihdeiden aiheuttamista vaikeuksista kaverisuhteissa, koulunkäynnissä ja perhe-elämässä. Asioiden käsittelytavassa, näkökulmissa ja käytettävissä esimerkeissä tulisi lähteä mahdollisimman läheltä nuorten omaa kokemusmaailmaa. Pelkkä tiedon jakaminen ei aina riitä. On pyrittävä varmistumaan myös siitä, miten nuoret ovat tulkinneet heille jaettua tietoa ja miten syntynyt ymmärrys vastaa heidän omaa kokemusmaailmaansa. (Pylkkänen ym. 2009.)

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

Preventiimi, joka toimii valtakunnallisen Humanistisen ammattikorkeakoulun (HUMAK) yhteydessä, järjestää myös nuorisoalan ehkäisevän päihdetyön täydennyskoulusta ammattilaisille. Preventiimi on yksi opetus- ja kulttuuriministeriön vuonna 2010 tehdyn periaatepäätöksen mukaisista valtakunnallisista nuorison palvelu- ja kehittämiskeskuksista. Preventiimi kouluttaa nuorisotyön koulutettaville ja nuorten kanssa

työtä tekeville ehkäisevää päihdetyötä verkostoituen kuntien ja järjestöjen kanssa. Preventiimi-keskuksessa on myös järjestetty ja kehitetty myös nuorten päihde-ehkäisykoulutusta. Hankkeilla on tuettu myös kouluissa tehtävää ehkäisevää työtä ja tuotettu erilaisia materiaaleja. Maahanmuuttajanuorille suunnattujen hankkeiden tukea on lisätty. Useita satoja nuoria on osallistunut myös kaikille nuorille suunnattuun kansainvälistä nuorisokasvatusohjelmaan, Avarttiin. Nuorisokasvatusohjelman ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus Preventiimin internetsivusto on osoitteessa www.preventiimi.fi.

Yleinen ehkäisevä päihdetyö koulussa

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

Koulun ehkäisevä päihdetyö koostuu

- päihdeopetuksesta ja -kasvatuksesta opetuksen osana, mm. integroituna pakolliseen terveystieto-oppiaineeseen
- terveen kasvun ja kehityksen tukemisesta
- terveen ja turvallisen oppimisympäristön edistämisestä
- kouluterveydenhuollon tuesta ja laajoista terveystarkastuksista
- mahdollisuudesta saada ohjausta ja apua luottamuksellisesti
- oppimisen tuesta, joka auttaa pysymään koulussa ja pärjäämään siellä
- vapaa-ajan toiminnasta
- koulun päihde-ehkäisyä koskevasta opetussuunnitelmasta ja päihdepelisäännöistä, jotka mm. ohjamaärrittelevät koulun toimintatavan päihdeiden käyttöön liittyvissä tilanteissa.
- suunnitellusta ja opetellusta oikeanlaisesta ja oikea-aikaisesta puuttumisesta päihdeiden käyttöön
- yhteistyöstä kotien kanssa
- yhteistyöstä päihdepalvelujen kanssa sekä
- yhteistyöstä muiden paikalliseen ehkäisevän päihdetyön verkostoon kuuluvien ammatti- ja kansalaistoimijoiden kanssa.

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

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

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

3.3. Valikoiva ehkäisevä päihdetyö

Vuonna 2010 nuorisotyön määrärahoista myönnettyillä avustuksilla on tuettu nuorten riskiryhmiin kohdistettuja ehkäisyhankkeita. Hankkeita ovat järjestäneet muun muassa kunnat, järjestöt, nuorten työpajat ja valtakunnalliset nuorisokeskukset. Erityisesti etsivää nuorisotyötä on kehitetty, ja tällä hetkellä toimii 230 etsivän työn työparia eri puolilla Suomea. Nuorisotutkimusverkosto on yhteistyössä muun muassa THL:n kanssa tehnyt ehkäisevän päihdetyön tutkimusyhteistyötä.

Nuorten ahdistuksen ja päihteiden käytön kohtaamisesta ja mahdollisten ongelmien tunnistamisesta on kirjoitettu vanhemmille ja nuorten parissa työskenteleville opas, jossa kuvataan ahdistuneisuuden ja päihteiden käytön yhteyksiä. (Fröjd ym. 2009) Hyvinvointia ja terveyden edistämistä lukiossa ja ammatillisissa oppilaitoksissa selvittäneissä kyselytutkimuksissa²⁷ kysyttiin miten toimittiin kun epäiltiin huumeiden käyttöä. Huumeetapauksia raportoitiin kaiken kaikkiaan erittäin vähän, tosin ammatillisissa oppilaitoksissa (n = 29) huomattavasti lukioita (n = 13) enemmän, mutta määrät olivat kuitenkin erittäin pieniä. Yleisemmin opettaja, ryhmänohjaaja tai rehtori pyrki keskustelemaan oppilaan kanssa. Ammatilliset oppilaitokset olivat selvästi aktiivisempia ohjaamaan oppilaan oppilaiden terveydenhuollon piiriin, mutta myös ottamaan yhteyttä alle 18-vuotiaan vanhempiin, lastensuojeluun ja poliisiin. (Rimpelä ym. 2009b; Väyrynen ym. 2009.)

Päihdelinkki (www.paihdelinkki.fi): Keskeinen päihdealan järjestö, A-klinikkasäätiö, loi jo yli 10 vuotta sitten huumeetöyön tueksi kansallisen sähköisen huumeetietopalvelun, Päihdelinkin. Päihdelinkki on matalan kynnyksen verkkopalvelu, joka tarjoaa riippu-

²⁷ Pääosin yhtenäinen kysely järjestettiin v. 2008 kaikille lukioille (N=416), sekä sellaisille oppilaitoksille joissa järjestettiin ammatilliseseen perustutkintoon johtavaa koulutusta (N=192). Lukioista kyselyyn vastasi 90 % ja oppilaitoksista 84 %.

vuuksiin liittyvää tietoa ja oma-apuvälineitä. Päihdelinkin Kuivaushuone- keskustelualueen tavoitteena on huumeiden käytön lopettaminen. Keskustelualueista suosituin on huumeaiheinen Sauna- keskustelualue, jonka tavoitteena on erityisesti päihdehaittojen vähentäminen. (Päihdelinkki 2011.)

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.

3.4. Kohdennettu ehkäisevä päihdetyö

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

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

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

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

Terveysneuvontapisteissä²⁹ tehdään riskiryhmäehkäisyä. Kunnat ja järjestöt tekevät myös etsivää työtä, jolla pyritään tavoittamaan palveluiden piiriin kuulumattomia yksilöitä kuten koulupudokkaita tai huumeiden käyttäjiä, jotka eivät käytä terveysneuvontapisteiden palveluita. Kohdennettua tietoa huumeiden käytön riskeistä annetaan myös järjestöjen toimesta erilaisissa toimintaympäristöissä kuten rockfestivaaleilla tai konemusiikkitapahtumissa. (Ks. mm. Punainen Risti 2010; YAD 2011.)

3.5. Valtakunnalliset ja paikalliset mediakampanjat

Toimintavuonna ilmestyi Mikko Piispan raportti (Piispa 2010b), jonka ensimmäisessä osassa arvioidaan Youth Against Drugs -järjestön (YAD) Street Team -kampanjan vuonna 2007 alkanutta pilottiversiota ja toisessa kampanjan uuden version (2010) kolmea ensimmäistä toimintakuukautta. Hanke toimi verkossa: mukaan toimintaan haluavat rekisteröityivät YAD:n Street Team -sivulle, jossa oli erilaisia tehtäviä ja joiden hyväksytystä suorittamisesta sai pisteitä. Tehtävät suoritettiin joko verkossa tai tosielämässä. YAD:n Street Teamin tavoitteena oli tehdä YAD:a tunnetuksi ja tuoda esille sen edustamia arvoja ja asenteita. YAD:n Street Team pyrkii vaikuttamaan ruohonjuuritasolla nuorten huumeasenteisiin. Street Teamiin hakeutuu enimmäkseen nuoria, jotka lähtökohtaisesti ovat huumeekriittisiä, ja toimintaan mukaan tulella he ovat valmiita tuomaan mielipiteensä julki omilla vertaisverkostoissaan. Heidän sanansa painaa kaveripiirin päihdekeskusteluissa usein enemmän kuin virallisten tahojen valistus.

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

²⁹ Ks. alaluku 7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen.

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 ongelmakäyttäjiä oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä.

THL:n huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2010 tietojen mukaan päihdehuollon kaikkien huumeasiakkaiden joukossa ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä olivat opiaatit (55 %), stimulantit (14 %), kannabis (13 %), alkoholi (11 %), ja lääkkeet (6 %). Nämä tulokset heijastavat hoidon tarjontaa: korvaushoitoa on toistaiseksi olemassa vain opiaattien käyttäjille. Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä peräti kolmanneksella koko asiakaskunnasta. Vaikka ongelmallisimpien huumeiden käyttäjien joukossa on henkilöitä, jotka käyttävät sekä amfetamiineja että opioideja, suomalaisen huumeiden käytön kova ydin on sekakäytössä, jossa keskeistä osaa näyttelevät kivunlievitykseen tarkoitettut opioidipohjaiset lääkeaineet ja rauhoittavat lääkeaineet (bentsodiatsepiinit) sekä alkoholi ja kannabis.

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

4.1. Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella

Huumeiden ongelmakäytön laajuutta on seurattu vuodesta 1997 lähtien viranomais-tilastojen perusteella tehtyjen tilastollisten arvioiden³⁰ perusteella. Arvion mukaan

³⁰ Ongelmakäyttäjien määrän arviointi perustuu tilastolliseen merkintä-takaisinpyynti -menetelmään (capture-recapture), jossa samasta kohdejoukosta otettujen otosten päällekkäisten tapausten perusteella voidaan arvioida tilastollisesti kohdejoukon kokoa. Otokset määriteltiin kohdejoukkoon (amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjät) kohdistuneiden interventioiden avulla. Järjestelmän interventiot olivat henkilön hoito sairaalassa amfetamiini- tai opiaattidiagnoosin perusteella, henkilöön kohdistuneet rikosoikeudelliset toimet amfetamiinin tai opiaatin käyttö- tai hallussapitorikoksen vuoksi, henkilön joutuminen kiinni ajaessaan autoa amfetamiinin tai opiaattien aiheuttamassa päihetyystilassa 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. (Par-tanen ym. 2004, 2007.)

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

Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien³¹ 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 arvon mukaan 0,13–0,18 % väestöstä. Naisten osuus oli noin 20–30 % kummassakin aineryhmässä. 15–24-vuotiaiden nuorten osuus käyttäjistä oli noin 25–35 %, mutta he eivät olleet enää ikäryhmänä 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
Kokonaisarvio	0,4–0,55	0,4–0,5	0,5–0,6	0,55–0,75	0,52–0,69
Amfetamiinien käyttäjät	0,26–0,45	0,29–0,43	0,35–0,54	0,38–0,65	0,43–0,74
Opiaattien käyttäjät	0,06–0,09	0,09–0,11	0,14–0,17	0,15–0,21	0,13–0,18
Miehet	0,54–0,70	0,54–0,66	0,58–0,71	0,77–1,03	0,74–0,98
Naiset	0,20–0,58	0,14–0,24	0,20–0,31	0,29–0,57	0,20–0,31
15–25-vuotiaat	0,67–1,12	0,73–1,02	0,81–1,04	0,93–1,30	0,63–0,95
26–35-vuotiaat	0,51–0,71	0,46–0,59	0,64–0,82	0,74–1,13	0,68–0,94
36–55-vuotiaat	0,14–0,25	0,19–0,46	0,22–0,36	0,25–0,50	0,30–0,54

Lähde: Partanen ym. 2004, 2007.

³¹ Tutkimuksessa käytetyn kansallisen määritelmän mukaan ongelmakäytöllä tarkoitetaan amfetamiinien tai opiaattien käyttöä, joka on aiheuttanut käyttäjälle sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja. Lisäksi haitat ovat aiheuttaneet viranomaisen puuttumisen asiaan jollain tavalla, mikä käy ilmi viranomaisrekistereistä. Tutkimuksesta oli tarkoitus toteuttaa vuonna 2010 uusi arvio vuoden 2008 tiedoilla, mutta rekisteripointintaa analysoitaessa ilmeni, että rekisterijärjestelmien muutosten vuoksi saadut tulokset eivät olleet entisten tietojen kanssa vertailukelpoisia. Uudet arviot ongelmakäyttäjien määristä siirtyvät tämän vuoksi kahdella vuodella ja samalla arvioidaan uudestaan tietojen pointintaperustaa.

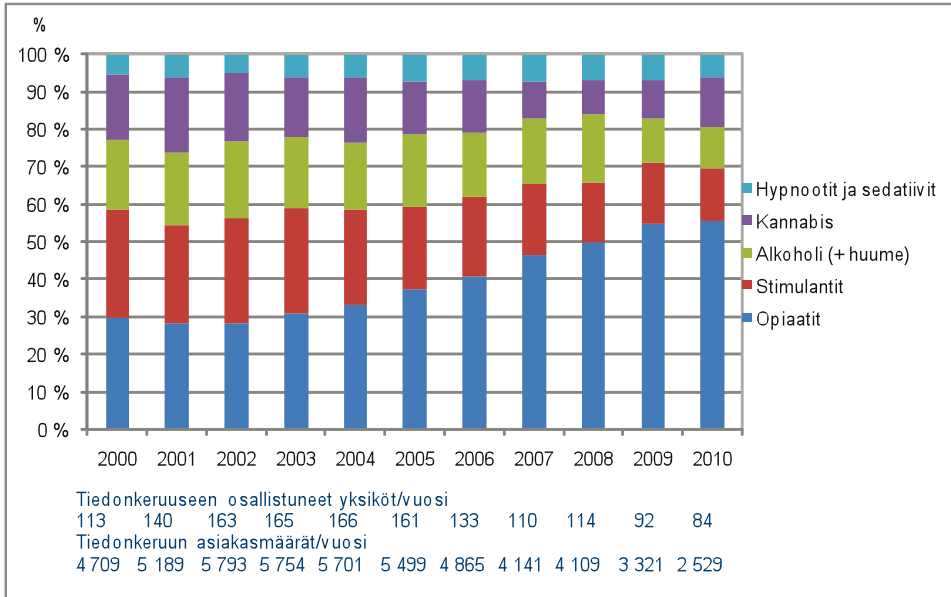
Kaikista ongelmakäyttäjistä noin 50–60 % oli Etelä-Suomesta ja näistä selvästi yli puolet pääkaupunkiseudulta. Naisten osuus ongelmakäyttäjistä näyttäisi olevan vähenemässä tasaisesti koko Suomessa, ehkä pääkaupunkiseutua lukuun ottamatta. Pääkaupunkiseudulla puolestaan näkyy selvimmän käyttäjäjoukon ikääntymiskehitys. Vuoden 2005 tietojen valossa näyttäisi mahdolliselta, että huumeasainiongelma keskittyisi tulevaisuudessa pääkaupunkiseudulle ja ehkä muutaman suurimman kaupungin alueille, joihin keskittyisivät myös erityiset hoitopalvelut (korvaushoito, terveysneuvonta). (Partanen ym. 2007.)

4.2. Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan

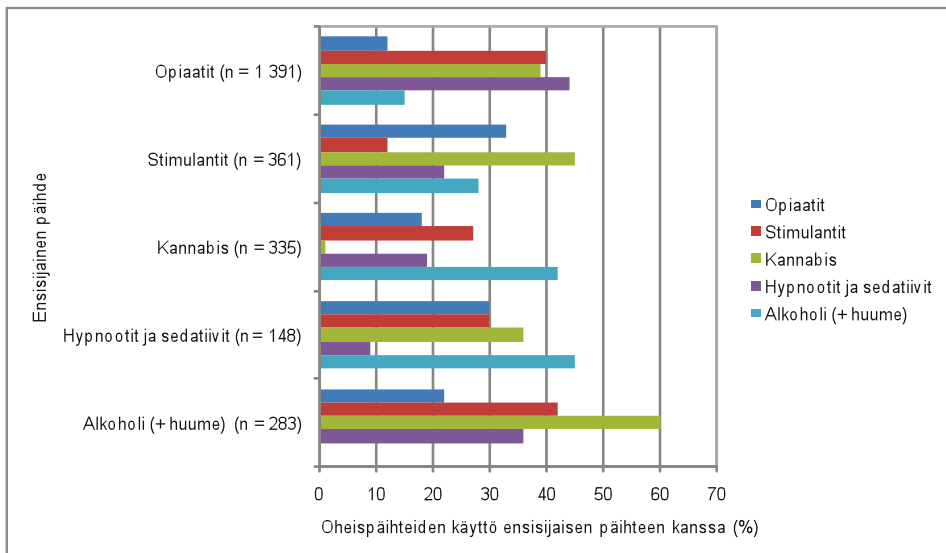
THL:n huumehoidon tietojärjestelmän³² vuoden 2010 tulosten mukaan päihdehuollon huumeasiakkaiden keski-ikä oli 30 vuotta. Ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä olivat opiaatit (55 %), stimulantit (14 %), kannabis (13 %), alkoholi (11 %) ja lääkkeet (6 %). Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä 32 %:lla koko asiakaskunnasta (Kuvio 4). Buprenorfiinin osuus hoitoon hakeutuneiden päähuumeena on lisääntynyt 2000-luvulla kaikkein voimakkaammin ja buprenorfiini onkin päähuumeena jo kolmanneksella huumeasiakkaista. (Väänänen 2011.)³³

³² Tulokset perustuvat anonymiin ja hoitoyksikköjen vapaaehtoisuuteen perustuvaan tiedonkeruuseen. Hoitoyksikköjen osallisuusaktiivisuus tiedonkeruuseen on vähentynyt voimakkaasti vuodesta 2006 lähtien, mikä näkyy myös asiakasmäärissä (vrt. kuvio). Uusien hoitoon hakeutuneiden määrä on vastaavasti vähentynyt 355 asiakkaaseen. Tämä heikentää tietojen kattavuutta ja myös tietojen vuosittaisista vertailukelpoisuutta. Tämän vuoksi vuonna 2008 toteutettiin tiedonkeruun kattavuuskysely kaikkiaan 525 hoitoyksikköön, joista 61 % vastasi kyselyyn. Kyselyn perusteella huumeasiakkaiden määräksi saatiin yhteensä 12 807 asiakasta, joten huumehoidon tiedonkeruun kattavuusprosentti olisi noin 32 % tästä asiakaskunnasta. Vastaava kysely tehtiin vuonna 2004, jolloin asiakasmäärä oli 17 825, mutta kattavuusprosentti oli sama, vaikka tällöin huumehoidon tietojärjestelmässä oli mukana 165 hoitoyksikköä. Näin näyttäisi siltä, että huumehoidon tietojärjestelmä saavuttaa suhteessa yhtä laajan osuuden asiakaskunnasta kuin 2004. Tiedonkeruuseen osallistumisen ongelmaksi osoittautuivat kyselyissä erityisesti resurssipula, huumeasiakkaiden vähäinen määrä ja päällekkäiset tietojärjestelmät. Tiedonkeruun teknistä ongelmaa pyritään helpottamaan uudella internetpohjaisella tiedonkeruun sovelluksella, joka otettaneen käyttöön vuodesta 2012 lähtien. Katso myös luku 5.2. (Väänänen 2011.)

³³ Vuoteen 2009 asti ainekohtaisesti lasketuissa osuuksissa opiaattien osuus on ollut todellisuutta suurempi, sillä korvaushoidossa olleiden potilaiden osuus on laskettu teknisesti osassa tapauksista kahteen kertaan. Vuonna 2009 näiden päällekkäisten tapausten osuus on ollut maksimissaan 6 %. Vuoden 2010 tilastoista tämä päällekkäisyys on poistettu. (Väänänen 2011.)



Kuvio 4. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2009, %.



Kuvio 5. Ensisijaisen päihteen kanssa käytetyt 2. ja 3. oheispäihteen vuonna 2009, %.

Lähteet: Huumehoidon tietojärjestelmä, THL

Kuviossa 5 on koottu yhteen huumehoidon asiakkaiden ensisijaisen päihteen kanssa oheiskäytettyjä toisia ja kolmansia pähteitä. Tarkastelemalla rinnakkain ensisijaista, toista ja kolmatta ongelmapäihdettä voidaan nähdä tyypillisiä sekakäytön profileja. Profiilit ovat pysyneet melko muuttumattomina koko 2000-luvun. Opiaattien käyttäjillä oli eniten stimulanttien, kannabiksen ja lääkeaineiden oheiskäyttöä. Stimulanttien vuoksi hoitoon hakeutuneet käyttävät rinnan tasaisesti kannabista ja opiaatteja. Kannabiksen vuoksi hoitoon hakeutuneiden yleisimpiin oheispähteisiin eivät sen sijaan enää kuulu lääkkeet tai opiaatit. Alkoholin vuoksi hoitoon hakeutuneen käyttävät oheispähteinään ensisijassa kannabista ja vähemmässä määrin opiaatteja. (Väänänen 2011.)

Valtaosa (77 %) päihdehuollon huumeasiakkaista oli käyttänyt joskus ruiskuhuumeita, viimeisen kuukauden aikana puolet ja joka seitsemäs yhteisiä pistosvälineitä käyttäen. Pistäminen oli käyttötapanä yleisin opiaateilla (74 % käyttäjistä) ja stimulanteilla (76 %). (Väänänen 2011.)³⁴

Ongelmakäyttöä epäsuorasti heijastavissa huumausainekuolematilastoissa silmiinpistäväntä on kuolemiin liittyvien buprenorfiini-löydösten määrän kasvaminen vuosittain 2000-luvulla vuoden 2000 alle 10 tapauksesta yli 110 tapaukseen vuonna 2009. Buprenorfiin liittyvät myrkytyskuolemat muodostivat noin puolet kaikista huume-myrkytyskuolemista kyseisenä vuonna. Samaan aikaan kannabislöydösten määrä on lisääntynyt puolella, yli 100 tapaukseen ja amfetamiinilöydösten määrä on noussut neljänneksen, noin 90 tapaukseen.

Heroinikuolemien samoin kuin kokaiinikuolemien määrä on pysynyt koko aikavälin muutamissa tapauksissa vuosittain. Näin myös huumausainekuolematilastot osoittavat buprenorfiinin osuuden lisääntyneen ongelmakäytössä suhteissa muihin keskeisiin huumeisiin koko 2000-luvun ajan. Huumausainekuolemista näkyy myös ongelmakäyttäjien ikääntyminen, sillä kuolemansyyrekisterin mukaan alle 25-vuotiaiden osuus on laskenut vuoden 2000 yli kolmanneksen osuudesta vuonna 2009 noin 15 prosenttiin kaikista kuolemansyyrekisterin mukaista huumeekuolemista. Samaan aikaan selväsi suurimman ikäluokan (38 %) myös huumausainekuolemien osalta muodostavat 25–34-vuotiaat. Myös huumehoidossa ilmenevä sekakäytön laajuus tulee hyvin näkyviin huumausainekuolematilastoissa ja lähes samassa muodossa kuin huumehoidon tilastoissa (vrt. Salasuo 2009).³⁵

³⁴ Vuoden 2010 tiedoissa prosenttiosuudet on laskettu luvuista, joissa on mukana puuttuvat tiedot, mikä osiltaan selittää pistoskäytön osuuksien laskua. (Väänänen 2011).

³⁵ Ks. alaluku 6.3: Huumausainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus.

4.3. Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan

Vuonna 2009 lopulla tehtiin tutkimus ongelmaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien käyttämistä pähteistä, niiden käyttötavoista ja hankinnasta.³⁶ Kriteerinä oli, että tutkimuksessa haastateltavien tulisi olla aktiivikäyttäjiä, mutta mukaan kelpuutettiin myös sellaisia henkilöitä, joiden aktiivisesta huumeiden käytöstä oli kulunut yli kuukausi. Kaikkiaan sadasta haastatellusta 71 oli miehiä ja 29 naisia, korvaushoidossa oli 23 henkilöä, joista miehiä 20. Haastateltujen keski-ikä oli noin 29 vuotta. Naisista kuitenkin enemmän kuin kaksi kolmesta oli alle 28-vuotiaita, kun taas miehistä vastaava osuus oli alle kolmannes. Aineiston korvaushoitopotilaat olivat keskimäärin vanhempia (keski-ikä noin 32 vuotta) kuin muut haastatellut. Yli puolella haastatelluista ei ollut haastatteluajankohtana vakituista kumppania. (Tammi ym. 2011.)

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

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

³⁶ Tutkimus oli strukturoitu haastattelututkimus, johon osallistujat (100 henkilöä) rekrytoitiin vuoden 2009 lopulla huumeiden käyttäjille tarkoitettujen anonyymien terveysneuvontapisteiden (ruiskujen ja neulojen vaihtopisteiden) kautta (67 henkilöä), käyttäjien tuttavaverkoston vertaistukahaastatelluista (20 henkilöä) ja kahden haittoja vähentävää korvaushoitoa tarjoavan avohoitoklinikan potilaista (15 henkilöä). Haastattelijoita oli ohjattu lähestymään erityisesti naiskäyttäjiä ja maahanmuuttajia, jotta myös heitä saataisiin riittävästi mukaan aineistoon. Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin. Kaksi haastatelluista hylättiin lopullisesta aineistosta epäluotettavina. Aineistosta analysoitiin vain tilastollisesti merkittävät erot ja käytetyt tilastolliset testit olivat Fisherin eksakti testi, Khii-testi ja varianssianalyysissä t-testi. Tutkimus on osa yhteiseurooppalaista Quaf2-hanketta. (Tammi ym. 2011)

tiin yli 90 prosenttisesti suonensisäisesti. Kaikkiaan 26 vastaajaa kertoi käyttäneensä kuukauden aikana MDPV:tä. (Tammi ym. 2011.)

Bentsodiatsepiinejä edellisen kuukauden aikana käyttäneistä lähes puolet (39/81) oli käyttänyt niitä päivittäin. Puolessa tapauksista bentsodiatsepiinit oli hankittu lääkäriltä ja noin joka neljännessä tapauksessa laittomilta markkinoilta. Opioideja viimeisen kuukauden aikana käyttäneistä neljä viidestä (74/88) käytti aineita päivittäin. Näistä 23 oli korvaushoidossa. Viimeisen kuukauden aikana Subutexia oli käyttänyt päivittäin lähes puolet ainetta käyttäneistä (29/60) ja kaikkiaan yli 80 prosenttia vähintään joka toinen päivä. Neljä viidestä Subutexin käyttäjästä oli hankkinut aineen laittomilta markkinoilta. Yli puolet Suboxonen käyttäjistä oli hankkinut sitä laittomilta markkinoilta. Amfetamiinin käyttö oli jaksottaisempaa, sillä niistä 56 vastaajasta, jotka kertoivat käyttäneensä amfetamiinia viimeisen kuukauden aikana, vain kahdeksan oli käyttänyt sitä päivittäin, ja 17 vähintään joka toinen päivä. (Tammi ym. 2011.)

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

Tutkimuksen yhtenä keskeisenä tuloksena arvioitiin myös sekakäytön muotoja. Vaikka tutkimuksen tulosta ei voi otoksen perusteella yleistää liikaa, voidaan päätellä, että ongelmallisimpien huumeiden käyttäjien joukossa on henkilöitä, jotka käyttävät sekä amfetamiineja että opioideja, mutta tavallisinta kuitenkin on sekakäyttö, jossa keskeistä osaa näyttelevät kivunlievitykseen tarkoitettut opioidipohjaiset lääkkeaineet ja rauhoittavat lääkkeaineet (bentsodiatsepiinit) sekä alkoholi ja kannabis. (Tammi ym. 2011.) Rekisteritutkimuksen³⁷ yleisimmät ainelöydökset huumerattijuoppojen veri- tai virtsanäytteissä olivat bentsodiatsepiinit sekä amfetamiinit. Tutkimus osoitti myös sekakäytön yleisyyden epäillyillä huumerattijuupoilla. Tärkeäksi nähtiin, että huumerattijuopuille järjestettäisiin hoitoa ja kuntoutusta tuomio- ja rangaistusvaihtoehtojen rinnalla, koska huumerattijuopumuksesta kiinnijääminen voisi olla hyvä ajankohta päihteiden väärinkäyttäjien tavoittamiselle ja hoitoonohjaukselle. (Karjalainen 2010)

Huumeiden ongelmakäyttöön puuttumiseen vaikuttavat myös yhteiskunnalliset käsitteykset ongelmakäytöstä. Päihderiippuvuus- sekä ongelmakäyttöilmion (addiction) määrittelyn muutosta lehdistössä vuosina 1968–2006 on analysoitu Suomen laajalevik-

³⁷ Tutkimuksen kohteena olivat poliisin v. 1977–2007 kiinnittamat, huumerattijuopumuksesta epäillyt kuljettajat (epäiltyjä huumerattijuopumustapauksia ajanjaksolla yhteensä 31 963).

kisimmän sanomalehden artikkelien pohjalta.³⁸ Tulosten mukaan 40 vuoden ajanjaksoa kuvaa neljä kehityssuuntaa: ilmiöön liittyvien kirjoitusten määrän lisääntyminen, ilmiökentän laajeneminen alkoholista hyvinkin erilaiseen poikkeavaan käyttäytymiseen ja samalla ennen marginaalisen ilmiön normalisoituminen sekä yhteiskunnallisten selitysmallien muuttuminen yksilötarinoiksi. Tarkasteltuna ajanjaksona ilmiötä kuvaavien artikkelien vuosittainen määrä näyttäisi tutkimuksen perusteella kaksinkertaistuneen. Vielä 1970- ja 1980-luvuilla ilmiö kohdentui tiettyyn ihmisryhmään, jolla oli ongelmia, jonkin tietyn käyttäytymisilmiön, useimmin aineen (alkoholi, huumeaineet), kanssa. Tällöin ongelmallisuus liitettiin ryhmän sosiaalisen aseman ongelmiin, eikä ilmiötä näin tarkasteltu ryhmää laajempaan tason ilmiönä. Sen sijaan 1990-luvulta lähtien riippuvuusilmiö on liitetty hyvinkin erilaisiin ilmiöihin (työ-, peli-, TV- ja nettiriippuvuus, syömishäiriöt, jne.) siten, että ilmiöiden kohdejoukko yhteensä kattaa jo suuren osan väestöstä. Ongelmakenttä arkipäiväistyy, kun se koskettaa eri riippuvuuden ulottuvuuksilla yhä laajempaa väestönosaa. Samalla ilmiön kytkeytyminen ryhmän sosiaaliseen asemaan on heikentynyt ja eri riippuvuuden osa-alueet kytketään entistä laajemmin yksilökohtaisiin ongelmiin – mikä heijastuu myös ongelma-ilmiöiden hoidossa, erityisesti hoidon medikalisoitumisessa. (Hellman 2009; 2010.)

Yhteispuhjoismaisessa tutkimuksessa arvioitiin laittomien huumeiden käytön haittoja läheisille eri maissa kysymällä vastaajilta heidän omia kokemuksiaan lähipiirissä olevista huumeiden käyttäjistä, heidän aiheuttamista haitoistaan ja vastaajien halusta auttaa lähipiirin huumeongelmaisia.³⁹ Tutkimuksen mukaan helsinkiläiset vastaajat poikkesivat muista pohjoismaisista vastaajista siinä, että heidän henkilökohtaiset kokemuksensa huumeiden käyttäjistä lähipiirissä olivat muita pääkaupunkilaisia vähäisempiä. Helsingissä huolta lähipiirissä henkilökohtaisesti tuntemastaan huumeongelmaisesta oli kokenut joskus 45 % (viimeisen vuoden aikana 12 %) asukkaista, kun muissa Pohjoismaiden pääkaupungeissa luku oli 56–67 % (22–28 %). Tutkijat selittivät eroa Suomen lyhyemmällä huumehistorialla (suhteessa erityisesti Tanskaan), vähäisemmällä kovien huumeiden käyttäjien määrällä (suhteessa Tanskaan ja Norjaan) ja lyhyemmällä kovien huumeiden käyttöhistorialla (suhteessa kaikkiin muihin Pohjoismaihin).

³⁸ Tutkimus perustuu Helsingin Sanomien artikkeleihin, joissa käsitteellä riippuvuus (”addiction”) viitataan ”ongelmalliseen ja jatkuvasti toistuvaan käytöstapaan, jota yksilö kykenee kontrolloimaan huonosti” tai käsitteisiin ”alkoholismi”, ”ongelmakäyttö”, ”bulimia” tms. tai näiden ongelmien hoitoon. Tekstit on valittu parillisina vuosina kolmen saman viikon ajalta. Kaikkiaan tekstejä oli ajanjaksona 1968–2006 yhteensä 200. Kymmenen vuoden ajanjaksoina tekstien määrä vaihteli seuraavasti: 49 tekstiä (1968–1978), 26 (1980–1988), 63 (1990–1998), 62 (2000–2006). Aineisto analysoitiin sisällön analyysin menetelmällä. 1990-luvulta asti ajan Helsingin sanomien päivittäislevikki on ollut 400 000 – 500 000 kappaletta. (Hellman 2009.)

³⁹ Tutkimus toteutettiin edustavalla 3092 henkilön väestöotoksella eri Pohjoismaiden pääkaupungeissa. Otokseen valittiin yli 18-vuotiaisiin henkilöihin otettiin yhteyttä sähköpostitse ja he voivat vastata 34 kysymyksen kyselyyn anonyymisti web-pohjaisella vastauslomakkeella. Kyselyn vastausprosentti oli hieman yli 50 %. Osallistujakunta ei eronnut merkittävästi kansallisesta väestöjakaumasta sukupuolen, iän tai koulutuksen osalta – ainakaan Helsingin osalta. Aineiston analyysiin käytettiin ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysia. (Melberg ym. 2011.)

Vastaavasti Helsingissä tunnettiin myös vähemmän joskus elämänsä aikana huumehoitoa saaneita, mutta erot eivät olleet enää merkittävät, kun arvioitiin tuttavapiirissä viimeisen vuoden aikana huumehoitoa tunteneiden osuutta. (Melberg ym. 2011.)

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

Huumehaittojen osalta huumeiden käyttäjiä tuntevien henkilöiden käsitykset haittojen määrästä itselleen poikkesivat siinä mielessä toisistaan, että joskus koetut haitat osoittautuivat suurimmiksi maissa, joissa myös ongelmahistorialla oli pisin perinne. Sen sijaan esimerkiksi viimeisen vuoden aikaiset haitat eivät suuresti eronneet eri maissa huumeongelmaisia tuttavapiirissään tuntevien osalta. Kaikissa kaupungeissa haittoja olivat enemmän kokeneet naiset ja henkilöt, jotka olivat kokeneet huumeongelman välittömässä lähipiirissään, esimerkiksi omassa perheessään. Eri maissa arvioitiin huumeongelman vakavuutta myös melko samalla lailla, kun ongelma rinnastettiin muihin eri sairauksiin (esimerkiksi diabeteksen, astman, syövän). Kaiken kaikkiaan henkilökohtaisesti koettujen huumehaittojen määrä Helsingissä osoittautui analyysissa yleensä hieman muita Pohjoismaita vähäisemmäksi. (Melberg ym. 2011.)

5. Huumehoito

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

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

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

Päihdetyön kehittämistä varten on luotu päihdehuollon palvelujen laatusuositukset (STM 2002) ja käypä hoito -suositus huumeongelmaisten hoitoon (Duodecim 2006). Huumehoitopalvelujen kehittämissuunnitelmassa on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen ja tähän liittyvä koulutus. Ensimmäinen huumeasainoiden käyttäjien pistovälineiden vaihtoon tarkoitettu terveysneuvontapiste perustettiin Suomessa vuonna 1997. Ylläpitoa ja korvaushoitoa alettiin säännellä erillisellä asetuksella vuonna 2000. Erityisen vaikeahoitoisia päihdepotilaita (monidiagnoosipotilaat) pyritään hoitamaan keskitetysti erityispalveluyksiköissä.

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

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

5.1. Huumehoidon strategia ja hoitojärjestelmät

Valtioneuvoston huumeusainepolitiikkaa 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 hoitopäätöksiä helpotetaan. Lisäksi tavoitteena on lisätä sellaista hoitoa, terveysneuvontaa ja tukea, jolla vähennetään huumeongelmiin liittyviä haittoja, kuten sairauksia, mielenterveysongelmia ja rikollisuutta. (Valtioneuvosto 2007a.)

Hoitojärjestelmä

Suomessa päihdehoidon palveluja toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Päihdehuollon erityispalvelut sijoittuvat pääosin sosiaalihuollon puolelle. Päihdehuollon erityispalvelujen avohoito on asiakkaalle maksutonta. Laitoshoitoa ja asumispalveluja varten asiakas tarvitsee yleensä maksusitoumuksen kotikuntansa sosiaalitoimistosta. Päihdehuollon palveluita tuotetaan nykyisin hyvin eri tavoin: kunnan omana toimintana, yhteistyössä yksityisen päihdehuollon palveluntuottajan (usein suurimman, so. A-klinikkasäätiön) kanssa, kuntayhtymissä, päihdepalvelusäätiössä tai ostosopimuksilla muiden järjestöjen tai yksityisten yritysten kanssa. Esimerkiksi vuoden 2008 tietojen mukaan päihdehuollon avopalveluja aikuisille tuottavista A-klinikoista (n=75) oli 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.)

Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras-hanke) pyrkii laajentamaan väestöpohjaa⁴⁰, jolla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään. Suuremmilla väestöpohjilla, myös palvelujen laadun ja saatavuuden odotetaan paranevan ja samalla päihdeasiakkaita kyetään palvelemaan yhdenmukaisemmin ympäri maata. Kuntien päihdepalvelujen asiakasmäärien epätasaiseen jakautumiseen vaikuttavat eniten hoitonojauksikäytännöt ja avohoitopainotteisuus. Esimerkiksi laitospalvelujen väheneminen ei johdu hoidon tarpeen vähenemisestä, vaan siihen vaikuttaa myös kuntien pyrkimys rajoittaa sosiaali-

⁴⁰ Suomen 415 kuntaa (vuonna 2008, 342 vuonna 2010) veloitetaan järjestämään perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalihuollon palvelut vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Tällaisina lähipalveluina toteutettaviin päihdepalveluihin kuuluvat muun muassa päihteiden käytön riskin arviointi, riskien vähentämiseen liittyvä terveysneuvonta, perustason katkaisuhoidon terveyskeskuksissa, hoitonojauksien päihdehuollon erityispalveluihin, pitkäaikaiseen jatkohoitoon osallistuminen tai akuuttien ongelmien hoito. Laajaa maakuntatason väestöpohjaa edellyttävänä palveluina tulee tarjota päihdehuollon erityispalveluja, konsultaatiopalveluja lähipalveluille, vaativan tason päihdehuollon laitosten muotoista katkaisu- ja kuntoutushoitoa (raskaana olevat naiset, kaksoisdiagnoosipotilaat, huumeiden käyttäjät) sekä joidenkin pienten erityisryhmien laitospalveluja (kielivähemmistöt, maahanmuuttajat, vammaiset jne.). (Kekki & Partanen 2008.)

litoimen kustannuksia. Erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityispalvelujen sijaan päihdeongelmaisia pyritään nykyään hoitamaan yhä enemmän perusterveydenhuollossa. (Kekki & Partanen 2008.)⁴¹

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, psykososiaalinen terapia ja sosiaalinen tuki ovat vähentyneet lääketieteellisen otteen vahvistuessa. 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.)

Vuoden 2009 kuntien ja järjestöjen mielipiteitä päihdehoitopalveluista kartoitettiin Terveyden edistämisen keskuksen Päihdebarometrilla.⁴² Kuntien näkökulmasta erityisiä puutteita (27 % vastaajista) oli asumispalveluissa ja katkaisuhoidossa (25 %). Tarvetta oli monipuolisille asumispalveluille erityisesti henkilöille, joiden toimintakyky on selkeästi alentunut, sekä riittävän lähellä asukkaita oleville katkaisuhoitopalveluille. Järjestöjen näkökulmasta puutteet näkyivät akuuteissa katkaisuhoitopalveluissa (30 %), joihin joutuu jonottamaan liian kauan, sekä kuntouttavassa laitoshoidossa (22 %), jonka vuoksi hoitoketju kangertele ja asiakas saattaa jättäytyä palvelujen ulkopuolelle. Kuntavastaajista yli puolet kertoi, että heikentynyt taloustilanne ei ollut vielä vaikuttanut asiakkaiden päihdehoitoon pääsyyn, sen sijaan yli viidesosassa kunnista kerrottiin harkittavan hoidon pääsyyn tarkennuksia ja viidesosassa kuntia hoitoon pääsyn kriteerejä oli jo kiristetty sekä pyritty ohjaamaan asiakkaita kuntien omiin palveluihin. Järjestövastaajista lähes puolet koki taloustilanteen jo vaikeuttaneen hoitoon pääsyä. Päihdebarometrin mukaan Paras-hankkeen (vrt. luku 1.2.) vaikutukset päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuuteen alueilla olivat vielä pienet. (Tekry 2009b.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli-hanke) kehittää päihdetyötä yhdessä mielenterveyspalvelujen kanssa molempien ryhmien hoitoon pääsyn kynnyksen madal-

⁴¹ 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 seläiset kunnat ja alueet (ja niiden edustajat), joilla päihdetyö on monipuolista ja organisoitua. (Kekki & Partanen 2008.)

⁴² Päihdebarometri kerätään joka toinen vuosi. Vuonna 2009 kysely tehtiin puhelinhaastatteluina, joihin vastasi kaikkiaan 100 kuntien päihdehuollosta vastaavaa työntekijää ja 37 järjestöjen johtajaa. Kuntien osalta ositettuun satunnaisotantaan kuului 130 kuntaa alueellisesti suhteutettuna ja asukasluvulla painotettuna. Järjestöjen otanta kohdistui järjestöihin, jotka olivat sitoutuneet vuonna 2004 käynnistyneeseen alkoholiohjelmaan ja vuoden 2006 huumausainehjelmaan (vrt. alaluku 1.2. huumausainepoliittikka). Otos oli 50 järjestöä. Vastausprosentti oli kaikkiaan 76 %. (Tekry 2009b.)

tamiseksi, peruspalvelujen roolin nostamiseksi sekä joustavampien hoitopalvelujen järjestämiseksi vuoteen 2015 mennessä (vrt. luku 1.2.). Samalla tarkoitus oli siirtää hoitotyön painopistettä hoidosta hyvinvoinnin edistämiseen, ennaltaehkäisyyn ja varhaisen puuttumisen menetelmiin. Hankkeen etenemistä päihdetyön kannalta arvioitiin vuonna 2009 mm. päättäjille suunnatun kyselyn perustella.⁴³ Kyselyssä suunnitelman linjauksia pidettiin yleisesti ottaen oikean suuntaisina, mutta liian yleisinä. Monet vierastivat hoitojärjestelmän kehittämisen hallinnollista (ei-hoidollista) lähestymistapaa, nykyisen järjestelmän hyötyjä ja haittoja ei myöskään katsottu kartoitetun riittävästi, jotta kehittämisen voisi väittää tapahtuvan näyttöön perustuvalla tavalla, ja samalla pelättiin hoitokäsityksen suppeuden liikaa terveydenhuollon peruspalveluja painottavaksi. Lisäksi hankkeen toimeenpanoon tai seurantatutkimukseen ei ollut suunnattu täsmällisiä ohjeita tai riittäviä resursseja, mikä vähensi hankkeen uskottavuutta – vaikka vuosina 2008–2010 hakkeeseen arvioitiinkin sijoitetun epäsuorasti kaikkiaan 14 miljoonaa euroa. (Kuussaari & Partanen 2010; Wahlbeck 2010.)

Riikka Perälä on tutkinut kuntien sosiaali- ja terveystalouden järjestelytapaa kuntien ja kristillisten päihdejärjestöjen yhteistyönä tapaustutkimuksen kautta.⁴⁴ Tutkimuksen johtopäätösten mukaan järjestöjen kannalta yhteistyötä leimaa yhä laajemmin manageraalisuus. Yhteistyötä tehdään lähinnä liiketaloudesta lainattujen mallien, harvemmin kumppanuuden perusteella. Samalla myös järjestötoiminnan aatteellinen omaleimaisuus on vaarassa joutua uhanalaiseksi. Kuntien näkökulmasta järjestömaailma näyttäytyy uusine palvelukokonaisuuksineen vaikeasti hallittavana ”villinä läntenä”, jonka vakioratkaisuksi näyttää nousevan kilpailuttaminen ja kontrolli. Kilpailuttaminen osoittautuu joustamattomaksi ja kilpailutuksen puitteissa tehdyt yleiset linjaukset saattavat tuottaa monia ennakoimattomia tuloksia, joiden kärsijäksi joutuu usein palvelujen asiakaskunta. Kilpailutuksen tilaaja-tuottaja-mallissa asiakas ei voi vaikuttaa palvelun sisältöön ja kustannustietoisuus ajaa usein laatutietoisuuden yli palveluja kehitettäessä. Tutkija toteaa, että myös kuntien viranhaltijat ja palvelujen tuottajat kokevat kykenevänsä vaikuttamaan järjestelmään riittämättömästi. Erityisesti järjestöjen rooli palveluinnovaatioiden tuottajina jää kyseenalaiseksi tilanteissa, joissa heidän tulee kuvata toimintaansa yhdellä A4-lomakkeella, jonka tiedot tulee kyetä pisteyttämään kilpailutusta varten. Vaikka uuden palvelukulttuurin toivotaan lisäävän verkottumista, vahvistavan kansalaisyhteiskuntaa ja tekevän palveluista paremmin kansalaisten tarpeita vastaavia, tutkimuksen tulosten perusteella kuva ei vastaa nykytodellisuutta – vaikka esimerkkejä onnistuneesta yhteistyöstäkin ilmeni. (Perälä 2010.)

⁴³ Kaksiosainen internetkysely lähetettiin kaikille Suomen kunnille maaliskuussa 2009. Ensimmäinen osa käsittelee hankkeen väestöpohjaan liittyviä velvoitteita ja toinen palvelujärjestelmän järjestämistapaa. Ensimmäiseen osaan vastasi 318 ja toiseen 313 kuntaa. (Kuussaari & Partanen 2010).

⁴⁴ Tutkimuksen aineistona on syksyllä 2008 tehdyt 20 kunnan virkamiesten ja kuntien kanssa yhteistyötä tekevien kristillisen päihdetyön järjestöjen edustajan teemahaastattelut. Kuntia oli haastatteluissa mukana kahdeksan, viisi suurta (yli 100 000 asukasta) ja kolme keskisuurta, ja niiden osalta haastateltiin järjestöyhteistyöstä vastaavia virkamiehiä. Järjestöistä haastateltiin 12 järjestön eri toimipisteiden toiminnasta vastannutta henkilöä. (Perälä 2010.)

Laitosmuotoista päihdehoitoa ja päihdekontrollia koskevassa tutkimuksessa verrattiin vuosien 1985–2006 tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin ja vankeinhoidon päihdeasiakaskunnan välillä.⁴⁵ Aina 1990-luvun alun lamakauteen asti kuntouttava sosiaalihuolto ja laitosmuotoiset hoitovuorokaudet lisääntyivät hyvinvointivaltion sosiaalisektorin rakennuskauden myötä. Tällöin korostuivat enemmän hoidon pehmeämmät arvot ja vähemmän pakkokeinot. Laman jälkeen päihdehuollon laitospaikkoja kuitenkin leikattiin rajusti, päihdekuntoutusvuorokaudet vähenivät sekä kontrolli lisääntyi – osin lisääntyneen huumeiden käytön myötä. 2000-luvun puoleen väliin mennessä vankilangaistusten määrää olivat kasvattaneet erityisesti pidentyneet humerikostuomiot, rattijuopumustuomiot ja väkivaltarikostuomiot: Kun vielä 1985 päihdetaustaisia vankeja oli 45 prosenttia vangeista, heidän osuutensa oli kohonnut vuoteen 2006 mennessä 84 prosenttiin. Näin päihdehaittojen laitosmuotoisen kontrollin lisääntyminen vaikuttaisi tapahtuneen vahvimmin vankilassa, eli siellä missä kontrolli ja kuntoutus ovat kovinta ja laitospäivät kalleimpia. Tämä näyttäisi tukevan Suomen kahden raiteen päihdepolitiikan tulkintaa, jossa etenkin huumeiden käyttäjiin kohdistetaan yhtäältä kovempaa kontrollia samalla kun kehitetään varsinkin matalan kynnyksen palveluverkostoa (joita tässä tutkimuksessa ei käsitelty) huumeiden käyttäjille. (Obstbaum ym. 2011.)

Hoidon laatu

Päihdetyön kehittämistä varten on luotu päihdehuollon palvelujen laatusuositukset (STM 2002) ja käypä hoito-suositus huumeongelmaisten hoitoon (Duodecim 2006). Ensimmäinen huumeaineiden käyttäjien pistosvälineiden vaihtoon tarkoitettu terveysneuvontapiste perustettiin Suomessa vuonna 1997 ja ylläpito- sekä korvaushoito tulivat viralliseksi osaksi päihdepalvelujärjestelmää vuonna 2002, jolloin annetussa asetuksessa määriteltiin myös kyseisen hoidon kriteerit. Tämän jälkeen huumehoitopalvelujen kehittämissuunnitelmassa on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen sekä tähän liittyvä koulutus. Erityisen vaikeahoitoisia päihdepotilaita (monidiagnoosipotilaat) pyritään hoitamaan keskitetysti erityispalveluyksiköissä.

Kahden viimeisen vuoden aikana on edellä esitettyjä suosituksia (STM 2002, Duodecim 2006) on täydennetty alan lehdistä julkaistuilla hoitotutkimusta päivittävillä kokoama-artikkeleilla, joita on tehty muuntohuumeiden käytöstä epäiltyjen hoidosta (Lapatto-Reiniluoto ym. 2011), päihdepotilaan kohtaamisesta päivystyksessä (Salaspuro 2009) ja erityisesti kannabiksen käyttäjän kohtaamisesta perusterveydenhuollossa (Tacke ym. 2011), päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittämisestä (Pajulo 2011), nuorten opioidikorvaushoidosta (Mikkonen ym. 2010) sekä ADHD:stä ja päih-

⁴⁵ Tutkimus perustui terveydenhuollon osalta päihdesairauksien vuodeosastohoitovuorokausiin, sosiaalihuollon osalta päihdehuollon erityispalvelujen katkaisu-, kuntoutus- ja asumispalveluvuorokausiin, poliisien osalta säilönnötotilastoihin ja vankiloiden osalta vuosina 1985 (n=1099), 1992 (n=325) ja 2006 (n=711) tehtyihin terveystutkimuksiin ja haastatteluihin. (Obstbaum ym. 2011; Joukamaa ym., 2010; ks. myös luvut 5.3. ja 9.4.)

teistä (Niemelä ym. 2010). Opetustarkoitukseen on uusittu Sairaanhoidajan käsikirja vuonna 2010, jolloin sinne on päivitetty artikkelit mm. huumeiden käyttäjien tunnistamisesta, huumeemyrkytyksen ja -vieroituksen hoidosta, ruiskuhuumeita käyttävän hoitoon ohjauksesta sekä päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikaisesta esiintymisestä (Mustajoki ym. toim. 2010).

Hoitoon pääsy

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

Amfetamiinin ongelmakäyttäjille on tarjolla lääkkeetöntä hoitoa sekä joitain lyhytaikaisia, kahden viikon katkaisuhoidopaikkoja, mutta niistä jatkohoitoon pääsy on huomattavasti vaikeampaa. Stimulantteihin kuuluvan kokaiinin osalta hoitovaihtoehdot ovat vieläkin rajatumpia ilmiön suppean levinneisyyden vuoksi. Osalla amfetamiinin ongelmakäyttäjistä on myös aika ajoitin amfetamiinipsykooseihin liittyviä hoitajaksoja sairaaloiden psykiatrisilla osastoilla, mutta mitään heille kohdennettua pidempiäaikaista psykiatrista hoitoa ei ole tarjolla. On esitetty epäily, että amfetamiiniongelmaiselta edellytetään muiden aineiden oheiskäyttöä päästäkseen hoitoon, jopa niin että henkilö voi alkaa käyttämään opiaatteja, jotta hän läpäisisi vaadittavat hoitoseulat. Opiaattien käyttäminen ei kuitenkaan katkaise amfetamiinin käyttöä ja näin hoitoon päästäkseen amfetamiinin käyttäjä saattaa saada itselleen uuden riippuvuuden opiaateista. Myös amfetamiinin käyttöön ollaan kehittämässä lääkehoitoja, mutta ainakin Suomessa amfetamiinin käytön vuoksi lääkehoitoon pääsy on erittäin harvinaista. (Rönkä ym. 2010)

Opiaattiriippuvuuden tutkimuksellisesti vaikuttavin hoitomuoto on lääkkeellinen korvaushoito. (Duodecim 2006). Opioidiriippuvaiset keskittyvät maassa suurimpiin kaupunkeihin ja etenkin pääkaupunkiseudulle ja Helsinkiin. Suurimmassa osassa maata hoitoon pääsyyn ei ole jonoa. Hoitotakuun määrääjat (kiireettömissä tapauksissa hoidon tarpeen arviointi 3 vuorokaudessa, hoitoon pääsy 3 kuukaudessa ja erikoissairaalahoidossa hoidon tarpeen arviointi 3 viikossa ja hoitoon pääsy 6 kuukaudessa) ylittyvät ainoastaan eräissä suurissa kaupungeissa. Lääkkeellisen hoidon saatavuuden parantamiseksi annettiin vuoden 2008 alussa uusi asetus korvaushoidosta, joka mahdollistaa myös buprenorfiinia ja naloksonia sisältävien korvaushoitolääkkeiden apteekkijakelun. Apteekkisopimukset muodostuivat kuitenkin ongelmalliseksi asiakkaan tietosuojan kannalta, sillä niiden tulkittiin muodostavan arkaluontoisen rekisterin, jonka käyttö sai tietosuojalautakunna hyväksynnän vasta 2010 syksyllä – ja tällöinkin sidottuna yksilöllisiin potilaan hoito- ja vieroitussuunnitelmiin (Laine 2010). Periaatteessa asetuksen

muutoksen päämääränä oli tarkoituksenmukainen hoidon porrastus: vaativat potilaat erikoissairaanhoidossa ja muut perustasolla sekä pitkäaikainen hoito potilaan normaalielämän mahdollistavalla ja järjestelmän kannalta kustannustehokkaalla tasolla. (STM 2009e.)

Korvaushoitolääkkeen maahantuojaan hoitoyksiköille suorittamien poikkileikkauskyselyjen perusteella korvaushoitoasiakkaiden määrä olisi ollut vuoden 2008 marraskuussa noin 1500 henkilöä, joista noin 300 olisi saanut hoitoa terveyskeskuksissa. Vuoden 2009 marraskuun vastaavan kyselyaineiston perusteella korvaushoidossa olevien asiakkaiden määrä olisi noussut 1800 henkilöön. Kyselyn mukaan buprenorfiinia ja naloksonia sisältävän yhdistelmävalmisteen, Subuxonen osuus korvaushoidosta on noin 60 % ja metadonin vastaavasti noin 40 %. Yksistään buprenorfiinin, so. Subutexin, käyttö korvaushoidossa rajoittuu kyselyn mukaan enää vain muutamiin yksittäistapauksiin. (MSD 2010) Huumehoidon tietojärjestelmän kattavuuskyselyn mukaan koko vuonna 2008 kaikkiaan noin 1000 henkilöä olisi käynyt opiaattiriippuvaisten lääkeshoidon tarpeen arvioinnissa ja lääkkeellistä hoitoa olisi samana aikana saanut 2300 asiakasta (Väänänen 2011.)

Hoitopalvelut

Tutkimuksessa, jossa arvioitiin huumeriippuvuuden hoitoa Suomessa ja sen taustoja todettiin, että hoitomuodoissa ja niiden taustaoletuksissa on tapahtunut viisi oleellista muutosta viimeisen puolen vuosisadan aikana.⁴⁶ Tutkimuksen mukana huumehoito voidaan jakaa psykiatriseen vaiheeseen 1960-luvun lopulla, sosiaaliterapeuttiseen vaiheeseen 1970-luvun alussa, huumehoidon vähenemiseen 1975–1986, sosiaaliterapeuttisesta avohoidon perinteestä eriytyneiden huumehoidon vaiheeseen vuoden 1986 jälkeen sekä erikoistunten huumehoidon ekspansioon 1990-luvun lopulta alkaen. Hoitomenetelmien osalta muutoksessa kyse oli ennen kaikkea terapeuttisen järjelyn tavan muutoksessa: samalla kun huumeriippuvuus hoidon kohteena ymmärrettiin persoonallisuuden kehityksen häiriön sijaan vuorovaikutuksen, ajattelun ja toiminnan tasolla ilmeneväksi ongelmaksi, huumeriippuvuuden syiden etsimisestä siirryttiin entistä enemmän toimivien ratkaisujen painottamiseen. Entiseen kuriin ja oman (alkoholi)riippuvuuden tunnustamiseen perustuvien hoidon tekniikoiden sijaan esiin nousivat yhteisöllinen teknologia ja itsehallinnan tekniikat. Kuuliaisuuden ja sosiaalisen sopeutuvuuden tavoite sai rinnalleen asiakkaan aktiivisen osallistumisen paino-

⁴⁶ Tutkimuksen perusta muodostuu artikkeleista, jotka kerättiin viidestä eri lehdestä (Tiimi, Suomen lääkärilehti, Aikakauskirja Duodecim, Alkoholipolitiikka/Yhteiskuntapolitiikka, Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja), joista kaikki Tiimiä lukuun ottamatta julkaisevat myös referee-perustaisia artikkeleja. Artikkelit olivat viideltä vuosikymmeneltä, 1965–2005. Tarkemman analyysin kohteena olivat hoitomenetelmiä, hoitoon liittyviä ongelmakohtia ja toimenpide-ehdotuksia käsittelevät tekstit. Tekstejä analysoitiin Michel Foucaultin hallinnan analytiikan tutkimuskehikon valossa. (Selin 2010; 2011a; 2011b.)

tuksen kun huumeriippuvuuden ala laajeni yksilön persoonasta ensin perheeseen ja sen vuorovaikutukseen ja sitten laajempiin väestönsiini (nuoriso ja sen kapinointi). Tutkijan mukaan perheterapiassa ja terapeuttisissa yhteisöissä ratkaisukeskeisyydestä tuli vähitellen hoidon keskeinen osa. Kaiken kaikkiaan 1970-, 1980- ja 1990-lukuja luonnehti pyrkimys perustaa hoidot vapaaehtoisuudelle ja asiakkaiden osallistumiselle. Tästä huolimatta hoidossa pysymisen ongelmat säilyivät, sillä 1990-luvulle tultaessa huumeiden käyttäjät eivät kokeneet tarjolla olleita hoitoja omakseen. (Selin 2010; 2011a; 2011b.)

Psykodynaamisen tiedon muodon rinnalle nousi jo 1990-luvulla kaksi uutta tiedon aluetta: behavioraalinen ja kognitiivinen psykologia, joista edellisen mukaan riippuvuudessa on enemmän kyse opitusta käyttäytymisestä kuin erityisestä identiteetistä. Jälkimmäinen malli puolestaan panostaa yksilön kykyä vaikuttaa itse riippuvuuskäyttäytymiselle altistaviin tekijöihin. Aivotutkimuksesta tukea saaneen korvaushoidon läpimurto puolestaan merkitsi lääketieteen kannalta, että tavoitteena ei enää ollut parantaminen, vaan ennen kaikkea huumeiden käyttöön liittyvä riskien hallinta. Varhaisempi psykodynaaminen teoria riippuvuudesta yhdistettynä epideemiseen näkökulmaan ei ollut mahdollistanut erityisen spesifien interventioiden suorittamista. Tiedon alueen avautuessa aivojen neurokemiaan ja huumeiden aiheuttamiin tartuntatauteihin myös spesifit, riskejä vähentävät toimet tulivat mahdollisiksi. Muutos mahdollisti hoitojen yhteiskunnallisen tehokkuuden seurannan, mikä nosti ns. näyttöön perustuvan lääketieteen asemaa. (Selin 2010; 2011a; 2011b.)

Vuoteen 2002 mennessä, korvaus- ja ylläpitohoitojen hyväksymisen myötä opioidiriippuvaisten lääketieteellinen hoito oli muuttunut painopisteeltään täysin uudenaikaiseksi ja lääketieteen rooli alkoi korostua. Riippuvuuden syyt jäivät vähitellen taustalle ja itsehallinnan tekniikoiden ja raittiutta edistävän itesuhteen muovaamisesta tuli tärkeää. Omien ajatusten ja psyykkisten ongelmien poiston sijaan kognitiivis-behavioraaliset terapiat pyrkivät haitallisten tapojen ja taitojen korvaamiseen uusilla ja paremmilla taidoilla, jotka ehkäisevät käytön uudelleen aloittamista. Muutoksella on pyritty korostamaan tarjottujen huumehoitojen ja huumeongelmaisten toiveiden ja halujen kohtaamista. Samalla esimerkiksi opiaattiriippuvuus täsmällisesti määriteltynä somaattisena sairautena on helpommin hallittavissa ja hoidossa pysyvyys paranee. Kuitenkaan korvaushoito sinänsä ei merkitse yksioikoisesti vapautumista hoitoon liittyvästä kontrollista ja siirtymää kohti eettisesti kestävää tapaa toteuttaa hoitoja, sillä myös korvaushoidoissa hyödynnetään laajasti hallinnan tekniikoita, joilla pyritään yhteiskunnallisesti sääntelemään ja normalisoimaan kehon tilaa. Samalla hoitojärjestelmä vaatii sen oman logiikan mukaan käyttäytymistä, ennustettavampaa ja pitkäjänteisempää asiakasta – mikä saattaa vaatia huumeriippuvaiselta juuri sellaista toimijuutta, jonka puute on hoidon tarpeen perustana. (Selin 2010; 2011a; 2011b.)

Matalan kynnyksen palvelut

Matalan kynnyksen palveluilla tarkoitetaan hoitojärjestelmässä yleensä palveluja, joissa halutaan korostaa, että palvelujen käyttäjät voivat helposti ja seuraumuksia pelkäämättä hakeutua heille tarkoitettuihin palveluihin. Kuitenkin käsite on ongelmallinen ja sillä tarkoitettiin alun perin suomalaisessa hoitojärjestelmäpuheissa ruiskujen ja neulojen vaihtopisteitä tai terveysneuvontapisteitä huumeiden käyttäjille. Myöhemmin matalan kynnyksen käsitteen ala laajeni ja sitä käytetään nykyään hyvin monista huono-osaisille tarkoitetuista palveluista, kuten ensisuojaista, päiväkeskuksista ja yökahviloista – myös yhä laajemmin korvaushoidosta. Varsinkin jälkimmäinen esimerkki tuo esiin kuitenkin ilmiön toisen puolen – matalan kynnyksen palveluissakin on kynnyksiä, erityisesti kaikkien huono-osaisimpien kannalta, jotka eivät kykene täyttämään hoidossa pysymisen kriteereitä. Huono-osaisimpien huumeiden käyttäjien haastattelujen perusteella onkin esiin noussut kysymys siitä, pitäisikö matalan kynnyksen käsitettä laajentaa teknisen palvelumallin näkökulmasta yleisempään yhteiskuntaan integroitumisen näkökulmaan. Näin laajennettuna käsite tuo esiin ristiriitaisia viestejä, toisaalta huumeongelmallisille halutaan taata elämän perusedellytykset mutta samalla eniten apua tarvitsevat henkilöt halutaan nähdä erityiskysymyksenä, joka mahdollistaa heidän siirtämisensä marginaaliin. Näin matala kynnyks samalla vetää sisään ja työntää ulos yhteiskunnasta. Tutkija toivookin, että matala kynnyks olisi väli-vaiheen käsite, joka kertoo enemmän hoitojärjestelmän sopeutumattomuudesta uusiin hoitotarpeisiin, ja jonka tarve ajan myötä poistuu. Moniongelmaisuu den ja päihteiden sekakäytön lisääntyminen edellyttää järjestelmältä toisenlaista, realiteetteihin perustuva ajattelua. (Törmä 2009.)

Kahdenlaista erilaista matalan kynnyksen palvelupistettä, terveysneuvontapistettä ja päihdeongelmallisille tarkoitettua äitiyspoliklinikkaa, koskevassa tutkimuksessa arvioitiin matalan kynnyksen toiminnan määrittelyn eroavuuksia asiakkaiden uusien tarpeiden ja palvelujärjestelmän kohtaamisessa päivittäisissä palveluissa.⁴⁷ Vaikka molemmat toimipisteet tarjosivat palveluja erityisen ongelmalliseksi koetulle asiakaskunnalle ja samalla painottivat pragmaattista ja pehmeää tapaa lähestyä asiakaskuntaa, so. asiakkaille matalaa kynnyksistä palveluihin, erot yksiköiden välillä olivat suuret. Terveysneuvontapiste oli pieni, järjestöyksikkö, joka korosti psykososiaalista lähestymistapaa, kun taas äitiyspoliklinikka oli osa suurta julkista sairaalaa, jonka lähestymistapa ongelmakäyttöön oli lähinnä biolääketieteellinen. Edelliseen voi ilmoittautua anonyymisti ja epävirallisesti, jälkimmäiseen pääsy vaati käytännössä muodollista lääkärin lähetettä. Näin piilevä kynnyks oli palveluilla hyvin erilainen. Lisäksi edellinen palvelu perustui joko asiakkaan omaan aktiivisuuteen tai asiakkaan sekä hoitohenkilökunnan vuorovaikutukseen, kun taas jälkimmäisessä yksikössä tehtäväksi koettiin voimakkaasti raskauden seuranta,

⁴⁷ Tiedot koottiin 12 kuukauden ajalta pääkaupunkiseudun yhden terveysneuvontapisteen sekä suuren synnytyssairaalan äitiyspoliklinikan arkipäivän toimintoja koskevan osallistuvan havainnoinnin ja haastattelujen menetelmillä. (Leppo & Perälä 2009.)

jolloin itse asiassa henkilökunta asetti hoidon reunaehdot. Molemmissa toimipisteissä asiakkaan omia toimintavapauksia painotettiin, kuitenkin rajattuna siten, että terveysneuvontapisteessä asiakasta kontrolloitiin lähinnä yksikön toimintapisteen sisäisen ja ulkoisen turvallisuuden näkökulmasta ja äitiyspoliklinikalla painetta ja kontrollia asiakasta kohden lisättiin, jos hän jatkoi pähteiden käyttöään – lapsen etu oli tällöin henkilökunnan ensisijainen intressi. Terveysneuvontapisteessä yksilön elämäntavan muutokseen pyrittiin vaikuttamaan epäsuorasti asiakkaan itsenäisyyttä kunnioittaen, kun taas äitiyspoliklinikalla äitejä pyrittiin suoraan motivoimaan elämäntavan muutokseen. Näin kahden erilaisen matalan kynnyksen hoitopisteen hoitonäkökulmassa oli selkeä ero, terveysneuvontapisteissä painottui haittojen vähentämisen näkökulma kun taas äitiyspoliklinikalla painottui sairaalan professionaalinen hoitonäkökulma. (Leppo & Perälä 2009.)

Korvaushoito

Etelä-Suomen alueella Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) päihdepsykiatrian yksikkö tekee pääkaupunkiseudulla valtaosan korvaushoidon tarpeen arvioista. Tutkimuksella⁴⁸ vertailtiin vuosina 2003–2005 aloitettujen korvaushoittojen tuloksia vuosina 2000–2002 hoidon aloittaneiden ryhmään. Vuonna 2003 hoitoa ryhdyttiin antamaan myös 18–19-vuotiaille, sekä niille joiden riippuvuus oli kestänyt 1–3 vuotta⁴⁹. Samaan aikaan korvaushoidon tarpeen arviot siirryttiin tekemään polikliinisesti ja korvaushoitoja alettiin toteuttaa metadonin lisäksi myös buprenorfiinilla. (Vorma ym. 2009.)

Vuosien 2003–2005 aineistossa potilaiden keski-ikä (30 v.) oli odotettavasti alempi kuin vuosien 2000–2002 aineistossa (34v.). Potilaat olivat myös käyttäneet opioideja keskimäärin kaksi vuotta vähemmän (8 v. / 10 v.). Lähes kaikilla (90 %) potilailla oli opioidiriippuvuuden lisäksi muu päihdehäiriö. Yleisimpiä haitallisen käytön tai riippuvuuden kohteita olivat bentsodiatsepiinit 85 %:lla (v. 2000–2002: 94 %), amfetamiinit 56 %:lla (59 %), kannabis 51 %:lla (51 %). Alkoholistia riippuvaisia tai alkoholia haitallisesti käyttäviä oli 18 % tutkittavista, kun heitä aiemmassa aineistossa oli vain 10 %. Kahdella kolmasosalla potilaista oli todettavissa jokin muu samanaikainen psykiatrinen häiriö. Mieliala- ja ahdistushäiriöitä esiintyi molempia noin viidesosalla potilaista. Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö todettiin 5 %:lta potilaista. Persoonallisuushäiriö todettiin 51 % potilaita, kun vuosien 2000–2002 aineistossa per-

⁴⁸ Hoitojenselityksiä selvitettiin takautuvasti HYKS:n ja jatkohoitoyksiköiden (kuntien terveys- ja sosiaalitoimesta, A-klinikasäätiöstä, Helsingin Diakonissalaitoksesta ja vankeinhoitolaitoksen terveydenhuolto) potilasasiakirjoista. Pähteiden käyttöä arvioitiin virtsan huumeselätyksistä. Tutkimuksessa oli mukana 114 potilasta vuosina 2003–2005 ja 70 potilasta vuosina 2000–2002.

⁴⁹ Ennen vuotta 2003 hoitoon otettiin yli 20-vuotiaita opioidiriippuvaisia, joiden pakonomainen opioidien käyttö oli kestänyt vähintään neljä vuotta.

soonallisuushäiriöitä diagnosoitiin 86 % potilaita. Diagnoosien vähenemistä selitettiin nuoremmilla potilailla ja siirtymisellä polikliinisiin haastatteluihin. (Vorma ym. 2009.)

Pääkaupunkiseudulla jonotusaika hoitoon on vaihdellut suuresti (3–12 kuukautta). Tavallisesti korvaushoito sisältää lääkehoidon ja sen seurannan lisäksi mahdollisen muiden samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden hoidon, tarvittavan muun päihdehoidon mahdollisine katkaisuhuotojaksoineen sekä psykososiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen. Kolmasosa HYKS:ssä hoidon aloittaneista potilaista siirtyi jatkohoitoon muualle. (Vorma ym. 2009.)

Vuosina 2003–2005 yhteensä 80 potilaalle aloitettiin metadonilääkitys ja 34 potilaalle buprenorfiinilääkitys. Buprenorfiini vaihdettiin 10 potilaalla metadoniin hoidon aikana. Seuranta-ajankohtana metadonin keskimääräinen annos oli 102 mg (vaihteluväli 20–190 mg). Buprenorfiinikorvaushoidossa keskimääräinen annos oli 16 mg (vaihteluväli 2–28 mg). Lääkehoito valikoitui niin, että valtaosalla persoonallisuushäiriöisistä potilaista korvaushoidonlääkkeenä oli metadoni. Bentsodiatsepiinilääkitys oli vuosina 2003–2005 hoidon aloittaneista 63 %:lla ja vuosina 2000–2002 hoidon aloittaneista potilaista 87 %:lla⁵⁰. (Vorma ym. 2009.)

Koko puoleltoista vuoden seuranta-ajan hoidossa pysyi 77 % potilaista (v. 2000–2002: 89 %). Kahdella potilaalla hoito keskeytyi huumausainerikoksen ja viidellä väkivallan tai sen uhkan takia. Muissa tapauksissa potilas lopetti hoidon tai hoito lopetettiin hyödyttömänä. Hoidosta vieroittautui neljä potilasta. Puoleltoista vuoden seuranta-aikana yksi potilas kuoli. Jakson aikana yksittäisiä potilaita työllistyi tai siirtyi kuntoutustuelle tai eläkkeelle. (Vorma ym. 2009.)

Tulokset⁵¹ päihteiden oheiskäytöstä seurannan aikana olivat nyt huonompia kuin aiemmin. Vain joka kymmenennen (12 %, vrt 30 % vv. 2000–2002) kaikki huumeaselat olivat negatiivisia. Muuta kuin korvaushoitolääkkeenä käytettyä opioidia ei löytynyt 44 % potilaista (vv. 2000–2002: 75 %), amfetamiinia 29 %:sta (43 %) ja kannabista 32 %:sta (48 %) potilaista. Tuloksia selitettiin sillä, että koska korvaushoitoon pääsyn kynnys oli aiemmin korkeampi, suhtauduttiin oheiskäyttöönkin todennäköisesti vakavammin. (Vorma ym. 2009.)

Korvaushoidon toteuttamisen malleissa nousevat esiin painotuserot psykososiaalisen hoidon ja lääkehoidon suhteesta. Varsinkin yliopistollisissa 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 kokonaisvaltainen hoitoon sitouttamisen

⁵⁰ Laskeva trendi on jatkunut ja artikkelin kirjoittamisen aikaan 2009 HYKS:n opioidiriippuvuuspoliklinikassa bentsodiatsepiinilääkitys on enää 35 %:lla potilaista.

⁵¹ V. 2003–2005 aineistosta 87 potilaasta saatiin kerätyksi tiedot virtsan huumausaineanalyyseista puoleltoista vuoden seuranta-ajan 12 viimeiseltä kuukaudelta ja v. 2000–2002 hoidon aloittaneista potilaista 56 prosentilta. Tulokset kerättiin myös jatkohoitopaikoista, jos näytteitä oli otettu jatkuvasti vähintään kaksi kertaa kuukaudessa.

ja kuntouttavaan korvaushoittoon 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.

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, niin sanottu ”realiteettikonfrontaatiomalli”, jossa tarkoituksena on edistää kahdensuuntaista kommunikaatiota, mikä tarkoittaa kontrollin vähentämistä, vallan ja vastuun tasaisempaa jakamista kaikille yhteisön jäsenille sekä asiakkaiden osallistumista päätöksentekoon.⁵²

Yhteisökasvatukselliseen huume kuntoutukseseen osallistuneiden elämää kuntoutuksen jälkeen koskevassa seurantatutkimuksessa tarkasteltiin kuntoutuksen osallistumisen integroitumista yhteiskuntaan päihteettömyyden, rikoksettomuuden, asunnon, työn ja opiskelupaikan hankkimisen sekä sosiaalisten verkostojen luomisen näkökulmasta.⁵³ Tutkimuksen mukaan raittiina yli vuoden kuntoutuksen jälkeen oli noin 60 %. Suurin osa retkahduksista oli tapahtunut vuoden sisällä kuntoutuksesta, mutta tämänkin jälkeen henkilöt työskentelivät retkahdusten estämiseksi ja retkahdusten väli oli harventunut. Ongelmia aiheutti kuitenkin arkinen pelko retkahtamisten toistumisesta. Kukaan kuntoutujista ei ollut syyllistynyt uusiin rikoksiin yhteisöstä lähtönsä jälkeen ja työ- tai opiskelupaikan oli kuntoutujista hankkinut kaksi kolmesta. Myös asunto oli järjestynyt suurimmalle osalle vastaajista. Tulevaisuus oli monelle huolen aihe ja kuntoutujat olivat törmänneet leimaaviin asenteisiin sekä opiskelun että työelämän osalta – rehellisyys ei aina kannattanut. Monilla kuntoutujilla sosiaalinen verkosto oli jäänyt hyvin ohueksi

⁵² Vrt. luku 5.2. huume hoidon asiakaskunta.

⁵³ Aineistona olivat 52 huume kuntoutujan vapaamuotoiset haastattelut henkilöistä, jotka olivat osallistuneet yhteisöön vuosina 1998–2007. Heistä koko 15 kuukauden pituisen kuntoutuksen loppuun asti oli käynyt kaksi kolmesta kuntoutuksen aloittaneista. Tutkimukseen osallistuneet vastasivat kyselyyn osallistuessaan yhteisön jatkohoidon viikonloppuihin kuntoutuksesta lähtönsä jälkeen. Aineistot kerättiin kahdessa vaiheessa, osa 2000-luvun alussa ja viimeiset haastattelut vuosina 2003–2007. (Prättö ym. 2009.)

eikä sosiaalista tukea ollut aina saatavissa. Itsehoitoryhmät tarjosivatkin monelle kuntoutujalle tärkeän väylän solmia kontakteja muihin ihmisiin ja olivat samalla suosituin jatkohoidon muoto. Tutkijan johtopäätös seurannasta oli, että yhteisöllisen kuntoutuksen kautta voidaan saada hyviä tuloksia, mutta tuloksellisuus on aina subjektiivista, eikä kaikkia voi auttaa, jos hoitomotivaatio toipumiseen ei ole riittävä – kolmannes kuntoutujistahan keskeytti kuntoutuksen. Yhteisöllisessä kuntoutuksessa olisi olennaista huomioida kuntoutujat riittävästi yksilöinä – muuten hoitojen keskeytykset tulevat liian kalliiksi niin kutoutujalle kuin yhteiskunnallekin. (Prättö ym. 2009.)

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.⁵⁴ Yksinkertaisimmillaan tutkija pelkistää NA:n toipumisteorian kahdella lauseella: (1) on huumeista riippuvaisia addikteja, joilla on addiktiosairaus, ja (2) NA-elämäntavan avulla toipuminen on mahdollista. 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.)

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 kautta tai ammattilaisten suosituksesta, ja

⁵⁴ Tutkimusaineisto koostuu NA-toveriseuran ohjelmateksteistä, episodisesta haastatteluaineistosta (n= 24) ja lomakeaineistosta (n= 212). Haastatteluaineisto kerättiin kesän ja syksyn 2003 aikana. Haastateltavien 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 juhla-konventeissa. 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, elämäntilanne-arviointi ja sosiaaliset suhteet. Aineisto analysoitiin eksploratiivisella faktorianalyysillä. (Kotovirta 2009, 24–30.)

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.)

Uusi ja laajempi näkökulma kuntoutukseen

Vuonna 2009 julkaistussa väitöskirjassa kuntoutusta tarkasteltiin kuntoutujan osallisuuden näkökulmasta.⁵⁵ Tutkimuksessa nousi esiin kolme erilaista osallisuuden ilmenemismuotoa. Kuntoutumisen varhaisvaiheessa kuntoutus nojaa uuden päihteettömän elämäntavan hallinnointiin (elämönhallinnan osallisuus), jossa kuntoutuja taipuu institutionaalisen kuntoutuksen kuriin. Kuntoutujan alkaessa luottaa päihteettömyyteensä, hän ryhtyy tekemään kuntoutumistaan koskevia itsenäisiä päätöksiä ja hakemaan osallisuuden kokemuksia myös päihdekuntoutuksen ulkopuolelta (elämänpoliittinen osallisuus) ja voi tällöin irtaantua institutionaalisista ajattelumalleista. Lisäksi hänen on löydettävä tiensä sosiaalisten suhteiden muodostamaan piiriin oman itsearvostuksen ja toimintansa sääntöjen kehittämiseksi (elämänorientaation osallisuus). Näin kuntoutusprosessi ylittää viralliset hallinnolliset rajat ja ulottuu sosiaalisiin maailmoihin, jota edes auttajien on vaikea hahmottaa. (Mattila-Aalto 2009.)

Kuntoutuvan yksilön ollessa jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristöönsä pelkääntään kuntoutuksen instituution sisäpuolella tapahtuva tarkastelu ei riitä selittämään kuntoutumista eikä pelkkä kuntoutusjärjestelmä takaamaan tai institutionaalinen kuntoutustutkimus selittämään kuntoutumista. Kuntoutuksen säännöt eivät välttämättä auta kuntoutujaa saavuttamaan kuntoutumiselle asetettuja tarpeita, kuten työhön siirtymistä ja kiinnittymistä elämänalueille, joissa vuorovaikutus tapahtuu toisenlaisin perustein. Koska kuntoutuminen osallisuutta synnyttävänä ja energisoivana toimintana on huomattavasti yksilön osallistumista moniulotteisempi prosessi, olisi kuntoutusajattelu kenties käännettävä ylösalaisin ja ryhdyttävä pohtimaan sitä, mitä on se osallisuus, joka tuottaa kuntoutumista ja mitä kuntoutuksen pitäisi pystyä sen edistämiseksi tarjoamaan. Kuntoutuspalvelujen tilaajia ja tuottajia kannustetaankin hakeutumaan kumppanuussuhteisiin, joiden avulla tavoitellaan kuntoutustulosten viemistä kuntoutuksen

⁵⁴ Ilmiön tutkimiseksi haastateltiin 13 entistä päihteiden ongelmakäyttäjää, jotka olivat käyttäneet päihteitä keskimäärin 15 vuotta ja eläneet ilman päihteitä noin 7 vuoden ajan. Heistä viidellä oli jokin vamma. Lisäksi haastateltiin 34 heidän auttajikseen nimeämäänsä maallikkoo ja ammattilaista. (Mattila-Aalto 2009.)

ulkopuolelle. Päihdehuollossa onkin alettu erilaisten hoitomenetelmien kehittämisen rinnalla etsiä tuloksellisuutta terapeuttisista vuorovaikutussuhteista, jossa työntekijä ja asiakas liittoutuvat asiakkaan auttamiseksi. Vuorovaikutussuhteen laadun kehittäminen saattaa osoittautua jopa potentiaaliseksi ratkaisuksi erääseen päihdehuollon suurista pulmista, nimittäin hoidon keskeyttämiseen. (Mattila-Aalto 2009.)

Päihdetyöntekijän rooli hoidossa

Huumehoidon käypähoitosuosituksen mukaan psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta, vaikka näyttö niiden tehosta joidenkin huumeongelmien hoidossa on niukkaa. Myös lääkityksellä voidaan usein helpottaa oireita, ja erityisesti opioidiriippuvuuden korvaushoito on osoitettu tehokkaaksi itsenäiseksi hoitomuodoksi. Tärkeä työkalu huumeongelman toteamisessa ja hoidossa on kuitenkin avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde päihdetyöntekijän ja päihdeongelmaisen välillä. (Duodecim 2006.)

Tätä näkökulmaa on painotettu tutkimuksessa, joka koskee päihdetyöntekijöiden persoonallisuuden piirteitä ja vuorovaikutustaitoja.⁵⁶ Tutkimuksen mukaan terapeuteista voitiin erotella persoonallisuuspiirteiltään kolme erilaista ryhmää: ensimmäistä kuvaavat korkeat pistemäärät sosiaalisen aktiivisuuden, ystävällisyyden ja avoimuuden osalta, sen sijaan pistemäärä tunnollisuuden osalta oli matala; toinen ryhmä muodostuu ensimmäiseen ryhmään nähden lähes päinvastaisista painotuksista, sillä poikkeuksella että matalat pisteet koskevat avoimuuden sijaan tasapainoisuutta; ja kolmannessa ryhmässä persoonallisuuden piirteet ovat kaikilla ulottuvuuksilla lähellä keskiarvoa. Tulokset olivat siinä mielessä yllättäviä, että kaksi ensimmäistä ryhmää olivat vuorovaikutustaidoiltaan lähes samaa tasoa, sen sijaan kolmas ryhmä sai huomattavasti huonommat arviot vuorovaikutustaidoistaan. Näin lähes päinvastaisista persoonallisuuden piirteistä käsin on mahdollisuus saavuttaa samankaltaiset vuorovaikutustaidot, mikä osoittaa tutkijan mukaan, että vuorovaikutustaitoja on mahdollista oppia laajasti koulutuksen ja ammatillisen uran myötä. Sukupuolen mukaan tulokset olivat kiusallisia miesten kannalta, sillä naisten vuorovaikutustaidot osoittautuivat paremmiksi kaikilla arviointikyselyn ulottuvuuksilla. Sen sijaan oman toipumiskokemuksen omaavien terapeuttien (noin 10 %) vuorovaikutustaidot olivat samalla tasolla muiden kanssa, vaikka he olivatkin persoonallisuudeltaan vähemmän tunnollisia ja tasapainoisia. Monet

⁵⁶ Tutkimuksen aineisto kerättiin laitospäihdehoidon yksiköistä (n=17), joista haastateltiin 162 terapeuttia. Osallistujat täyttivät haastattelussa taustatietolomakkeen sekä persoonallisuustestin. Samalla he saivat mukaansa lomakkeen, jossa esitettiin viisi päihdehoidon asiakkaan ja omaisen kertomaa hoito/henkilötarinaa terapeuttien arvioitaviksi. Kolme viidesosaa tutkimushenkilöistä palautti myös arviointikyselyn. Persoonallisuustestien kysymykset jaoteltiin PK5 -faktoreihin, joissa arvioitiin henkilön sosiaalista aktiivisuutta, ystävällisyyttä, tunnollisuutta, tasapainoisuutta ja avoimuutta. Arviointikyselyllä pyrittiin selvittämään henkilöiden vuorovaikutustaitoja ja vastauksia analysoitiin ulkopuolisessa asiantuntijaryhmässä, jossa vastauksia jaoteltiin neljällä ulottuvuudella, joita olivat empaattisuus, aitous, asiakkaan kunnioitus ja toiminnan konkreettisuus. Tuloksia analysoitiin yksisuuntaisella varianssi-analysillä ja t-testillä. (Saarnio 2009; Saarnio 2010.)

toipumiskokemuksen omaavista terapeuteista olivat aloittaneen päihteiden käyttönsä varhaisnuoruudessa ja päihteiden käyttö oli aiheuttanut heille siksi paljon ongelmia. Näin psyykkiseltä statukseltaan suurempi osa oman toipumiskokemuksen omaavista terapeuteista sopi paremmin menneen päihteiden käyttöhistoriansa vuoksi antisosiaaliin ja rajatilapotilaisiin kuin paranoidisia vaikeuksia kokeneisiin henkilöihin. (Saarnio 2009; 2010; 2010b.)

Saarnio arvioi tutkimuksessaan myös terapeuttien persoonallisuuden piirteitä (vrt. edellä oleva kappale) suhteessa heidän yleiseen terapeuttiseen orientaatioonsa, joita mitattiin terapeuttien erikoistumisasteella (johonkin tiettyyn terapiamuotoon), terapeuttien koulutuksen pituudella, terapeutin omalla innostumisella alastaan sekä terapeutin uskonnollisella suuntautumisella. Tulosten mukaan useita eri menetelmiä käyttävät terapeutit olivat vähemmän tunnollisia kuin pitkälle erikoistuneet terapeutit. Pitkän koulutuksen läpi käyneet terapeutit olivat vähemmän tunnollisia mutta samalla sosiaalisesti muita terapeutteja sosiaalisesti aktiivisempia. Persoonallisuudenpiirteistä ystävällisyys, avoimuus ja tunnetason tasapainoisuus korreloivat omasta työstä innostuksen kanssa. Erityisesti uskonnollisuus korreloi asiakasta kohtaan tunnetun kunnioituksen kanssa. (Saarnio 2011.)

Päihdealan ammattilaisilta on kysytty heidän käsityksiään aineriippuvuuksista.⁵⁷ Heitä pyydettiin arviomaan päihdeongelmien syntyyn vaikuttaneita tekijöitä ja sitä, kenellä nähdään olevan vastuu riippuvuuden kehittymisestä ja siitä toipumisesta. Lisäksi eri ammattiryhmien käsitysten välisiä eroja verrattiin keskenään. Kun pyydettiin valitsemaan 1–3 osuvinta päihderiippuvuuden luonnehdintaa, päihdealan ammattilaisesta neljä viidestä näki päihderiippuvuuden opittuna selviytymismallina, kaksi kolmesta koki riippuvuuden tunne-elämän sairautena ja kaksi viidestä yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottamana elämäntapana. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna vastaajan olivat yhtä mieltä päihderiippuvuudesta tunne-elämän sairautena, sen sijaan tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi päihderiippuvuuden ymmärtämisenä toisaalta aivosairautena tai persoonallisuushäiriönä ja toisaalta yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottamana elämäntapana. Erityisen suuret erot näiden kahden selitysmallin välillä olivat lääkärin ja sosiaalialan ammattilaisten välillä, sen sijaan erot eivät kärjistyneet samalla lailla muiden terveydenhoitoalan ammattilaisten ja sosiaalialan ammattilaisten välillä. (Pennonen ym. 2010.)

⁵⁷ Tutkimuksen aineisto kerättiin vuosien 2007–2008 vaihteessa. Koska Suomen päihdehuoltojärjestelmä on erittäin monimuotoinen ja pirstaleinen. (Kekki ym. 2008) aineiston keruussa sovellettiin yksinkertaista ryväotantaa: ensin otettiin yhteyttä keskeisiin palveluntuottajiin tutkimuslupien saamiseksi, sen jälkeen kutsu tutkimukseen lähetettiin kolmen suuren kaupungin päihdehuollon avopalveluyksikköihin sekä kansalaisjärjestöjen vastaaviin yksikköihin tarkoituksena saada alueellisesti vertailukelpoista tietoa. Myös Rikosseuraamusvirasto lähetti kyselyn omien yksikköjensä edustajille. Kaikkiaan kyselylomakkeen palautti 520 työntekijää (vastausprosentti 51 %), joista sosiaalialan koulutuksen saaneita oli 41 %, lääkäreitä 3 %, muita terveydenhoitoalan edustajia 32 % sekä muita päihdetyötä tekeviä henkilöitä 25 %. Kyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 41,8 vuotta, vastaajista 76 % oli naisia ja vastaajista 55 % oli korkeakoulututkinto. Aineiston analyysissä eri ryhmien käsityksiä verrattiin ristiintaulukoimalla niitä keskenään ja käyttämällä tilastollisia standarditestejä. (Pennonen ym. 2010.)

Kysyttäessä ammattilaisten arviota siitä, kenestä tai mistä riippuvuus johtuu, painottuu eniten vaihtoehto, jossa riippuvuuden katsotaan johtuvan enemmän henkilöstä kuin olosuhteista. Toisaalta myös vastuuta ongelman hoitamisesta annetaan enemmän yksilölle kuin yhteiskunnalle. Tutkimuksessa arvioitiin ammattilaisten asenteita nelikentällä, jossa ristiintaulukointiin yksilön vastuu ongelman synnystä (suuri vs. pieni) ja yksilön vastuu ongelman hoitamisesta (suuri vs. pieni). Tuloksena saatiin neljä eri mallia: moraalinen malli (suuri/suuri), valistusmalli (suuri/pieni), kompensatorinen malli (pieni/suuri) ja medikaalinen malli (pieni/pieni). Tulosten mukaan noin kolme viidestä vastaajasta näkee muihin huumeisiin kuin kannabikseen addiktoituneen henkilön omaa vastuuta korostavan moraalisen mallin kautta, joka kuudes valistus- tai kompensatorisen mallin kautta ja noin joka kymmenes medikaalisen mallin kautta. Kannabis on päihteistä lähempänä alkoholia, mikä merkitsee moraalisen mallin kannatuksen lisääntymistä valistus- ja medikaalisen mallin osuuden kustannuksella. Kannabiksen osalta hoitoalan työntekijät kannattavat eniten moraalista (75 %) mallia sosiaalialan kannattajat vähiten (vajaat 60 %). Sama suuntaus pätee osin myös toisen huumeiden osalta, tosin ero ei ole enää tilastollisesti merkittävä. Hieman yllättäen kuitenkin hoitoalan ammattilaiset (poikkeuksena lääkärit) kannattavat muiden laittomien huumeiden osalta merkittävästi muita ryhmiä vähemmän medikaalista mallia. Jotta huumeusaineiden ongelmakäyttäjien hoidosta vastaava moniammatillinen hoitoryhmä kykenisi yhdistämään voimavaransa asiakkaan auttamiseksi, tutkijoiden mielestä keskeistä olisi että eri ammattiryhmien väliset käsityserot tiedostetaan ja että niitä käsitellään hoitotyön aikana avoimesti eri näkökannat huomioon ottaen. (Pennonen ym. 2010.)

5.2. Huumehoidon asiakaskunta

Huumehoidon tietojärjestelmässä kerätään anonymisti tietoja huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneista. Tiedonkeruu on hoitoyksiköille vapaaehtoista. Vuonna 2009 tietojärjestelmän arvioitiin kattaneen noin kolmanneksen kaikista annetuista huumehoidosta.

Vuonna 2010 huumehoidon tiedonkeruun osallistuneista asiakkaista naisia oli 31 prosenttia, alle 30-vuotiaista 37 prosenttia. Huumeasiakkaiden keski-ikä oli noin 30 vuotta. Miehet olivat keskimäärin yli kaksi vuotta vanhempia kuin naiset. Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys (60 %) yleistä. Useimmat asiakkaat olivat yksin eläviä (59 %) ja lähes joka kymmenes (9 %) oli asunnoton. Avo- tai avioliitossa oli 24 prosenttia asiakkaista. Naiset olivat miehiä useammin avo- tai avioliitossa. Avo- tai avioliitossa olevista yli puolella (61 %) oli toinen päihdeongelmainen samassa taloudessa, naisilla (79 %) huomattavasti useammin kuin miehillä (46 %). Yli kolmanneksella asiakkaista (35 %) oli alle 18-vuotiaita lapsia, mutta lapset asuivat samassa taloudessa vain 32 prosentissa tapauksista. Nuorimmista asiakkaista suurin osa (60 %) asui vielä vanhempiensa kotona. (Väänänen 2011.)

Hoitoon hakeutuminen oli vuonna 2010 yleisimmin tapahtunut oma-aloitteisesti (34 %). Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palveluiden kautta hoitoon oli hakeutunut

30 prosenttia ja päihdehuollon palveluiden kautta 23 prosenttia asiakkaista. Perhe oli toiminut hoitoon ohjaajana viidellä prosentilla asiakkaista ja poliisi kahdella prosentilla. Kaikkein nuorimpien asiakkaiden hoitoon ohjautuminen erosi muista ikäryhmistä, sillä alle 18-vuotiaista 18 prosenttia ohjautui hoitoon vanhempiensa tuella ja 47 prosenttia lastensuojelun kautta. Hoitoon hakeutuneista huumeasiakkaista 63 prosentilla hoitajakso oli alkanut vuoden 2010 aikana. Hoito jatkui edelliseltä vuodelta 13 prosentilla ja tätä aiemmin alkaneita hoitajaksoja oli 23 prosentilla asiakkaista. Kuitenkin vain 14 prosentilla asiakkaista ei ollut lainkaan aikaisempia hoitokontakteja huumeiden käytön vuoksi. (Väänänen 2011.)

Suurin osa huumeasiakkaista hoidettiin vuonna 2010 päihdehuollon avo- (50 %) ja laitoshoidossa (27 %). Huumehoitoon erikoistuneissa avohoidon yksiköissä hoidettiin 15 prosenttia asiakkaista, laitoshoidossa 8 prosenttia ja vankiloiden huumehoidossa 1 prosentti asiakkaista. Opiaatteja ensisijaisena päihteenä käyttävät sijoittuivat pääasiassa avomuotoiseen päihdehoitoon (44 %) tai huumehoitoon (24 %) mutta myös päihdehuollon laitoshoitoon (22 %). Hypnootteja, sedatiiveja tai kannabista ensisijaisena päihteenä käyttävät sijoittuivat yli puolessa tapauksista päihdehuollon avohoitoon. Stimulantteja ensisijaisena päihteenä käyttävistä 48 prosenttia hakeutui hoitoon päihdehuollon avohoitoon ja 37 prosenttia päihdehuollon laitoshoitoon. Alkoholin ja huumeiden sekakäytön vuoksi hoitoon hakeuduttiin lähinnä päihdehuollon avo- ja laitoshoitoon. Avomuotoisessa erikoistuneessa huumehoidossa peräti 86 prosenttia asiakkaista oli opiaatteja ensisijaisena päihteenä käyttäviä. Laitoshoidossa asioi eniten opiaatteja (68 %) ja stimulantteja (18 %) ensisijaisena päihteenä käyttäviä. (Väänänen 2011.)

Yleisimmät avohoidon hoitomuodot olivat vuonna 2010 kuntouttava hoito ja hoidon arviointijakso. Laitoshoidon yleisimmät hoitomuodot olivat kuntouttava hoito ja vieroitushoito. Ensisijaisesti opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneista 44 prosentilla oli hoitomuotona opiaattiriippuvaisille tarkoitettu lääkkeellinen avo- tai laitoshoido. Opiaattiriippuvaisten lääkehoidossa käytetyistä lääkkeistä metadoni (45 %) ja buprenorfini (44 %) olivat lähes yhtä yleisesti käytettyjä. Lääkehoidossa käytetystä buprenorfinista 14 prosenttia oli Subutexia tai Temgesiciä ja 86 prosenttia buprenorfinin lisäksi naloksonia sisältävää Suboxonea. (Väänänen 2011.)

Nuorinta asiakaskunta oli vuonna 2010 päihdehuollon avohoidossa, jossa keski-ikä oli noin 29 vuotta. Päihdehuollon laitoshoidossa huumeasiakkaiden keski-ikä oli noin 30 vuotta, laitoshoidossa huumehoidossa noin 31 vuotta, avomuotoisessa huumehoidossa noin 33 vuotta ja vankiloiden terveydenhuoltoyksiköissä 34 vuotta. Muita samanaikaisia hoitokontakteja oli 42 prosentilla kaikista asiakkaista. Yleisimmät samanaikaiset hoitokontaktit olivat päihdehuollon avohoito (21 % kaikista asiakkaista), terveysneuvontapiste (11 %), sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen avohoito (11 %) sekä itsehoitoryhmät (5 %). (Väänänen 2011.)

5.3. Asiakastrendit päihde- ja huumehoidossa

Kuten edellä on kuvattu, suomalainen päihdepalvelujärjestelmä on hajanainen ja edellyttää sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen huomioimista. Huumeisiin liittyvän hoidon määrää pyritään kuvaamaan yleisillä hoitotilastoilla (ks. 6.2 sairaaloiden huumehoitajaksot sekä kuvio 5.) sekä kolmella erillisellä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksella. Päihdetapauslaskennassa kerätään yhden päivän aikana tiedot päihneiden aiheuttaman vamman tai päihneiden käytön vuoksi tai päihtyneenä sosiaali- ja terveystapauslaskennassa kerätään yhden päivän aikana tiedot päihdetapauslaskennasta. Päihdetapauslaskenta toteutetaan joka neljäs vuosi ja sen pohjalta voidaan arvioida huumeasiakkaiden osuutta kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista. Huumehoidon tiedonkeruu on vapaaehtoinen, jatkuva tiedonkeruu hoitopaikoille, joilla kerätään anonyymiä, yksilökohtaista tietoa huumehoidon asiakkaista (ks. 4.3 ongelmapäihteen ja 5.2 asiakaskunnan osalta). Kattavuuskyselyllä on pyritty arvioimaan koko huumehoidon volyymin hoitopaikoittain ja alueittain vuosien 2003 ja 2008 osalta.

Päihdetapauslaskenta

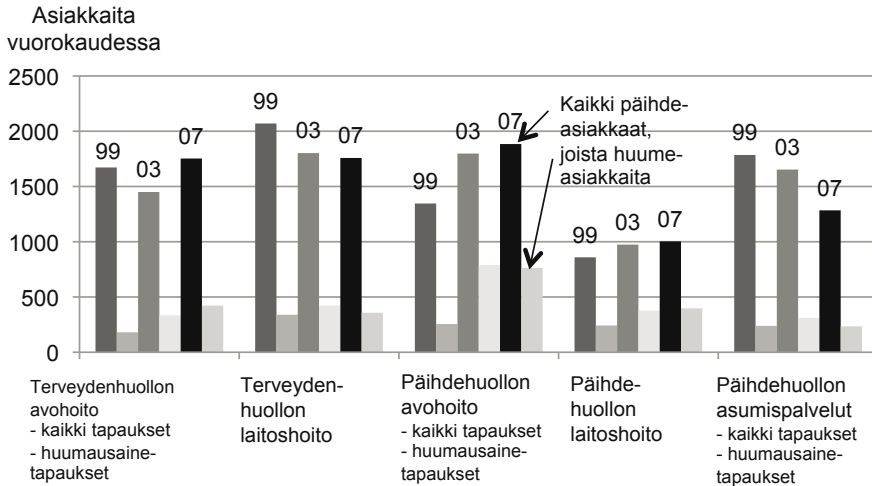
Päihdetapauslaskenta toteutettiin vuonna 2007. Laskennassa kerätään yhden päivän aikana tiedot päihneiden aiheuttaman vamman tai päihneiden käytön vuoksi tai päihtyneenä sosiaali- ja terveystapauslaskennassa kerätään yhden päivän aikana tiedot päihdetapauslaskennasta. Tutkimus tehdään joka neljäs vuosi, ja kyselyjä on toteutettu vertailukelpoisessa muodossa vuodesta 1995 lähtien. Vuonna 1995 huumeaineiden 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.)⁵⁸

Vuosien 1999 ja 2003 nopean kasvun taustalla ei ole pelkästään hoitopalvelujen kysynnän lisääntyminen vaan myös palvelurakenteen muutokset. 1990-luvun lopulla perustettiin ensimmäiset terveysneuvontapisteen ruiskuhuumeiden käyttäjille, mikä näkyi päihdehuollon avopalvelujen käytön lisääntymisessä. Korvaushoito aloitettiin laajemmalla mitalla Suomessa vasta vuonna 2002, mikä puolestaan heijastui sekä päihdehuollon että myös terveydenhuollon avopalvelujen huumeasiakkaiden määriin vuosina 2003 ja 2007.

Kun vuonna 1999 päihdehuollon avohoidon asiakkaista 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 päihdetapauslaskennassa. Erityisesti yli 50-vuotiaiden ikäluokka oli voimakkaassa kasvussa. Vuonna 2007 päih-

⁵⁸ Päihde-ehdoisella asioinnilla tarkoitetaan käyntiä, jossa päihde- ja huumehoitoon on tullut asiakas. Tiedot perustuvat palveluyksiköiden työntekijöiden ilmoituksiin. Tuorein laskentavuorokausi oli 9.10.2007. Päihdetapauksia kertyi tuolloin 12 045, mikä on enemmän kuin koskaan aiemmin.

detapauslaskennassa saatiin suhteellisen vähän tietoja pistoskäyttäjille tarkoitetuista terveysneuvontapisteistä, mikä on saattanut johtaa aliarvioon huumausaineiden käyttäjien osuudesta vuoden 2007 tutkimuksessa. (Huhtanen 2008; Nuorvala ym. 2008b.)

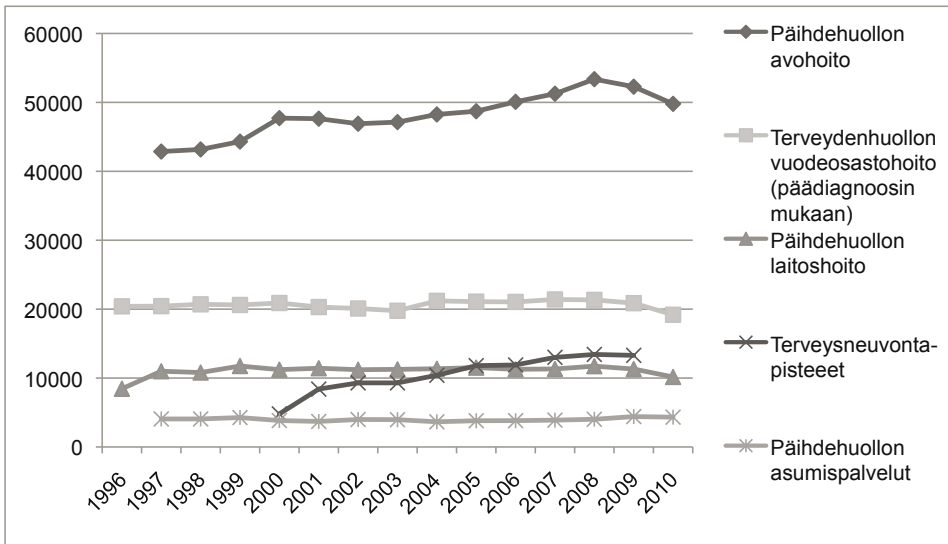


Kuvio 6. Päihdetapaukset sosiaali- ja terveydenhuollossa 1999–2007.

Lähde: Huhtanen 2008.

Tutkimuksen perusteella vuonna 2007 huumausaineisiin liittyvää ongelmakäyttöä esiintyy noin 40 prosentilla päihdehuollon avo- ja laitospalvelujen käyttäjistä sekä 25 prosentilla terveydenhuollon avopalvelujen ja 20 prosentilla terveydenhuollon vuodeosastopalvelujen päihdeasiakkaista. Huumausaineita käyttävien naisten osuus päihdetapauslaskennan asiakaskunnasta oli noin 30 % avohoidossa ja 20 % laitoshoidossa. Huumausaineasiakkaat ovat suhteellisen nuoria muihin päihteiden ongelmakäyttäjiin verrattuna. Kun kaksi kolmesta alle 35-vuotiaasta päihteiden vuoksi hoidossa olleesta asiakkaasta käytti myös huumausaineita, enää kolmannes 35–44-vuotiaista ja reilusti alle 10 % tätä vanhemmista asiakkaista käytti huumausaineita. (Huhtanen 2008.) Iän lisäksi huumausaineasiakkaat erosivat muista päihdeasiakkaista huono-osaisuuden ja mielenterveysongelmien osalta. Huumausaineiden käyttäjien asunnottomuus oli selvästi yleisempää kuin muilla asiakkailla ja yli puolella huumausaineita käyttäneistä asiakkaista todettiin myös masentuneisuutta ja muita mielenterveyden häiriöitä. (Nuorvala ym. 2008b.)

Päihdepalvelujärjestelmien pitkäaikaisen asiakasseurannan yleinen kehitystrendi noudattaa päihdetapauslaskennan suuntaviivoja. Suurimmat muutokset ovat olleet matalakynnyksisten terveysneuvontapisteiden yleistymisen ja asiakasmäärien kasvu 2000-luvun alusta lähtien ja päihdehuollon avopalvelujen (mukaan lukien korvaushoidon) käytön lisääntyminen. Vuosikymmenen lopussa palvelujen asiakasmäärissä oli laskua niin avo- kuin laitospalvelujen osalta sen sijaan asumispalvelujen osalta asiakasmäärän kasvu jatkui. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2011.)



Kuvio 7. Päihdeasiukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa 1996–2010.

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2011.

Kattavuuskysely

Huumehoidon kattavuuskyselyyn vastasi vuonna 2009 noin 60 prosenttia kyselyn saaneista päihdehuollon yksiköistä⁵⁹. Huumeasiakkaita ilmoitettiin kaiken kaikkiaan 12 807, 18 % kaikista päihdeasiakkaista. Asiakkaiden kokonaismäärää tarkasteltaessa on huomioitava, että sekä kyselyn kohdistaminen ja siihen vastaaminen ei ollut täydellistä. Toisaalta myöskään mahdollisia päällekkäisiä asiakkuuksia ei ole kyselyssä poistettu. Vastaava kysely tehtiin vuonna 2004 asiakaskunnasta. Silloin kyselyyn vastasi 324 yksikköä. Niissä päihdeasiakkaita oli 75 018 ja huumeasiakkaita 17 825 eli 24 prosenttia kaikista päihdeasiakkaista. Myös tällöin huumehoidon tietojärjestelmän kattavuus huumeasiakaskunnasta oli sama (32 %). Tämä näyttäisi osoittavan, että huumehoidon tiedonkeruussa ilmenevä asiakasmäärän väheneminen on todellista, eikä heijasta vain tiedonkeruuseen liittyvien yksikköjen määrän vähenemistä. (Väänänen 2011.)

Kattavuuskyselyyn vastanneista yksiköistä valtaosa (78 %) ilmoitti antavansa päihdehoitoa huumeasiakkaille. Huumeasiakkaiden osuus kaikista päihdeasiakkaista oli korkeimmillaan huumehoitoon erikoistuneilla avo- (58 %) ja laitoshoitoyksiköillä (89

⁵⁹ Kysely oli suhteellisen kattava päihdehuollon erityispalvelujen osalta, mutta ei yhtä kattava terveydenhuollon avopalveluissa, esimerkiksi kunnallisissa terveyskeskuksissa. Mahdollisia päällekkäisiä asiakkuuksia ei ole kyselyssä poistettu. Kuitenkin lähes kaksi kolmesta hoitoyksiköstä vastasi kyselyyn ja asiakkaiden kokonaismäärä vastaa melko hyvin muista erillisrekistereistä yhteen summattua päihdeasiakkaiden vuosittaista asiakasmäärää (vrt. kuvio 5).

%), opiaattiriippuvaisten lääkehoitoarvioita ja hoitoja toteuttavalla laitoshoitoyksiköllä (78 %) sekä sairaaloiden päihdepsykiatrisessa avohoidossa (75 %). Vankiloiden päihdeasiakkaista huumeasiakkaiden osuus on myös korkea (52 %). Sen sijaan päihdehuollon avohoidon A-klinikoiden (10 %), terveyskeskusten (17 %), katkaisuasemien (11 %) tai kuntoutusyksiköiden (23 %) huumeasiakasosuudet ovat huomattavasti pienemmät.

Huumehoidon tietojärjestelmän tulokset kattavat suhteellisen tasaisesti eri hoitoyksikkötyypit, mutta selvästi huonoimmin vankiloiden ja terveydenhuollon avohoidon terveyskeskusten asiakaskunnan. Huumeisiin erikoistunutta hoitoa tarjottiin myös laajasti. Yleisimmät erikoistuneen huumehoidon kriteerit olivat yksikön oikukes toteuttaa opiaattiriippuvaisten lääkehoitoa (43 %) sekä huumeidenkäyttäjille suunnattu oma hoito-ohjelma (38 %). Vajaalla 20 prosentilla yksiköistä oli huumehoitoon erikoistunut osasto. (Väänänen 2011.)

Vuoden 2008 kyselytietojen perusteella huumeasiakkaiden sijoittautuminen keskittyi Etelä-Suomen (43 %) ja Länsi-Suomen (36 %) lääneihin, yksistään Helsinkiin 16 prosenttia. Sen sijaan vuoden 2004 kattavuuskyselyn mukaan peräti 70 prosenttia asiakkaista sijoittui Etelä-Suomen lääneihin ja 17 prosenttia Länsi-Suomen lääneihin. Helsingissä asiakkaiden osuus oli 43 %. Näistä huumeasiakaskunta olisi vuoden 2003 tietojen perusteella levinnyt entistä laajemmin Etelä- ja Länsi-Suomeen. Huumehoidon tietojärjestelmä kattavuus olisi puolestaan parantunut Etelä-Suomen osalta mutta heikentynyt muun Suomen osalta (Väänänen 2011.)

6. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat

Tartuntatautirekisteriin kirjatut ruiskuhuumevälitteiset hiv-tartunnat sekä C-, B- ja A-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Terveysneuvontapisteiden toiminnalla ja ruiskuhuumeiden käyttäjien A- ja B-hepatiittrokotuksilla on ollut suuri merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähenemisessä.

Huumeisiin liittyvien kuolemien määrä kasvoi muiden haittojen tapaan vuosituhatluvun vaihteessa, 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. Huumeiden määrän lisääntymiseen liittyy sekakäytön yleisyys, huumeiden käyttöön liittyvä riskialttius ja kokemattomuus, lääkkeiden päihdekäyttö ja mielenterveysongelmaa. Sekakäytön vaarojen tiedostaminen olisi erityisen tärkeää opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäyttötapauksissa.

6.1. Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

Yli 64 prosenttia päihdehuollon huumeiasiakkaista oli joskus käynyt kaikissa kolmessa, hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C -testissä. Hiv-testissä oli käynyt 70 prosenttia, B-hepatiittitestissä 66 prosenttia ja C-hepatiittitestissä 74 prosenttia asiakkaista. Hepatiitti A -testissä käyneitä oli 56 prosenttia kaikista asiakkaista.⁶⁰ (Väänänen 2011.)

Hiv

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautirekisterin mukaan vuonna 2010 ilmoitettiin 188 uutta hiv-tartuntaa (178 tapausta v. 2009). Hiv-tartunnat ovat lisääntyneet lähes koko 2000-luvun johtuen seksivälitteisten tartuntojen lisääntymisestä. Ruiskuhuumevälitteisten tartuntojen määrä on sen sijaan pysynyt alhaisena. Ruiskuhuumeiden käytöstä aiheutuvia tartuntoja ilmoitettiin vuonna 2010 vain 8 tapausta, mikä on vain neljä prosenttia kaikista tartunnoista (7 % vuonna 2009). (THL 2011)

⁶⁰ Prosenttiosuudet ovat pienemmät kuin edellisen vuoden raportissa, koska ne on laskettu luvuista, joissa on mukana myös puuttuvat tiedot 18–30%.

⁶¹ Tutkimus on toteutettu kahdeksan kertaa vuosien 1998–2009 välillä. Tutkimus on järjestetty yleensä useammassa terveysneuvontapisteessä noin kahden viikon aikana. Osallistujat ovat olleet terveysneuvontapisteiden asiakkaita, ja heidän määränsä on vaihdellut 150–700 välillä. Osallistujat täyttävät anonyymin riskikyselykaavakkeen ja antavat sylkinäytteen, josta tutkitaan C-hepatiitti- ja hiv-vasta-aineet. Sekä riskikyselykaavakkeeseen että näytteeseen kirjataan sama anonyymi osallistujanumero, mikä mahdollistaa riskitekijöiden vertaamisen vasta-ainetulokseen. Testituloksia ei anonyymiteetin 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. Kaikkia terveysneuvontapisteiden asiakkaita kannustetaan osallistumaan tutkimukseen riippumatta henkilöiden hiv tai HCV tilanteesta.

Tartuntatautirekisterin mahdollistaman passiivisen seurannan lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt noin vuoden välein hiv- ja hepatiitti C-viruksen esiintyvyyttä kartoittavia esiintyvyytutkimuksia.⁶¹ Tutkimusten avulla on pyritty arvioimaan tartuntojen esiintyvyyttä myös niiden ruiskuhuumeiden käyttäjien osalta, jotka eivät hakeudu diagnostiseen testaukseen. Tutkimustulosten mukaan hiv:n esiintyvyys ruiskuhuumeidenkäyttäjien keskuudessa on vuosittuhannen vaihteen epidemiasta huolimatta pysytellyt noin 1–2 prosentissa, mikä on kansainvälisesti vertaillen erittäin matala taso. (Arponen ym. 2008.)

C-hepatiitti

Uusia hepatiitti C -tartuntoja todettiin 1 132 vuonna 2010. Tämä on 88 tapausta enemmän, mitä vuonna 2009. Koska akuutteja tapauksia on vaikea erottaa vuosien takaisista, täytyy tapausmääriä tulkita kuitenkin varovaisesti. Valtaosa (596) tapauksista ilmoitettiin ruiskuhuumeenkäyttäjillä vuonna 2010. HCV:n esiintyvyys on ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa niin korkea (55 %), että esiintyvyyden saaminen matalammalle tasolle kestää parhaimmassakin tapauksessa vuosikymmenen, vaikka riskit saataisiinkin hallintaan. Epäselvien tapausten määrä on laskenut hieman, mutta on silti korkea (406 tapausta vuonna 2010). (Hulkko ym. 2011.)

Ikäryhmittäin 15–19- ja 20–24-vuotiaitten vuosittaiset tapausmäärät ovat pysyneet samoina tai edelleen laskeneet. Tämä saattaa olla merkki siitä, että ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja siihen liittyvä haittojen vähentämistyö on vähentänyt tehokkaimmin tartuntariskiä nuorimmissa ikäryhmissä, ja että hepatiitti C saadaan vasta myöhemmällä iällä ruiskuhuumeiden käytön jatkuttua pidempään. Yli 25-vuotiaiden ikäryhmissä onkin havaittavissa tapausmäärien nousua. Alueellisesti tarkasteltuna hepatiitti C-tapausten ilmaantuvuus on pysynyt viime vuosina melko samalla tasolla olleen korkein Etelä-Suomen ja Oulun läänissä. Korkean ilmaantuvuuden alueilla tulisi ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvontaa edelleen tehostaa tartuntamäärien vähentämiseksi. (Hulkko ym. 2011.)

Taulukko 6. Hepatiitti C lääkärien ilmoitusten mukaan tartuntatavoittain, 1999–2010.

	1999	2001	2003	2005	2007	2008	2009	2010
Ruiskuhuumeet	1001	822	627	621	416	508	433	596
Seksi	35	42	46	61	63	68	65	73
Perinataali	10	3	1	5	4	9	9	10
Verituotteet*	23	19	22	24	17	15	1	9
Muu	40	31	34	35	23	31	26	38
Ei tiedossa	643	574	533	497	634	513	527	406
Yhteensä	1753	1492	1264	1244	1157	1144	1061	1132

Lähde: Hulkko ym. 2011.

*) Vuosilta 1995–2003 on tiedossa neljä suomalaista verivalmisteista saatua HBV-tartuntaa. Vuoden 2000 jälkeen ei ole tiedossa yhtään suomalaista verivalmisteista saatua HCV-tartuntaa.

B-hepatiitti

Tartuntatautirekisteriin ilmoitetut akuutit B-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Nopeimmin ovat vähentyneet ruiskuhuumevälitteiset tartunnat, joten riskiryhmien B-hepatiittirokotukset ja huumeiden käyttäjille suunnattu terveystarkkailutyö ovat siis tuottaneet tulosta. Vuonna 2010 ilmoitettiin yksi ruiskuhuumevälitteinen tartunta (ei yhtään vuonna 2009). Kaiken kaikkiaan uusia tartuntoja oli 46, joista tartuntatapa oli tiedossa 16 tapauksessa. Huippuvuonna 1998 uusia tartuntoja oli 256. (Hulkko ym. 2011)

A-hepatiitti

Uusia hepatiitti A -tapauksia ilmoitettiin 14 tapausta vuonna 2010. Näistä ainakin 10 oli saatu ulkomailla. Tartuntojen määrä on pysynyt matalalla viime vuosina. Vuosina 2002–2003 todettiin pääkaupunkiseudun ruiskuhuumeikäyttäjien keskuudessa A-hepatiittiepideemia, jonka seurauksena uusien hepatiitti A-tapausten määrä kasvoi nopeasti. Kasvu taittui jo vuonna 2004, minkä jälkeen ilmaantuvuus on pysynyt matalana riskiryhmien rokotusten ansiosta. Ruiskuhuumeita käyttävät henkilöt, heidän seksikumppaninsa ja samassa taloudessa asuvat henkilöt ovat saaneet vuodesta 2005 kansallisen rokotusohjelman mukaisesti maksuttoman A-hepatiittirokotuksen. Myös matkailijoiden A-hepatiittirokotukset ovat yleisiä. (THL 2011.)

Ruiskuhuumeiden käyttäjien hiv-epidemian kannan seurantalutkimus

Skar ym. selvittivät tutkimuksessaan⁶² yksityiskohtaisesti Tukholman ja Helsingin ruiskuhuumeiden käyttäjien hiv-epidemiaa hyödyntäen sekä molekyyli-epidemiologista että epidemiologista tietoa. Kesällä 2006 ruiskuhuumeiden käyttäjien hiv-tartunnat lähtivät jyrkkään nousuun Tukholmassa ja epidemia jatkui 2007 vuoden loppuun käsittäen yli 70 uutta todettua tartuntaa. Tätä ennen Tukholman alueella oli 1990-luvun alusta lähtien todettu vuosittain noin 20 ruiskuhuumeetartuntaa. Länsi-Euroopan ruiskuhuumeiden käyttäjien epidemiat ovat olleet pääsääntöisesti HIV-1 B-alatyypin aiheuttamia. Vuosien 2001–2002 ruiskuhuumeiden käyttäjien tartunnoista 85 % oli myös Ruotsissa B-alatyyppiä ja valtaosa tartunnoista oli saatu Ruotsissa, mutta myös muutama Suomessa saatu tartunta raportoitiin. Suomessa hiv-epidemia ruiskuhuumeiden käyttäjillä alkoi 1998. Epidemiasta vastasi HIV-1 CRF01_AE -kanta, joka on yleinen Kaakkois-Aasiasta. (Skar ym. 2011.)

Fylogeneettisiä analyysejä käyttäen osoitettiin, että Tukholman epidemian aiheuttama kanta oli CRF01_AE ja se oli lähtöisin Helsingistä. CRF01_AE oli siirtynyt useaan kertaan Suomesta Ruotsiin, mutta epidemia oli kuitenkin lähtöisin yhdestä lähteestä. Samanaikaisesti kun CRF01-AE -variantin levisi nopeasti Tukholmassa, B-alatyypin virusten leviäminen jatkui maltillisena. Biologista tekijää, mikä olisi edesauttanut CRF01-AE:n nopeaa leviämistä, ei löydetty: veren viruspitoisuuksissa ei havaittu eroja B-alatyypin ja CRF01-AE tartunnan saaneiden välillä. Sen sijaan havaittiin joitain sosio-demografisia eroja, esim. lähes kaikilla heroisiin käyttäjillä oli CRF01_AE -tartunta kun amfetamiinin käyttäjillä oli sekä B-alatyyppi että CRF01_AE -infektioita. Parhaiten sekä Tukholman että Helsingin CRF01_AE -epidemia selittänee hivin ilmaantumisen aiemmin hiv-negatiivisten ruiskuhuumeiden käyttäjien verkostoon, jossa oli pistämiinseen ja/tai seksiin liittyvää riskikäyttäytymistä. (Skar ym. 2011.)

Selvittämällä sekä Tukholman että Helsingin ruiskuhuumeiden käyttäjien paikallisia epidemiaa saatiin tietoa hivin leviämiseen liittyvistä tärkeistä tekijöistä (viruskantojen määrä, viruksen sekä ajallinen että spatiaalinen leviäminen, aika tartunnasta diagnoosiin). Saatua tietoa voidaan käyttää seurannan tehostamisessa ja tartuntojen ehkäisyssä. Yhdistämällä sekä fylogeneettinen että epidemiologinen tieto saadaan tehokas työkalu, jolla voidaan tarkasti selvittää sekä hivin että muiden tartuntatautiin aiheuttamia epidemiaa. (Skar ym. 2011.)

⁶² Materiaali ja menetelmät: Tutkimuksen materiaali käsitti 74 ruiskuhuumeisiin liittyvät hiv-tartuntaa, jotka oli todettu vuosina 2004–2007 Tukholman alueella. Potilaskertomuksista saatiin seuraavat tiedot: tartunnan toteamisvuosi, ikä, sukupuoli, pääasiallinen huume, asumisolot, CD-solujen määrä ja virustaakka. Lisäksi potilailta otettiin verinäytteet, joista sekvensoitiin HIV-1 V3 -alue. V3 sekvenssit analysoitiin käyttäen fylogeneettisiä ja fylogeneettisiä menetelmiä. Analyysiin otettiin mukaan myös 83 V3-sekvenssiä, jotka olivat lähtöisin Helsingissä vuosina 1998–2007 hiv-positiivisiksi todetuilta ruiskuhuumeiden käyttäjiltä. Tilastotieteellisillä analyyseillä vertailtiin tartunnan saaneiden viruspitoisuuksia ja CD4-arvoja. (Skar ym. 2011)

6.2. Sairaaloiden huumehoitajaksot

Vuonna 2010 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 6 467 hoitajaksoa, joissa huumesairaus eli huumausaineisiin tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus, oli päädiagnoosina ja 9 599 hoitajaksoa, joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Yli puolet hoitajaksista oli erilaisia lääkeainemyrkytyksiä. Sekä kaikkien huumehoitajaksoiden että lääkeainemyrkytysten määrä on kasvanut vuodesta 2005. Kaikkien huumehoitajaksoiden määrä on kasvanut noin 10 % viidessä vuodessa. Vastaavalla aikavälillä asiakkaiden määrä on kasvanut vain kaksi prosenttia ja hoitovuorokausien määrä vähentynyt 8 prosenttia.

Huumeriippuvuuden hoitoon – katkaisuhoidon – käytettiin noin puolet (17 077 hoitovuorokautta) kaikista sairaaloiden huumehoitoon vuodeosastohoidon vuorokausista kuten aiempinakin vuosina. Huumausaineriippuvuuden vuodeosastohoitajaksoiden määrä on noussut noin viidenneksellä vuodesta 2005 samalla kun hoidon keskimääräinen kesto on lyhentynyt⁶³. Lääkeaineriippuvuuksien osalta vuodeosastohoitajaksoiden määrä on laskenut vuodesta 2005.

Huumausainemyrkytysten vuodehoitajaksoiden määrä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2005. Huumausainemyrkytykset ovat kuitenkin pieni osa kaikista lääkeainemyrkytyksistä, joita vuonna 2010 oli päädiagnoosin mukaisesti 3 901. Huume- ja lääkeyrkytysten vuodehoitajaksoiden määrä laski vuoteen 2009 verrattuna noin 10 %, mutta on edelleen 4 % korkeampi kuin vuonna 2005.

Huumeiden aiheuttamien käyttäytymisen ja mielenterveyden häiriöiden terveydenhuollon laitoshoitajaksoiden määrä on pysyvästi alemmalla tasolla kuin 90-luvulla, joka kuvastanee palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia kuten avohoidon korostuneisuutta ja huumehoitoon kehittymistä. Vuonna 2009 laitoshoitajaksoiden määrä kuitenkin nousi peräti viidenneksen. Vuonna 2010 laitoshoitajaksoiden määrä laski edelliseen vuoteen verrattuna hieman (2 %) mutta on edelleen korkeammalla tasolla 2000-luvun puolivälissä. On mahdollista, että taloudellinen taantuma on lisännyt tarvetta hoitaa akuutit tapaukset terveydenhuollon piirissä eikä ostopalveluina päihdehuollon laitoshoidossa.

Vuodeosastolle voidaan ottaa hoitoon myös päihtymyksen takia. Huumepäihtymyksen hoitajaksot ovat myös olleet viime vuosina lievässä kasvussa. Alkoholipäihtymyksen vuodehoitovuorokausia on kuitenkin yli kymmenkertaisesti huumepäihtymyksen hoitovuorokausiin verrattuna.

⁶³ Lääkeaineet huomioiden 14,5 vrk > 13,1vrk.

Taulukko 7. Huumesairauksien hoitajaksot 2006–2010, Huumesairaus pää- tai sivudiagnoosina.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Päihtymystilat	635	667	659	689	776	857
Huumeiden aiheuttamat käyttäytymisen ja mielenterveyden häiriöt	705	707	676	818	714	842
Huume- ja lääkeriippuvuus	2614	2716	2562	2868	2911	2792
josta huumeriippuvuus	823	948	936	1040	1136	1129
josta päädiagnoosina	577	664	625	726	773	690
Huume- ja lääkeymyrkytykset	4238	4433	4481	4653	4948	4511
josta huumemyrkytykset	116	141	140	172	211	199
josta päädiagnoosina	103	126	122	145	197	170
Muut	554	507	591	625	593	597
YHTEENSÄ	8755	9028	9000	9511	10046	9599

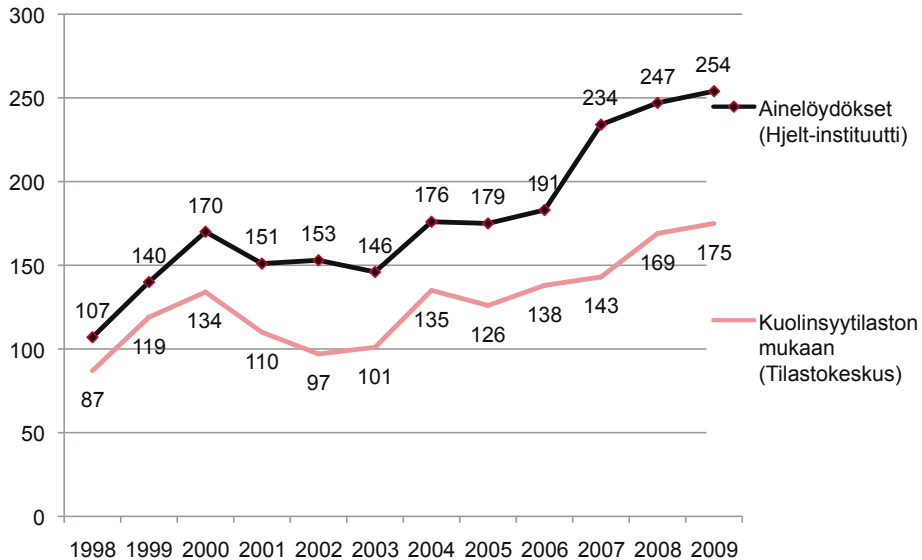
Lähde: Terveydenhuollon laitoshoido. SVT, THL.

6.3. Huumausainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus

Huumausainekuolemia voidaan tarkastella kolmella tavalla: ainelöydösten, kuolemansyiden ja tapaturmaisten myrkytysten perusteella. Ainelöydösten määrä perustuu ruumiinavauksissa tehtyihin positiivisiin huumausainelöydöksiin. Tällöin huumausaineella ei välttämättä ole välitöntä tai merkittävää välillistä syytä kuolemaan. Suomessa tutkitaan huumeiden varalta kaikki epäselvät tai epäilyksen alaiset kuolemat. Kuolemansyiden mukainen tilastointi perustuu EMCDDA:n protokollaan⁶⁴, jossa huumeikuolemiksi on määritelty tahalliset ja tahattomat myrkytykset sekä huumeiden käytöstä johtuva mielenterveyden häiriö. Suomessa kuolemansyytilastoa ylläpitää Tilastokeskus. Tapaturmaisia myrkytyskuolemia on tarkasteltu vuoden 2007 osalta erillisellä selvityksellä. Taulukkoon 9 on koottu vuoden 2007 osalta kolme eri tarkastelutapaa ikäryhmittäin. Taulukko osoittaa, että kuolemansyiden mukainen luokittelu korostaa vanhempia ikäryhmiä.

⁶⁴ Kansallisista kuolemansyytilastoista tehdään WHO:n ICD-10-koodiston mukaiset poiminnat. Protokolla saatavana pdf-dokumenttina: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1419>.

Kuviossa 8 huumausainekuolemien kehitystä kuvataan huumausainelöydösten ja kuolinsyiden perusteella. Muutokset näissä huumausainekuolematilastossa ovat 2000-luvulla varsin yhtenevät. Poikkeuksen muodostaa löydöslukujen voimakas lisääntyminen vuonna 2007 ja kuolinsyytilastossa seuraavana vuonna.



Kuvio 8. Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja huumausainelöydösten perusteella 1998–2009.

Lähde: Hjelt-instituutti ja Tilastokeskus (2010)

Vuonna 2007 ainelöydösten määrä kasvoi 46 tapauksella, 13 tapauksella vuonna 2008 ja pysyi korkealla tasolla vuonna 2009. Hjelt-instituutin oikeuslääketieteen osaston alustava näkemys on, että kasvava trendi tulee jatkumaan myös vuonna 2010. Erityisesti kannabis- ja gammahydroksibutyraattilöydökset lisääntyivät selvästi vuonna 2009 (Taulukko 8). Heroiinkuolemien samoin kuin kokaiinikuolemien määrä on pysynyt muutamissa tapauksissa vuosittain. Sen sijaan buprenorfiinin päihdekäyttö kasvaa yhä. (Hjelt-instituutti oikeuslääketieteen osasto 2011; Vuori ym. 2009.)

Kannabiksen osalta ainoastaan 53 % positiivisista verinäytteistä merkittiin kuolintodistukseen, mutta amfetamiinin osalta 81 % ja opiaattien osalta 91 % tapauksissa. (Lahti ym. 2009.)

Taulukko 8. Oikeuskemiallisissa kuolinsyytutkimuksissa todetut huumausainelöydökset vv. 2003–2009*

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Heroini	4	0	3	2	1	3	3
Buprenorfiini	73	72	83	88	97	104	111
Kannabinoidit	82	80	71	99	94	93	119
Amfetamiinit	51	52	66	64	94	73	94
Metadoni	3	11	14	21	26	33	34
Kokaiini	1	3	2	1	3	3	4
Gamma	1	1	2	6	2	1	9
Yhteensä	147	176	179	191	234	247	254

*Vuoden 2010 tietoa ei ole vielä saatavissa.

Huumausainekäyttö voidaan erottaa lääkekäytöstä vasta kun kuolintodistukset ovat käytettävissä.

Lähde: Hjelt-instituutti oikeuslääketieteen osasto 2011.

Aikuisten tapaturmaiset kuolemat 1971–2008

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Suomessa aiheutuneita tapaturmaisia kuolinsyitä ja niiden pidemmän aikavälin kehitystä. Tutkimusta varten selvitettiin yli 15-vuotiaiden tapaturmia koskevat kuolinsyytilastot vuosilta 1971–2008. Tutkimus osoitti, että kuolemaan johtavien liikennetapaturmien määrä oli vähentynyt dramaattisesti. Samanaikaisesti alkoholimyrkytysten määrä oli lisääntynyt erityisesti vuodesta 2003 eteenpäin. Myös myrkytyskuolemien määrä oli lisääntynyt. Vuosien 1998–2008 välillä psykotrooppisten lääkkeiden, huumausaineiden ja opioidien käyttö aiheutti suurimman osan miesten ja naisten ei-alkoholinkäytöstä aiheutuvista myrkytyskuolemista. Tapaturmien ehkäisytyössä tulisi kohdentaa toimenpiteitä nyt nähtävissä olevien kehityspiirteiden mukaisesti. (Korhonen ym. 2010.)

Pohjoismainen tutkimus vuoden 2007 huumekuolemista Suomen osalta

Pohjoismainen tutkimusryhmä kävi läpi kaikki vuoden 2007 positiiviset huumausainelöydöstapaukset ja pyrki selvittämään millaisia ovat pohjoismaiset huumeisiin liittyvät kuolemat ja missä suhteessa eri huumausaineet aiheuttavat huumeisiin liittyviä kuolemia.⁶⁵ Suomen osalta tapauksista kävi ilmi, että Suomessa tapahtuu 4,02 huumeisiin liittyvää kuolemaa 100 000 asukasta kohden. Pohjoismaisesti verrattuna vuonna 2007 kuolinpaikoista 29–35 % oli pääkaupunkiseudulla, kun taas vuonna 1991 vastaava luku oli 53–75 % välillä. Suomessa noin 15 % kuolleista vuonna 2007 oli naisia. Eniten kuolleita oli 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä. Huumeisiin kuolleiden keski-ikä nousi Suomessa vuodesta 2002 vuoteen 2007 verrattuna. Kuolleiden määrä myös kasvoi 20–29- ja 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä. (Simonsen ym. 2011.)

Huumausaineluokituksittain jaoteltuna I-ryhmän aineet kuten kokaiini, fentanyyli, heroini/morfiini, ketobemidoni, metadoni, oksikodoni jne. aiheuttivat 40 % huumeisiin liittyvistä kuolemista. II-ryhmän aineista (esim. amfetamiini, metamfetamiini, MDMA jne.) eritoten amfetamiini aiheutti jonkun verran (7 %) kuolemia. Heroiiniin tai morfiiniin kuolleiden määrä oli lähestulkoon hävinnyt vuoteen 2007 mennessä. Suomessa kuoli suhteessa enemmän kuin muissa Pohjoismaissa ryhmien III (kuten bentsodiatsepiini, buprenorfiini, meprobamaatti, tsolpideemi jne.) (35 %) ja IV (17 %) aineisiin (muut huumeet ja myrkyt, ml. etanoli ja häkä). Buprenorfiinilöydöksiä tavattiin huumausainelöydöksistä eniten ja sen aiheuttamat huumeisiin liittyvät kuolemat lisääntyivät vuodesta 2002 (16 tapausta) vuoteen 2007 puolella (32 tapausta) ollen 25 % kaikista huumeisiin liittyvistä kuolemista. Metadonin aiheuttamia kuolemia ei aiemmissa tilastoissa esiintynyt, mutta vuonna 2007 metadonin listattiin aiheuttaneen 16 kuolemantapausta. Metadonin aiheuttamat kuolemat viittaavat opioidikorvaushoitoon käytettävän metadonin valumisesta laittomille markkinoille. Tramadolista aiheutuneet kuolemat lisääntyivät vuodesta 2002 (9 tapausta) vuoteen 2007 (14 tapausta). Sekakäyttö oli yleistä kaikissa Pohjoismaissa, eritoten Suomessa käyttöä kuvasi etanolin ja useampien (keskimääräisesti mitattuna viiden) aineen käyttö samanaikaisesti. (Simonsen ym. 2011.)

Mikko Piispa tyypittelee huumeisiin kuolleet narkomaaneiksi, sekoilijoiksi ja itsekätsijöiksi. Piispan tulkinnan mukaan noin puolessa huumeisiin liittyvistä kuolemista kuolleiden voidaan katsoa ollen narkomaaneja, joilla käytön katsottiin olevan

⁶⁵ Tutkimus oli viides samanlainen tutkimus mitä Pohjoismaissa on tehty 23 vuoden aikana. Tutkimuksen aineistona on käytetty oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten ja toksikologisten analyysien tietoja viidestä Pohjoismaasta (Suomi, Ruotsi, Norja, Tanska, Islanti). Tietoa verrattiin vuosien 1991, 1997 ja 2002 vastaaviin tietoihin. Huumeidenkäyttäjäksi määriteltiin henkilö, joka on poliisin tietojen tai ruumiinavausraportin mukaan käyttänyt huumausaineita koskevassa kansainvälisessä yleissopimuksessa vuodelta 1961 listoille I tai II määriteltyjä aineita tai psykotrooppisia aineita koskevassa yleissopimuksessa vuodelta 1971 listoille III tai IV mainittuja aineita. Kuolemansyissä määriteltiin ensisijainen myrkytyksen aiheuttaja ja sekakäytössä eniten löydetty ja todennäköisesti kuoleman aiheuttanut huumausaine.

pakonomaista ja joilla oli esimerkiksi diagnosoitu päihderiippuvuus. Tämän tyypittelyn vainajat olivat yli 20-vuotiaita. Sekoilijat ovat noin 15–30-vuotiaita, joiden huumeidenkäyttö ei (vielä) pakonomaista. Itselääkitsijät lievittävät mielen terveysongelmia (yli 20-vuotiaat) tai somaattisia sairauksia (yli 30-vuotiaat) huumeiden avulla. Useilla itselääkitsijöillä on lääkärin määräämä lääkitys, mutta he käyttävät lisäksi muita aineita. (Piispa 2010.)

Taulukko 9. Huumausainekuolemat ikäryhmittäin erilaisten luokittelutapojen mukaan vuonna 2007.

	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–	YHT
Ainelöydökset / huumeisiin liittyvät kuolemat (Hjelt Institutti)	16	58	54	31	29	23	12	8	3	234
Tapaturmaiset myrkytyskuolemat (Salasuo ym. 2009)	10	35	35	20	22	11	4	3	2	142
Kuolemansyyn ja EMCDDA:n määritelmän mukaan (Tilastokeskus)	6	22	28	19	18	15	12	11	12	143

Lähteet: Piispa 2010a; Tilastokeskus (2008).

Kuudennes (17 %) kaikista nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) kuolemista liittyivät huumeisiin vuonna 2007. Tapaturmaisia huumausaine- tai sekakäyttömyrkytyksiä oli kymmenesosa (8–11 %) kaikista 15–34-vuotiaiden kuolemista. Ikäluokan merkittävimpiä kuolemansyitä olivat vuonna 2007 taudit 29 %, itsemurhat 27 %, tielikennetapaturmat 17 %. Vastaavasti alkoholimyrkytyksiä on ainoastaan 3 % ikäluokan kuolemista. Tarkasteltaessa laajempaa ikäluokkaa 15–44-vuotiaat huumeet liittyvät 11 prosenttiin kaikista kuolemista ja tapaturmainen huumausainemyrkytys on kuolinsyynä 5–7 % tapauksia.

Piispan tutkimus⁶⁸ huumeisiin liittyvistä kuolemista vuoden 2007 aikana selvitti huumeisiin liittyvien kuolemien taustoja, kuolemiin johtaneita tapahtumia, kuolemiin

⁶⁶ Tilastokeskuksen (2008) kuolinsyyrekisterin mukaisesti 8 %; Salasuon ym. (2009) mukaisesti 11 %.

⁶⁷ Tilastokeskuksen (2008) kuolinsyyrekisterin mukaisesti 5 %; Salasuon ym. (2009) mukaisesti 7 %.

⁶⁸ Tutkimuksessa aineistona olivat v. 2007 kuolinsyyksiakirjat, joissa vainajasta löytyi huumausainejäämiä oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen yhteydessä. Tutkimuksen lähestymistapana oli aineistolähtöinen kvalitatiivinen tutkimus Glaser & Strauss 1967 ja Charmaz 2006 tapaan).

myötävaikuttaneita aineita ja aineiden käyttötapoja. Tutkimuksessa kävi ilmi sekakäytön yleisyys, nuorten huumeiden käyttöön liittyvä riskialttius ja kokemattomuus, lääkkeiden päihdekäyttö ja mielenterveysongelmat. Sekakäytön vaarojen ymmärtämättömyys näkyi nuorilla erityisesti opioidi-, bentsodiatsepiini- ja alkoholitapauksissa. (Piispa 2011.)

Suurin osa (88 %) kuolleista oli miehiä. Kuolleiden keski-ikä oli 31 vuotta ja ikämediaani 28 vuotta. 20–24-vuotiaiden osuus kuolleista oli suurin. Huumeisiin liittyvistä 234 kuolemasta johtui 142 tapaturmaisesta yliannostuskuolemasta, joista 83 huumeperäisestä kuolemasta ja 59 huume- ja alkoholiperäisestä kuolemasta. Huumeperäisissä kuolemissa huumeidenkäyttö oli ollut pitkäaikaisempaa, usein suonensisäistä riippuvuuskäyttöä. Huume- ja alkoholiperäisissä kuolemissa sen sijaan ominaista oli sekoilu ja huumeidenkäytön kokemattomuus. 14 tapauksessa huumeiden käyttö vaikutti olleen itselääkinnällistä. Taustalla mainittiin mm. vakavia mielenterveysongelmia ja somaattista sairastelua. (Piispa 2011.)

Suurimmassa osassa huumeperäisistä kuolemista löytyi oikeustieteellisessä ruumiinavauksessa useita huumausainelöydöksiä. Opioidit olivat aineryhmistä useimmin tärkein löydös ja yli puolet opioidikuolemista oli kahden korvaushoidossa käytettävän aineen (buprenorfiinin ja metadonin) aiheuttamia. Kaikki opioidikuolemat olivat lääkeopioidien aiheuttamia ja bentsodiatsepiinit ja/tai alkoholi liittyivät kaikkiin kuolemantapauksiin. Buprenorfiiniin ja alkoholin sekä bentsodiatsepiinien ja alkoholin yhteiskäyttö näytti lisäävän yliannostusriskiä. Amfetamiinikuolemantapaukset poikkesivat opioidikuolemista. Kuolemantapauksiin ei liittynyt alkoholia ja kuolleet olivat keski-ikältään vanhempia mitä opioideihin kuolleet. (Piispa 2011.)

Muissa huumeisiin liittyvissä kuolemissa 45 johtui itsemurhista. Itsemurhien takaa paljastui ennen kaikkea mielenterveysongelmia. Naisten osuus itsemurhista oli 12, mikä oli selvästi korkeampi osuus kuin muissa huumeisiin liittyvissä kuolemissa. Kuolleiden keski-ikä ja mediaani oli keskimäärin pienempi mitä muissa alaryhmissä. 21 kuolemantapausta liittyi huumeisiin mutta johtui muista tapaturmista. 20 sairauksista ja 6 henkirikoksesta. (Piispa 2011.)

Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007

Rekisteritutkimuksen⁶⁹ mukaan poliisin tietoon tullut huumerattijuopumus näyttää yleistyneen, sillä viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana huumerattijuopumustapausten ilmaantuvuus 18-kertaistui. Yleisimmät ainelöydökset huumerattijuoppojen veri- tai virtsanäytteissä olivat bentsodiatsepiinit sekä amfetamiinit. Eri päihteiden sekakäyttö oli myös hyvin yleistä. (Karjalainen 2010.)

⁶⁹ Tutkimuksen kohteena olivat poliisiin v. 1977–2007 kiinniottamat, huumerattijuopumuksesta epäillyt kuljettajat (epäiltyjä huumerattijuopumustapauksia ajanjaksolla yhteensä 31 963).

Huumerattijuoppojen sosiaalista taustaa tutkittaessa ilmeni, että sosiaalinen vähäosaisuus oli yhteydessä huumerattijuopumukseen⁷⁰. Koska sosiaalisen vähäosaisuuden on osoitettu olevan yhteydessä päihteiden käyttöön myös yleisemmin, sosioekonomisten ryhmien välisten erojen kaventaminen on hyödyllistä sekä huumerattijuopumuksen että huumeidenkäytön vähentämisessä ja ennaltaehkäisyssä. Päihteiden käyttö aloitetaan usein varhain nuoruudessa, ja suurin osa huumerattijuopoista on nuoria, joten päihteiden käyttöön liittyvä ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen nuorten keskuudessa ovat ratkaisevan tärkeitä toimenpiteitä. (Karjalainen 2010.)

Tutkimuksen⁷¹ mukaan huumerattijuopumuksesta epäillyillä henkilöillä kuolleisuus oli lähes kymmenkertainen verrattuna rattijuopumukseen syöllistymättömään väestöön seuranta-ajan kuluessa. Erityisen korkea riski – 15–25-kertainen verrattuna suomalaisen yleisväestöön – oli niillä huumerattijuopumuksesta epäillyillä, joilla oli ensimmäisellä kiinnijäämiskerralla löydös kahdesta tai useammasta päihteestä samanaikaisesti (huumausaine/liikenteessä haitallinen lääke/alkoholi). Yleisimmät kuolinsyyt huumerattijuopumuksesta epäillyillä olivat itsemurha, tapaturmainen huumeiden/lääkkeiden yliannostus sekä alkoholiperäinen sairaus tai tapaturmainen alkoholimyrkytys. Kuolemaan päätyneistä huumeikuljettajista noin kaksi kolmasosaa ja vertailuväestöstä noin viidennes oli päihtyneenä kuolinhetkellään. Päihtymyksen merkitys myötävaikuttavan kuolinsyynä korostui erityisesti silloin, kun pääasiallinen kuolinsyy oli liikenneonnettomuus tai väkivalta. (Karjalainen 2010.)

Bentsodiatsepiinien laajamittainen käyttö huumerattijuopumuksesta epäillyillä oli yksi tutkimuksen keskeisimmistä löydöksistä. Tutkimus osoitti, että ennen aikaisen kuoleman riski oli korkeampi bentsodiatsepiinien kuin amfetamiinien käyttäjillä, ja että muiden päihteiden (alkoholin/huumeiden) käyttö yhtäaikaaisesti bentsodiatsepiinien kanssa oli hyvin yleistä. Vaikka bentsodiatsepiinien käyttötarkoituksesta ei ollutkaan tietoa, useissa tapauksissa lienee kyse väärinkäytöstä, ja näin ollen huomiota tulisi entistä enemmän kiinnittää myös laillisiin lääkkeisiin ja niiden päihdekäyttöön. (Karjalainen 2010.)

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

⁷⁰ Poliisin vuosina 1993–2006 huumerattijuopumuksesta epäilemien henkilöiden (n=5 859) sosiaalista taustaa verrattiin suomalaista väestöä edustavaan verrokkiryhmään (n=74 809). Sosiaalisia taustatekijöitä huumerattijuopumuksen ennustajana arvioitiin logistisen regressioon avulla.

⁷¹ Tutkimuksen kohteena olivat poliisin v. 1993–2006 kiinni ottamat, huumerattijuopumuksesta epäillyt kuljettajat (n= 5 832) ja heidän kuolleisuuttaan verrattiin suomalaisen perusväestöön. Kuolleisuutta arvioitiin käyttämällä Kaplan-Meier -menetelmää ja Coxin regressiota.

7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen

Huumekuolemien ehkäisytyötä tehdään osana tartuntatauteihin liittyvää terveysneuvontaa sekä ongelmakäyttäjien vertaisryhmien toiminnassa. Tunnetuimpia huumehaittojen vähentämisen tapoja ovat terveysneuvonta, lääkkeelliset korvaushoito-ohjelmat sekä neulojen ja ruiskujen vaihtaminen suonensisäisesti huumeita käyttäville. Myös tiedon jakaminen turvallisesta käytöstä ja vertaistuki ovat haittoja vähentävän päihdetyön ydinsisältöjä. Yliannostusten ehkäisemiseksi käyttäjille kerrotaan oikeista annosmääristä sekä korostetaan ensiavun hälyttämistä paikalle nopeasti. Asiaa käsitellään tarpeen mukaan käyttäjien kanssa myös huumehoidon yksiköissä. Huumekuolemien ehkäisyyn liittyvää koulutusta on jonkin verran osana sosiaali- ja terveydenalan peruskoulutusta. Huumeisiin liittyvien tartuntatautien hoitoa ja ehkäisevää työtä toteutetaan terveydenhuollon peruspalveluissa, terveydenhuollon ja päihdehuollon erityispalveluissa, terveysneuvontapisteissä ja apteekeissa, joissa myydään neuloja ja ruiskuja. Hiv-tartunnan saaneiden hoidosta vastaavat yliopistolliset sairaalat alueensa keskus-, alue- ja psykiatristen sairaaloiden kanssa.

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

Terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden internetsivut⁷² tarjoavat tietoa toimipisteiden paikoista, haittojen vähentämisestä, kenttätystä ja vertaistukitoiminnasta. Internetsivuilla on myös materiaalipankki, jossa on tietoa mm. tarttuvista taudeista, eri päihdeistä, terveysneuvonnasta, seksuaaliterveydestä ja ensiavusta yliannostustilanteissa. (A-klinikkasäätiö 2011.)

Vuonna 2009 pisteissä vaihdettiin 3,1 miljoonaa ruiskua⁷³. Vuonna 2003 on tehty viimeisin kyselytutkimus apteekkien kautta myytävistä ruiskujen ja neulojen määrästä. Tuolloin apteekit myivät 600 000 neulaa/ruiskua vuodessa.

Anonyymien tiedonkeruun perusteella terveysneuvontapisteissä asioi noin 13 000 asiakasta vuonna 2009. Asiakkaita kävi eniten Helsingin (noin 8 350 asiakasta), Van-

⁷² Suomenkieliset sivut osoitteessa <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/>

⁷³ Pyydetty tieto neulat.

taan (noin 900 asiakasta), Turun (noin 890 asiakasta), Espoon (noin 825 asiakasta) ja Tampereen (noin 568 asiakasta) terveysneuvontapisteissä.

Vuonna 2003 annetun tartuntatautiasetuksen mukaan kuntien tulee huolehtia terveyskeskusten toimialueella tartuntatautien vastustamistyöstä, johon kuuluvat esimerkiksi tartuntatauteja koskevaa tiedottaminen ja terveysneuvonta. Kohderyhmään kuuluvat myös ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvonta ja tarpeen mukaan pistovälineiden vaihtaminen. Myös ilmainen A- ja B-hepatiittirokotus kuuluu nykyään yleisessä rokotusohjelmassa huumeita pistämällä käyttäville. Apteekit toimivat tärkeinä ja täydentävinä ruiskujen ja neulojen hankintapisteinä alueilla, missä ei ole terveysneuvontapisteitä.

7.1. Huumausaineista johtuvien ensiaputilanteiden ja huumeisiin liittyvien kuolemien vähentäminen

Huumeiden käyttäjille suunnattua tietoa ensiaputilanteissa toimimisesta sekä yliannostuskuoleminen ehkäisemistä annetaan osana kaikkea terveysneuvontatyötä. Huumeisiin liittyvien kuolemien lisääntyminen on huomioitu myös viranomaistahoilla⁷⁴. Huolta aiheuttaa opioidien, bentsodiatsepiinien tai alkoholin sekakäyttö, joka näkyi myös keväällä 2011 ilmestyneen tutkimuksen⁷⁵ tuloksista. Sekakäyttö näytti olevan keskeinen osa huono-osaisten huumeongelmaisten käyttökulttuuria Helsingissä. Opioidien, bentsodiatsepiinien ja/tai alkoholin sekakäyttö aiheuttaa merkittävän osan huumekuolemista nyky-Suomessa. Tutkimuksen johtopäätöksissä nähtiin, että huumekuolemien ehkäisemiseksi olisi tarpeen informoida käyttäjiä yhteiskäytön riskeistä. Lisäksi tulisi kiinnittää erityistä huomiota lääkkeiden päihdekäyttöön ja selvittää, miten lääkemääräyskäytäntöjä voitaisiin kehittää päihdekäyttöä ehkäisevään suuntaan. (Tammi ym. 2011.)

Huumausaineista saa tietoa ympärivuorokautisesti mm. kolmannen sektorin puhelinpalvelusta. Puhelinneuvontaa on tarjolla anonymisti ja on soittajalle maksutonta. Lisäksi on olemassa kansalaisjärjestöjen ylläpitämiä nopean huumeviestinnän rinkejä, joiden tavoitteena on jakaa ajankohtaista tietoa huumeista ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä. (A-klinikasäätiö 2011, SPR 2008).

⁷⁴ Mm. julkaisut huumausainekuolemista; sosiaali- ja terveysministeriön seminaari huumekuolemista 2008 sekä toukokuussa 2011 Helsingin Diakonissalaitoksen pitämä huumeiden haittoja vähentävän työn seminaari.

⁷⁵ Tutkimuksessa huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteistä sekä niiden käyttötavoista ja hankinnasta haastateltiin sataa helsinkiläistä huumeiden käyttäjää suomeksi käännetyn yhteisurooppalaisen strukturoidun haastattelulomakkeen avulla. Tutkimus oli osa Quaf2-hanketta (Second Mult-City Study on Quantities and Financing of Illicit Drug Consumption.) Tammi ym. 2011.

7.2. Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito

Lähes kaksi kolmesta (64 %) päihdehuollon huumeasiakkaista oli joskus käynyt kaikissa kolmessa, hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C -testissä. Joskus ruiskuhuumeita käyttäneistä huumehoidon asiakkaista⁷⁶ hiv-positiivisia oli noin kaksi prosenttia. Vastavasti hepatiitti C -positiivisia oli 71 prosenttia ja hepatiitti A ja B:n kantajia oli hieman yli viisi prosenttia. Huumehoidon tietojärjestelmän tulosten mukaan ruiskuhuumeita joskus käyttäneistä huumehoidon asiakkaista yli puolet (55 %) oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokoteannoksen. Kaikki kolme rokoteannosta oli saanut 39 prosenttia asiakkaista.⁷⁷(Väänänen 2011.)

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

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

⁷⁶ Itse ilmoitettu testaus ja tulos (lkm. = 1 583).

⁷⁷ Prosenttiosuudet ovat pienemmät kuin edellisen vuoden raportissa, koska ne on laskettu luvuista, joissa on mukana myös puuttuvat tiedot 18–30%.

Taulukko 10. Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2002–2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Terveysneuvontapisteet	22	24	24	34	38	38	38	38
Asiakkaat	9 300	9 300	10 400	11 800	11 900	13 000	13 427	13 291
Käynnit	55 300	70 600	83 400	80 500	73 900	92 000	77 921	79 735
Vaihdetut välineet	1,1 milj.	1,4 milj	1,8 milj.	1,9 milj.	2,3 milj.	2,6 milj.	2,7 milj.	3,1 milj.

Lähde: Anturiverkosto 2010.

Tartuntatautilain ja -asetuksen mukaan terveyskeskusten tai kuntien tulee antaa ruiskuhuumeita käyttäville terveysneuvontaa, tarpeen mukaan vaihtaa pistovälineitä ja tarjota ilmainen A- ja B-hepatiittirokotus. Terveyskeskusten terveydenedistämistoimintaa selvittäneen tutkimuksen⁷⁸ mukaan vain joka toinen terveyskeskus (51 %) kertoi tarjoavansa hepatiittirokotuksia ruiskuhuumeiden käyttäjille ja heidän seksipartnereilleen ja pistovälineiden vaihtoa ruiskuhuumeiden käyttäjille ilmoitti tarjoavansa noin joka neljäs (27 %) terveyskeskus. Tutkimuksessa pohditaan johtuvatko alhaiset luvut vähäisestä kysynnästä vai eikö palveluja ole järjestetty laista huolimatta. On myös mahdollista, että terveyskeskukset eivät ole huomioineet kyselyssä ulkopuolelta (esim. A-klinikkasäätiöltä) ostettuja palveluita. (Rimpelä ym. 2009a.)

7.3. Huumehaittojen vähentäminen vertaisryhmätoimintana

Vertaisten ja ammattilaisten osaamista ja kokemuksia yhdistämällä on viime vuosina syntynyt useita uusia toimintatapoja ja vertaistoimintaa käytetään entistä laajemmin ammatillisen työn rinnalla. Palvelujärjestelmässä on alettu ottaa enemmän huomioon vertaistoimijoiden ja kokemusasiantuntijoiden ääni palveluiden suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa, jotta asiakkaiden tarpeet tulisivat paremmin huomioituksi. Vertaisten ja ammattilaisten osaamista ja kokemuksia yhdistämällä on viime vuosina syntynyt useita uusia toimintatapoja ja vertaistoimintaa käytetään entistä laajemmin ammatillisen työn rinnalla.

Terveys- ja sosiaalineuvontapiste Vinkissä on lähes sen toiminnan alusta asti koulutettu huumeiden käyttäjiä vertaisvalistajiksi tai vertaisavustajiksi, jotka kertovat oppimaansa muille huumeiden käyttäjille ja keräävät tietoa huumeiden käyttäjien näkemyksistä, toimintatavoista ja verkostoista. Vertaiskoulutukset pohjautuvat kansainväliseen päihteiden käytön riskien ehkäisemiseen tähtäävään ohjelmaan, jossa päihteiden käyttäjien aktiivisella osallistumisella on merkittävä rooli.

Myös Vinkin etsivän katuklinikan toiminta perustuu vertaisten työlle. Katuklinikan tavoitteena on löytää syrjäytyneimmät ja piilossa olevat asiakasryhmät, tuottaa palvelut heidän luokseen matalalla kynnyksellä ja ohjata heitä olemassa olevien palvelujen piiriin. Katuklinikalla työskentelee lääkäri, hoitaja ja vertaistyöntekijä. Vertaistyöntekijä on avainasemassa asiakkaiden löytämisessä, luottamuksen herättämisessä ja ammattilaisten tukena esimerkiksi kotikäynneillä.

Suomessa toimii myös huumeiden käyttäjien yhdistys Lumme ry, joka tukee ja neuvoo huumeiden käyttäjiä, pyrkii vähentämään huumeiden käyttäjiin liittyvää kielteistä leimaa ja edistämään huumeiden käyttäjien tasa-arvoista kohtelua. Lumpeen tavoitteena on edistää päihdeongelmista vapaata elämäntapaa, edistää ja ylläpitää yhdistyksen jäsenten ja heidän perheiden omatoimisuuteen perustuvaa toimintaa ja edistää samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien henkilöiden keskinäistä vuorovaikutusta ja korjaavien elämäkokemusten välittymistä ihmiseltä toiselle ja etsiä uusia toimintamuotoja päihdeongelmien ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Lumme tekee muun muassa valistus- ja tiedotustoimintaa päihdeongelmiin liittyvissä kysymyksissä, järjestää ajanvietetilaisuuksia ja ryhmätoimintaa, julkaisee omaa lehteä, tekee yhteistyötä muiden koti- ja ulkomaisten saman alan järjestöjen ja päihdehuollon, sekä sosiaali- ja terveys-toimen toimijoiden kanssa ja siivoaa puistoja ja muita yhteisiä alueita käyttövälineistä.

Järjestötoimijat ovat käynnistäneet pääkaupunkiseudun huumetyön vertaistoiminnan osaamiskeskus Osis -hankkeen. Hanke yhdistää osaamiskeskukseksi eri järjestöissä tehtävää vertaistyötä. Osisen hankkeita ovat Omaiset huumetyön tukena ry:n vertaistoiminnallisen nais- ja perhetyön hanke Napero, jossa vertaistyön avulla pyritään tavoittamaan raskaana olevia päihteitä käyttäviä naisia, tarjota heille tukea ja neuvontaa sekä ohjata palvelujen piiriin. Stop huumeille ry:n hanke muodostuu kolmesta toimintamuodosta, Sosiaalivasarasta, Fattaluudasta ja Yhteisellä asialla – samalla viivalla -tilaisuuksista. Sosiaalivasara on ensisijaisesti päihdeasiakkaille tarkoitettu palautekanava, johon kuka tahansa voi ottaa yhteyttä puhelimitse, sähköpostitse tai tulemalla paikan päälle keskustelemaan. Sosiaalivasaran avulla kerätään palvelu- ja hoitojärjestelmästä saatuja kielteisiä ja myönteisiä asiointikokemuksia. Fattaluudan tavoitteena on saada kokoon vertaisten joukko, joka koulutuksien tuella tulee toimimaan tulkkeina ja neuvonantajina ihmisille, jotka tarvitsevat apua palveluissa ja niihin hakeutumisessa. Yhteisellä asialla – samalla viivalla -tilaisuudet ovat yhteistoiminnallisia kokoontumisia, joissa asiakkaat, vertaiset ja kokemusasiantuntijat sekä ammattilaiset, työntekijät ja päättäjät yhdessä kehittävät palvelujärjestelmää ja toimintamalleja. (A-klinikkasäätiö 2011.)

7.4. Muiden huumeisiin liittyvien terveyshaittojen ehkäisy ja hoito

Päihdepalvelujen laatusuositusten mukaan päihdeongelmaiset, joilla on vakavia mielenterveydellisiä ongelmia, ovat nykyisessä palvelujärjestelmässä helposti väliinpu-

⁷⁸ Ks. alaluku 3.1 Yleinen ehkäisevä huumetyö.

toajia päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä. Laatusuositusten mukaan asiakasta pyritään auttamaan ensisijaisesti siinä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä, johon hän hakeutuu. Kunnassa tulee lisäksi olla selkeästi sovittu päihdepalvelujen työnjako. Erityisesti mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmaisten pääasiallinen hoitovastuun tulee olla määritelty. Pohjanmaa-hankkeen yhteydessä on kehitetty perusterveydenhuollon ja somaattisen erikoissairaanhoidon päivystyksenaikaiseen arviointiin tai sosiaalitoimen käyttöön soveltuva kaksoisdiagnoosipotilaiden arviointitapa (O. Kampman ja A. Lassila 2007).

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.

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

8.1. Sosiaalinen syrjäytyminen ja huumeidenkäyttö

Huumehoidon tietojärjestelmä tuottaa vuosittain tietoa päihdehuollon huumeasiakkaista. Asiakkaiden sosiodemografinen tilanne on pysynyt hämmästyttävän samankaltaisena vuosikausia. Vuoden 2010 tietojen (n=2 529) mukaan huumeihoidon asiakaskunnasta 60 % oli työttömiä. Asiakkaiden koulutustaso oli matala. Kaksi kolmesta (60 %) oli suorittanut vain peruskoulun, ja peruskoulu on jäänyt kesken 4 %:lla asiakkaista. Asiakkaista 9 % oli asunnottomia. Neljännes asiakkaista oli avotai avioliitossa, yli puolet (61 %) tapauksista toisen päihdeongelmaisen kanssa. Yli kolmanneksella (35 %) oli alle 18-vuotiaita lapsia, joista kaksi kolmesta asui muualla kuin vanhempiensa kanssa. (Väänänen 2011.)

Suomessa perustuslaki turvaa kansalaisten universaalit oikeudet peruspalveluihin. Suomen kuntia velvoittaa sosiaalihuoltolain 13 §. Siinä määritellään tehtävät, joista kunnan pitää huolehtia. Sosiaalipalvelut, joiden järjestämisestä kunnan on huolehdittava, on lueteltu sosiaalihuoltolain 17 §:ssä. Sosiaalihuoltolaki määrittää sosiaalipalvelujen järjestämisestä, toimeentulotuen antamisesta, sosiaalisen luoton myöntämisestä, sosiaaliturvaetuksia ja niiden käyttöä koskevasta ohjauksesta ja neuvonnasta sekä sosiaalisten olojen kehittämisestä ja sosiaalisten epäkohtien poistamisesta. (STM 2011c.)

Universaaleja peruspalveluita täydentää tietyille ryhmille kohdennetut erityis- palvelut, kuten päihdehuolto ja lastensuojelu. Ehkäisevää lastensuojelutyötä tehdään

osana perheille suunnatuissa palveluissa, mutta esimerkiksi aikuisille suunnatuissa päihdepalveluissa selvittämällä lapsen hoidon ja tuen tarvetta.⁷⁹

8.2. Sosiaalinen kuntoutus

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

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

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

Yhteisötyöllä ehkäistään sosiaalisten ongelmien syntymistä yhteisöissä sekä vahvistetaan ihmisten vaikutusmahdollisuuksia ja osallisuutta lähiyhteisöjensä kehittämiseen. Yhteisötyössä sosiaalityöntekijät ja muut sosiaalialan ammattilaiset auttavat yksittäisiä henkilöitä ja ryhmiä lisäämään yhteisöjensä hyvinvointia ja luomaan verkostoja yhteisön jäsenten ja eri hallinnonalojen virkamiesten sekä järjestöjen ja muiden tahojen kesken. (STM 2011d)

Asunnottomuus ja pitkäisasunnottomuuden vähentämishjelma

Vuonna 2011 Suomessa oli yhteensä noin 7400 asunnottomia, joista yksinäisiä asunnottomia on hieman yli 7000. Heistä pääkaupunkiseudulla on noin 4000. Asunnottomien perheiden määrä on noin 350, ja näistä yli puolet on Helsingissä. Päihteiden ongelmakäyttäjät kuuluvat asunnottomuuden riskiryhmään.

Suomessa kuntien yleisten sosiaalipalvelujen osana on mahdollisuus järjestää taloudellisesti tuettua asumista päihdeongelmallisille. Osa suomalaista päihdehuollon palvelujärjes-

⁷⁹ Ks. kappale 12 ⁷⁹Alaikäisten lasten vanhempien ja raskaana olevien naisten huumeuseineiden ongelmakäyttö

telmää ovat päihdehuollon asumispalveluyksiköt. Ne on tarkoitettu päihdeongelmallisille, jotka tarvitsevat päivittäistä tukea omatoimiseen asumiseen.

Ympäristöministeriön pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelman 2008–2011 tavoitteena on, että pitkäaikaisasunnottomuus puolittuu vuoteen 2011 mennessä. Ohjelmassa yhdistetään sekä asuntojen hankinta että riittävien asumisen tukipalvelujen turvaaminen. Tavoitteena on poistaa pitkäaikaisasunnottomuus kokonaan vuoteen 2015 mennessä. Asunnottomuus on saatu vähenemään kaikilla kasvupaikkakunnilla. Erityisesti se on vähentynyt pääkaupunkiseudulla, missä kunnat ovat tehneet asunnottomuuden vähentämisen puolesta pitkäjänteistä, usean eri hallinnonalan välistä yhteistyötä.

Nuorten yhteiskuntatakuu

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

Koulutustakuu on osa nuorten yhteiskuntatakuuta. Jokaiselle peruskoulun päättäneelle taataan jatkomahtollisuus lukioissa, ammatillisessa koulutuksessa, oppisopimuskoulutuksessa, työpajassa, kuntoutuksessa tai muulla tavoin. Perusta nuorten työllistymiselle luodaan perusopetuksessa. Perusopetuksen suorittaminen ei kuitenkaan riitä, vaan toisen asteen tutkinnon suorittaminen on käytännössä työmarkkinoille pääsyn ja jatko-opintojen perusedellytys. Koulutusjärjestelmän jokaisessa vaiheessa osa nuorista jää syrjään. Osa ei jatka lainkaan opintojaan peruskoulun jälkeen ja osa heistä, jotka jatkavat, eivät koskaan suorita tutkintoa. Tämä johtaa lopulta siihen, että meillä 25–34-vuotiaista nuorista aikuisista 100 000 on vailla perusasteen jälkeistä tutkintoa.

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

Nuorten yhteiskuntatakuu edellyttää yhteiskunnalta laaja-alaista eri toimijoiden yhteistyötä. Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa syrjäytymisen ehkäisemistä jo ennalta,

mahdollisimman varhaista ongelmien havaitsemista ja tukea niiden ratkaisemiseksi. Kun lapsen kasvu turvataan, hänellä on mahdollisuus kasvaa nuoreksi, joka on vahvasti mukana koulutuksessa ja työelämässä. Hallituskaudella sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi ohjelmaa köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämiseksi. Se liittyy tiiviisti myös nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamiseen.

Kulttuurista lisäarvoa huumeidenkäytön ehkäisyyn

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

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

Sosiaalinen huono-osaisuus tutkimuksen valossa

Sosiaalinen huono-osaisuus ja rikosalttius korreloi siten, että mitä heikompi perheen taloudellinen tilanne on, sitä todennäköisimmin nuori on osallistunut rikoskäyttämiseen ja joutunut väkivallan uhriksi. 15–16 -vuotiaille suomenkielisille yläasteen 9-luokkalaisille tehdyn kyselytutkimuksen⁸⁰ perusteella myös kannabiksen kokeilu on sitä yleisempää mitä huonompi perheen taloustilanne on. Nuorista, jotka kuvailivat perheen taloudellista tilannetta erittäin hyväksi, vain 5 % kertoi käyttäneensä kan-

⁸⁰ V. 2008 itseilmoitettua rikollisuutta koskevaan kyselyyn vastasi 5 826 nuorta. Perusjoukkona ovat kokonaan suomenkielisten yläasteiden yhdeksännen luokka-asteen oppilaat eli 15–16-vuotiaat. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen nuorisorikollisuuskysely suoritetaan säännöllisin väliajoin. Kysely sisältää kysymyksiä 21 kielletystä tai rikollisesta teosta. Kaikkien tekojen kohdalla on kysytty onko nuori tehnyt koskaan elämänsä aikana kyseistä tekoa ja onko hän tehnyt teon kyselyhetkeä edeltävän vuoden aikana.

nabista kuluvan vuoden aikana. Nuorista, jotka kuvailivat perheen taloustilannetta erittäin huonoksi, oli 14 % käyttänyt kannabista kuluvan vuoden aikana. Kannabiksen käyttö on myös sitä todennäköisempää mitä heikompaa nuoren saama tuki ja kontrolli vanhemmiltaan on (4 % vahvan kontrollin, 9 % heikon kontrollin alaisilla nuorilla). (Kivivuori ym. 2009.)

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

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

Lyhytaikaisvankeja koskeneessa tutkimuksessa kaikkein huono-osaisimpia vankeja olivat lapsuudessa ja nuoruudessa rikosuransa aloittaneet nuoret vangit. Heidän keskuudessaan rikoskäyttäytyminen oli aktiivisinta myös aikuisena ja he käyttivät muita aikaisemmin ja muita enemmän alkoholia ja huumeita. Heillä oli myös vähiten luottamusta siihen, että he voisivat saada laillisia palkkatuloja vapautumisen jälkeen. (Kivivuori & Linderborg 2009.)

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

9.1. Huumeisiin liittyvä rikollisuus

Tilastoitu huumausainerikollisuus lisääntyi voimakkaasti 1990-luvulla. Samoin huumeiden käyttöön liittyvä oheisrikollisuus, kuten omaisuusrikollisuus ja huumeiden aiheuttamat liikennejuopumukset, kasvoivat 1990-luvulla. Vuosituhannen vaihteen jälkeen kasvu taittui. Huumeperusteisten liikennejuopumusten tilastollista kasvua lisäsi myös vuonna 2003 käyttöön otettu huumeiden nollatoleranssi liikenteessä. Muutamien viimeisten vuosien aikana tilastoitu huumausainerikollisuus on ollut jälleen nousussa. Vuonna 2010 kirjattiin lähes 20 000 huumausainerikosta, mikä on seitsemän prosenttia edellisvuotta enemmän. Esitetyt tiedot kuvastavat vielä vuonna 2008 vain poliisin tietoon tulleita rikoksia, mutta vuodesta 2009 lähtien Tilastokeskuksen tilastointi on muuttunut siten, että se kattaa myös tullin tutkimat rikokset. Tämä muutos saattaa selittää osittain kasvua, sillä tarkasteltaessa raportissa myöhemmin seuraamus-käytäntöä huumausainerikoksissa seuraamusten määrissä ei ole havaittavissa vastaavaa kasvua. (Kainulainen 2011a.)

Poliisin mukaan Suomen tyypillisesti löyhärakenteinen ammattimainen rikollisuus on tiivistänyt organisoitumistaan ja sen kurinalaisuus on lisääntynyt. Suomessa tutkitut suuret huumausainerikosjutut osoittavat selvästi, että huumausainekauppa on ammattimaista ja suurelta osin järjestäytyneiden rikollisryhmien käsissä. Erityisesti rikollisilla moottoripyöräjengeillä on vahva asema huumausainekaupan kotimaisissa toiminnoissa ja tiiviit ja toimivat yhteistyösuhteet ulkomaille, etenkin Viron järjestäytyneeseen rikollisuuteen. Järjestäytyneiden rikollisryhmien merkitys huumausainerikollisuudessa näkyy esimerkiksi aseiden ja erityisesti kaasusumuttimien yleistymisenä ja käteisen rahan määrän kasvuna huumausainerikoksiin liittyvissä takavarikoissa. Järjestäytyneet rikollisryhmät ovat laajentaneet toimintaansa perinteisesti harjoittamastaan huumausaine- ja omaisuusrikollisuudesta talous- ja petosrikollisuuteen, sillä järjestäytyneen rikollisuuden tavoitteena ovat nopeat tuotot ja vaikutusvallan kasvattaminen laillisessa taloudessa ja yhteiskunnassa. (KRP 2011.)

Poliisin ja tullin takavarikkotilastojen mukaan takavarikoitujen kannabiskasvien määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 2007 vuoteen 2010. Vuonna 2010 takavarikoitiin 15 000 kannabiskasvia, mikä on enemmän kuin koskaan aiemmin. Osaltaan tämä johtunee kotimaisen kasvatuksen suosion lisääntymisestä ja mahdollisuudesta hankkia kannabiksen siemeniä helposti internetistä, mutta myös siitä, että viranomaiset paljastavat kotikasvatusta entistä tehokkaammin. Marihuanaa takavarikoitiin vuonna 2010 lähes 45 % enemmän kuin vuonna 2008. (KRP 2011.)

Synteettisistä huumausaineista amfetamiinit ovat säilyttäneet vahvan aseman vuoden 2008 takavarikkotasoon verraten. Metamfetamiinin osuus amfetamiinimarkkinoilla ja viranomaisten takavarikkotilastoissa on selvästi kasvanut. Huomattava muutos vuoden 2008 tilanteeseen verraten on se, että erilaisten uusien synteettisten huumeiden eli niin sanottujen muuntohuumeiden kirjo on kasvanut selvästi. Esimerkiksi ekstaasin saatavuus näyttää vaikeutuneen ja sen ovat korvanneet muuntohuumeet kuten MDPV, mCPP ja Bromo dragonfly. Huumaavien lääkeaineiden takavarikkomäärät ovat olleet myös nousussa viime vuosien aikana. Vuoden 2008 jälkeen gamman (GHB) ja lakan (GBL) suosio on selvästi vähentynyt. (KRP 2011.)

Huumausainerikokset

Vuonna 2010 huumausaineen käyttörikoksia oli noin 12 100, mikä vastaa 62 prosenttia kaikista tilastoidusta huumausainerikollisuudesta. Perustunnusmerkistön mukaisia huumausainerikoksia oli noin 6 500 (33 %). Yksi huumausainerikoksen määrän kasvua selittävä tekijä on kannabiksen kotikasvatuksen yleistyminen. Törkeitä huumausainerikoksia oli lähes 1 100, mikä vastaa noin viittä prosenttia kaikista huumausainerikoksista. Huumausainerikoksen valmistelu ja edistäminen ovat varsin harvoin esiintyviä rikosnimikkeitä. (Kainulainen 2011a.)

Törkeitä huumausainerikoksia paljastettiin enemmän kuin aiemmin viimeisen kymmenen vuoden aikana kertaakaan. Poliisi on yhdessä muiden PTR-viranomaisten kanssa tehostanut menetelmiään vakavan rikollisuuden torjunnassa, mikä osaltaan selittää törkeiden huumausainerikosten määrän kasvua, mutta muuten poliisi ei ole lisännyt resursseja huumausainerikostorjuntaan. Huumausainerikostutinnan yhteydessä on tehostettu rikoshyödyn poisottamista ja kyetty vaikuttamaan huumausainerikollisuuden toimintaedellytyksiä heikentävästi.

Taulukko 11. Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2000, 2004 ja 2007–2008 sekä poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2009–2010*

	2000	2004	2007	2008	2009	2010
Huumausainerikokset yhteensä	13 445	14 486	15 448	15 482	18 524	19 724
Huumausainerikos	12 687	4 672	4 206	4 835	6 274	6 444
Huumausaineiden käyttörikos	-	9 217	10 333	9 823	11 257	12 158
Törkeä huumausainerikos	741	582	883	789	922	1 083
Huumausainerikoksen valmistelu tai edistäminen	17	15	26	35	71	39

*Tilastointitapa on muuttunut vuodesta 2009 lähtien. Vuoden 2009 ja 2010 tilastoissa on otettu huomioon myös tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleet huumausainerikokset. Tilastomuutos näyttää huumausainerikollisuuden määrän lisääntymisellä noin 5–6 %.

Lähde: Tilastokeskus

Vuoden 2010 aikana huumerikoksesta epäiltyjä oli 20 403. (Tilastokeskus 2011) Samat henkilöt voivat tehdä vuoden aikana useita huumerikoksia. Poliisin tilastojen mukaan vuonna 2010 huumausainerikoksista epäiltiin 5 909 eri henkilöä. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen eri henkilöiden määrä oli 759. Vuoteen 2007 verrattuna kaikista huumausainerikoksista epäiltyjen eri henkilöiden lukumäärä oli vuoteen 2010 mennessä kasvanut 36 prosenttia, ja törkeästä huumausainerikoksesta epäiltyjä eri henkilöitä kirjattiin vuonna 2010 lainvalvonnan järjestelmiin peräti 42 prosenttia enemmän kuin vuonna 2007. (KRP 2011.)

Ulkomaalaisten epäiltyjen osuus törkeissä huumausainerikoksissa on viime vuosina kasvanut huomattavasti. Vuonna 2010 törkeän huumausainerikoksen tekijöiksi epäillyistä peräti 35 prosenttia oli ulkomaalaisia. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltiin ulkomaalaista yli kaksi kertaa niin usein kuin vuonna 2007. Suurimpina ryhminä ulkomaalaisten joukossa ovat olleet virolaiset sekä venäläiset ja vironvenäläiset epäillyt. Etenkin virolaisten epäiltyjen määrä nousi huomattavasti vuonna 2010. Kaiken kaikkiaan epäiltyjen kansallisuusjakauma on entisestään moninaistunut. Nigerian ohella törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen joukossa ovat lisänneet edustustaan mm. iranilaiset, irakilaiset, alankomaalaiset, gambialaiset ja liettualaiset. Suomen markkinoilla suomalaiset rikoksentekijät yleensä huolehtivat huumeiden vastaanottamisesta ja jakelusta Suomessa, ulkomaalaiset toimivat maahantuojina ja salakuljettajina. (KRP 2011.) Huumausainerikollisuuden kansainvälistyminen on tuonut lisähaastetta etenkin törkeiden huumausainerikosten paljastamiseen ja esitutkintaan, muun muassa tulkkauksen osalta.

Huumauserikoksista epäiltyjen henkilöiden määrät ovat niin ikään kasvaneet. Epäiltyjen eri henkilöiden lukumäärä oli vuonna 2010 noin 18 % suurempi kuin vuonna 2008. Törkeästä huumauserikoksesta epäiltyjä eri henkilöitä kirjattiin vuonna 2010 poliisiin ja tullin tietojärjestelmiin 31 % enemmän kuin vuonna 2008.

Vuonna 2010 viranomaisten haltuun otettiin huumaus- ja dopingainerikosten tutkinnan yhteydessä noin 1,1 miljoonan euron arvosta käteistä rahaa (vuonna 2009 noin 990 000 euroa ja vuonna 2008 noin 1,1 miljoonaa euroa), mikä osaltaan kertoo alan rikollisuuden volyyymista. Huumausaineakaupassa käytetään myös muita maksuvälineitä, etenkin anastettua omaisuutta. (KRP 2011.)

Huumausainetuomiot

Vuonna 2009 rangaistusmääräysmenettelyssä sakotettuja oli lähes 3 300, kun taas käräjäoikeuksissa sakotettuja oli noin 3 650 henkilöä. Yhteensä sakotettuja oli lähes 7 000. Vankeusrangaistukseen tuomittuja oli kaikkiaan lähes 4 000, joista yli puolet (N=2 548) sai ehdottoman vankeusrangaistuksen. Syyttäjä jätti noin 390 henkilöä syyttämättä ja 41 henkilöä jätettiin käräjäoikeudessa rangaistukseen tuomitsematta. Lainvalvontaviranomaisten tietoon tulleiden rikosten määrän kasvaessa myös seuraamusten määrä on kasvanut. Tosin viime vuosina poliisiin ja tullin tilastoima huumauserikollisuus on osoittanut voimakastakin kasvua, mutta vastaavaa ilmiötä ei ole havaittavissa seuraamusten puolella. (Kainulainen 2011b.)

Tarkasteltaessa päärikosperusteisesti eri seuraamuksia rangaistusmääräysmenettelyssä annetun sakon jälkeen toiseksi yleisin seuraamus käyttörikoksesta on käräjäoikeudessa tuomittu sakkorangaistus. Laskettaessa sekä rangaistusmääräysmenettelyssä että käräjäoikeudessa annetut sakkorangaistukset yhteen on käyttörikoksesta sakotettuja ollut vuosina 2005–2009 kaikkiaan 96 prosenttia. Toimenpiteistä luopumisten määrä on pysytellyt varsin pienenä, mutta vielä harvinaisempaa on ollut vankeusrangaistuksen käyttäminen. (Kainulainen 2011b.)

Poliisin antaman sakon keskirangaistus on viime vuosina ollut 15 päiväsakkoa. Päärikosperustaisesti⁸² tarkasteltuna käyttörikoksista seuraamuksena oli rangaistusmääräys 87 % (3 756), tuomioistuimen sakko 9 % (367) ja syyttämättä jättäminen⁸³ 4 %:ssa (189) tapauksessa. Rangaistuksetta jätettiin 15 tapauksessa ja vankeuteen tuomittiin 11 tapauksessa. Seuraamuksissa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta viime vuosina. (Kainulainen 2010.)

Perustunnusmerkistön mukaisesta huumauserikoksesta (RL 50:1) päärikoksena annettujen keskirangaistuksien sakkorangaistusten lukumäärä on vuosina 2000–2009 vaihdellut välillä 25–37. Huumausaineen käyttörikosuudistuksen jälkeen keskirangaistus

⁸² Käräjäoikeudessa voidaan huumausaineen käyttörikoksesta tuomita myös muiden rikosten yhteydessä, jolloin tapaukset eivät yleensä sisälly ”päärikosperusteisiin” tilastoihin.

⁸³ Ks. alaluku 9.3 vaihtoehtoiset seuraamukset.

sakoissa nousi jonkin verran, sillä useat vähäisemmät huumerikokset käsitellään nykyisin tuomioistuimen ulkopuolisessa rangaistusmääräysmenettelyssä. Vuonna 2009 huumausainerikoksesta tuomittiin keskimäärin 37 päiväsakkoa. (Kainulainen 2011b.)

Huumausainerikoksesta tuomitaan myös vankeusrangaistuksia. Jos henkilö tuomitaan samalla kertaa useista rikoksista, on keskirangaistus tavallisesti korkeampi. Kun rangaistuksessa on yksi rikos sekä ehdollisten että ehdottomien vankeuksien keskirangaistukset ovat pysytelleet neljän kuukauden tuntumassa. Vuonna 2009 ehdotonta vankeutta tuomittiin keskimäärin 4,4 ja ehdollista 4,1 kuukautta. (Kainulainen 2011b.)

Törkeästä huumausainerikoksesta rangaistuslajin valinta tehdään käytännössä ehdollisen ja ehdottoman vankeuden välillä. Törkeästä huumausainerikoksesta tuomitaan yleensä ehdotonta vankeutta, sillä ehdollista vankeutta on käytetty huomattavasti harvemmin. Ehdottomissa vankeuksissa keskipituus on vaihdellut eri vuosina. Vuonna 2009 se oli noin kolme vuotta ja viisi kuukautta (41,7 kk). Ehdollisissa vankeuksissa keskirangaistukset ovat pysytelleet useina vuosina noin yhdessä vuodessa ja kolmessa kuukaudessa. Törkeästä huumausainerikoksesta tuomitaan myös varsin pitkiä vankilangaistuksia (Kainulainen 2007, Kainulainen 2011b.)

Kannabiksen kotikasvatuksen yleistymisen takia tuomioistuimissa on ollut horjuvuutta rangaistuskäytäntöjen suhteen. Syyttämiskäytännön yhtenäistämiseksi on huumerikossyyttäjäryhmässä laadittu suositus, jossa arvioidaan kannabiskasveista saatavan sadon suuruutta. Yhden kasvin keskituotoksi on arvioitu 25 grammaa. Suosituksen mukaan syyttäjä voisi vaatia vankeutta yli kymmenen kasvin viljelmästä, kun taas sen alle jäävistä tapauksista esitettäisiin sakkoo. (Hakkarainen ym. 2011, Valtakunnansyyttäjänvirasto 10.6.2010)

Rattijuopumukset

Vuonna 2010 rattijuopumusten kokonaismäärä väheni 10 % edelliseen vuoteen verrattuna. Huumausainetapausten (3 125) ja sekakäyttötapausten (693) määrä pysyi kuitenkin edellisvuosien tasolla, jolloin alkoholitapausten suhteellinen osuus hieman laski. Vuonna 2010 alkoholitapauksia kaikista tapauksista oli 82 %, huumetapauksia 15 % ja sekakäyttötapauksia 3 %. (Tilastokeskus 2011.) Vuonna 2010 rattijuopumustutkimuksissa huumaus- ja lääkeainetutkimukset tehtiin 4 532 tapauksessa. Näistä 90 % oli positiivisia eli näytteistä löytyi vähintään yksi huumaus- tai lääkeaine. Vuonna 2010 yleisimmin löydetyt aineet huumaus- ja lääkeainetutkimuksissa olivat bentsodiatsepiinit (70 % tapauksista), amfetamiinit (55 %) ja kannabis (42 %). (KRP 2011.)

Vuonna 2009 ilmestyneessä rekisteritutkimuksessa⁸⁴ arvioitiin huumaantuneena ajamisen esiintymistä ja trendejä Suomessa 1977–2007. Huumaantuneena ajaminen yleistyi

⁸⁴ Tutkimus suoritettiin rekisteritutkimuksena, ja mukana olivat kaikki huumaantuneena ajamistapaukset (N=31 963) Suomessa 1977–2007. Kaikki toksikologiset tutkimukset tehtiin verestä ja/tai virtsasta samassa laboratoriossa (entinen Kansanterveyslaitoksen, nykyinen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen huumelaboratorio).

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 löydetyt aineet olivat bentsodiatsepiinit (75,7 %), amfetamiinit (46 %), kannabis (27,7 %) ja opioidit (13,8 %). Varsinaisista huumausaineista yleisimmät, amfetamiinit ja kannabis, alkoivat ilmaantua 1980-luvun lopulla. Huumeta-
pausten määrä alkoi kasvaa, kun huumeiden osalta Suomessa otettiin käyttöön nollaraja vuonna 2003. (Ojaniemi ym. 2009.)

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

Muut huumeisiin liittyvät rikokset

Vuonna 2010 huumelääkevalmisteiden hankkimiseksi apteekkeihin ja hoitoloihin tehtyjen murtautumisrikosten lukumäärä oli 87, eli lähes vastaava kuin muutamana edellisvuotena ja 2000-luvun alkupuolella. Vuosina 2005–2007 rikoksia tehtiin kolmanneksen vähemmän. Murtojen määrän kasvu johtunee osittain Subutexin saatavuuden vaikeutumisesta. (KRP 2011.)

Tietyistä rikoksista huomattava osa tehdään päihtyneinä, mutta alkoholi on huumeita tai sekakäyttöä huomattavasti merkittävämmässä asemassa. Kaikista pahoinpitelyrikoksista (pahoinpitely, lievä pahoinpitely ja törkeä pahoinpitely) tehtiin 59 % alkoholin, 0,4 % huumausaineiden ja 1 % sekakäytön vaikutuksen alaisena. Kaikista ryöstörikoksista tehtiin 34 % alkoholin, 2 % huumausaineiden ja 7 % sekakäytön vaikutuksen alaisena. Varkausrikoksiin (näpistys, varkaus, törkeä varkaus) syyllisiksi epäillyistä 13 % toimi alkoholin, 2 % huumausaineiden ja 1 % sekä alkoholin että huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Moottorijoneuvojen käyttövarkauksista 25 % tehtiin alkoholin, 8 % huumausaineiden sekä 3 % sekakäytön vaikutuksen alaisena. (Tilastokeskus 2010.)

Rahanpesurikokset Suomessa liittyvät pääosin huumausaine- ja talousrikollisuuteen. Vuonna 2010 esitutinnan yhteydessä tutkittavaksi siirrettyjen tietojen yleisimmät rikosnimikkeet olivat laittoman maahantulon järjestäminen, huumausainerikos, veropetos ja petos. Vuosina 1994–2010 kaikista niistä tapauksista, joissa esitutinnan yhteyteen luovutettiin epäilyttäviä liiketoimia koskevia tietoja, 46 % liittyi talousrikollisuuteen, 10 % huumausainerikoksiin ja yhdeksän prosenttia rahanpesuun. Järjestäytyneiden rikollisryhmien harjoittama yritysraikenteisiin sekä kuittikauppaan ja harmaaseen talouteen perustuva rahanpesu on yleistynyt. Viime vuosina kaikista rahanpesua koskevista ilmoituksista reilusti yli puolessa on tapahtunut varojen siirto Suomen rajojen yli, yleensä Suomesta ulkomaille. Rahanpesuun erikoistuneita ammattirikollisia on Suomessa vielä vähän, ja rahanpesijöinä toimivat usein rikollisten lähipiiriin kuuluvat henkilöt. (KRP 2011.)

Keskusrikospoliisin rahanpesun selvittelykeskus on koonnut raportin⁸⁵ rahanpesutapauksista Suomessa vuosina 1994–2010. Tutkimuksessa on mukana 96 tuomiota, joissa 46 tapauksessa esirikoksena oli huumausainerikos. Lopuista tapauksista useissa tuomioissa esirikoksena oli talousrikos. Muita esirikoksia olivat hormonikauppa, dopingrikos, 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 2011.)

Uudistukset

Huumausaineen käyttörikosuudistuksessa 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 erityisesti hoitoonohjausta on käytetty vähän. (Kainulainen 2011b.)

Vankiloiden terveydenhuolto on järjestettävä (509/2006) siten, että vangilla on muun väestön kanssa yhdenvertainen mahdollisuus terveytensä edistämiseen ja riittäviin terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon yhteydessä vangeille annetaan tietoja päihteiden vaikutuksista ja käyttöön liittyvistä terveysriskeistä sekä kerrotaan vankilassa ja vapaudessa tarjolla olevista hoito-ohjelmista. Uusia korvaushoitojaksoja ei aloiteta vankiloissa, mutta niiden vankien hoitoja jatketaan, joiden korvaushoitojakso on aloitettu ennen vankeutta.

9.2. Huumerikollisuuden ehkäisy

Poliisitutkimus huumerikollisuuden ja poliisitoiminnan muutoksesta

Tuula Kekki (2009) on tutkimuksessaan⁸⁶ selvittänyt poliisien näkemyksiä muutoksista huumerikollisuudessa ja poliisitoiminnassa. Haastattelujen perusteella poliisit kannat-

⁸⁵ 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 2003–2010. Aineiston keruuta on vaikeuttanut se, että vuoteen 2003 asti rahanpesurikoksilla ei ole ollut omaa tunnusmerkistöä vaan rahanpesurikoksista on rangaistu kätkemisrikoksina.

⁸⁶ 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 koottu ja analysoitu SPSS-tilasto-ohjelmalla.

tavat huumeiden käytön nollatoleranssia, ja perustelevat sitä voimassa olevalla käytön kriminalisoimisella, käyttäjän oheisrikosten selvittämisellä ja käyttäjien huumekeuhkoihin 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 huumausainerikollisuuden 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 huumeekulttuurin estämisessä ja huumeakauppaikkojen 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 vaikutavuutta 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. Valtakunnansyyttäjä on kannustanut syyttäjiä tekemään syyttämättä jättämisiä hoitoon hakeutuneista käyttäjistä (VKS 2006:1). Ohjeissa myös todetaan, että huumeriippuvuudesta vapautuminen voi olla vaikeaa ja se voi vaatia useita sisällöltään erilaisia hoitojaksoja. Tästä syystä sama henkilö on mahdollista jättää syyttämättä hoidon takia useamman kerran. Hoitoonhakeutuminen osoitetaan kirjallisella todistuksella, josta käy ilmi, että huumeiden käyttäjä on hakeutunut hoitopaikkaan tai hän on muulla tavoin varannut sieltä paikan tai vastaanottoajan.

Valtakunnansyyttäjävirston keräämien tietojen mukaan vuonna 2009 hoito oli esillä 30 syyttämättä jättämispäätöksessä. Vuonna 2010 hoitoonohjaustapauksia oli 38. Suhteutettaessa luku Tilastokeskuksen tilastotietoihin lähes kahdeksan prosenttia kaikista seuraamusluonteisista syyttämättä jättämistä on tehty hoitoon hakeutumisen takia. Valtakunnansyyttäjävirston keräämän aineiston mukaan päätöksiä löytyi eniten Turusta (57 %). Miehiä oli hoitoon hakeutuneista 70 ja naisia 30 prosenttia. Alaikäisiä oli joka

viides (N=6). Rikoksen kohteena oli pelkästään mieto huumausaine 43 prosentissa tapauksia. Huumausaineeksi luokiteltu lääke löytyi 33 prosentissa tapauksista. 10 prosentissa päätöksiä mainittiin pelkästään vahva huume (amfetamiini). Lopuissa 13 prosentissa päätöksiä oli kyse erilaisten huumausaineiden yhdistelmistä. Subutexista tai Suboxenesta löytyi maininta lähes joka kolmannessa päätöksessä.

Hoitoon hakeutuneen syyttämättä jätetyn syyksi saatettiin lukea vain vähäinen huumausainerikos, kuten kertaluonteinen huumeiden käyttö. Osassa päätöksiä huumeiden käyttö oli jatkunut kuukausia, toisinaan muutaman vuoden. Lähes kaikissa tapauksissa rikosnimikkeenä oli huumausaineen käyttörikos. Muutamassa tapauksessa henkilö oli sen ohella syylistynyt muuhun rikokseen, kuten väärennykseen, lievään ampumase-rikokseen tai alkoholijuoman hallussapitorikkomukseen. Aineistosta löytyi muutama huumausainerikos henkilön syylistyttyä myös kannabiksen viljelemiseen tai huumeiden luovuttamiseen. (Kainulainen 2011b.)

Huumausaineen käyttörikosuudistukseen pohjautuen valtakunnansyyttäjä on 2002 antamissaan (VKS 2002) ja syksyllä 2006 päivitettyissä (VKS 2006) ohjeissa kannustanut myös 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. Jos nuori ei saavu paikalle tai tilaisuudessa ilmenee muulla tavalla, että syyttämättä jättäminen ei ole tarkoituksenmukaista, siitä voidaan luopua. (VKS 2006:1.) Tällöin nuori voi saada sakkorangaistuksen.

Lokakuussa 2006 valtakunnansyyttäjä päivitti ohjeen ja ohjeisti, että vähäisimmissä tapauksissa poliisi takavarikoi aineen, huomauttaa suullisesti ja luopuu enimmäistä toimenpiteistä. Kyselyn perusteella vuonna 2009 alle 18-vuotiaiden puhutteluja suoritettiin 66 kertaa (v. 2008: 40) ja ongelmakäyttäjien hoitoonohjauksia 30 (v. 2008: 40) kertaa. (VKSV 2010.) Tilastokeskuksen tilastojen mukaan alaikäisiä syyttämättä jätettyjä oli 136. Yhdistettäessä nämä eri tietolähteet toisiinsa lähes joka toinen syyttämättä jätetty alaikäinen olisi puhuteltu. Tarkasteltaessa puhuttelujen yleisyyttä laskettaessa se kaikista syyttämättä jätetyistä olisi luku puolestaan 17 prosenttia.

Vuonna 2010 puhutteluita järjestettiin yhteensä 161. Vuosina 2008, 2009 ja 2010 puhutteluiden kärjessä olivat Länsi-Suomi ja Itä-Suomi. Länsi-Uusimaalla, Lapissa ja Keski-Suomessa pidettiin näinä vuosina vähiten puhutteluja. Helsinki, Pirkanmaa, Oulu, Salpausselkä ja Itä-Uusimaa ovat sijoittuneet puhutteluissa keskimääräiselle tai keskimääräistä korkeammalle tasolle. Vastaavasti Pohjanmaa ja Kanta-Häme ovat sijoittuneet puhuttelumäärissä keskimääräiselle tai keskimääräistä matalammalle tasolle. (Poliisi 2011.)

Puhuteltu nuori oli tyypillisesti syylistynyt kannabiksen kokeilemiseen käyttökertojen jäädessä harvalukuisiksi. Hän sai aineen käsiinsä tarjottuna tai hänen kerrottiin itse vastanneen aineiden hankinnasta. Vain harvoissa tapauksissa kerrottiin nuoren käyttäneen

kannabista pidemmän ajanjakson kuluessa. Enimmillään kyse oli kaksi vuotta jatkuneesta säännöllisestä kannabiksen käytöstä. Muutamissa päätöksissä kyse oli käyttörikoksen sijasta huumausainerikoksesta, koska nuori oli luovuttanut pienen huumemäärän edelleen tai pitänyt sitä hallussaan levitystarkoitusta varten.

Vuonna 2010 tehtiin syyttäjänvirastoihin kysely huumausaineen käyttörikostapa-uksissa nuorille pidetyistä puhutteluista ja sen jälkeen tehdyistä syyttämättäjättämis-päätöksistä sekä huumeiden ongelmakäyttäjille hoitoon ohjaamisen jälkeen tehdyistä syyttämättäjättämisspäätöksistä. Päätösten lukumäärät oheisessa koosteessa:

Taulukko 12. Puhuttelut ja hoitoonohjaus syyttäjänvirastoissa

	Puhuttelu	Hoitoonohjaus
Helsinki	4	2
Länsi-Uusimaa		
Itä-Uusimaa	13	
Kanta-Häme	4	
Salpausselkä	7	1
Länsi-Suomi	98	13
Pirkanmaa	2	3
Pohjanmaa	4	
Keski-Suomi	2	
Itä-Suomi	19	
Oulu	7	
Lappi	1	19
Yhteensä	161	38

Lähde: Valtionsyyttäjänvirasto (2011)

Puhuttelutilaisuudessa saattoi nuoren lisäksi olla läsnä hänen vanhempansa, sosiaalityöntekijä, perhekodin edustaja tai poliisi. Joissakin päätöksissä kerrottiin jonkun viranomaisen poisjäännistä kutsusta huolimatta. Syyttäjä saattoi päätöksessään kuvata nuoren käyttäytymistä puhuttelutilaisuudessa. Syyttäjän uskoa saattoi vahvistaa nuoren perheeltään tai lastensuojelulta saatava tuki. (Puhutteluista ks. myös Kainulainen 2009.)

Tutkimus huumeidenkäyttäjien rikosoikeudellisesta kontrollista Suomessa

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

Tutkimus osoittaa, että toimenpiteistä luopuminen on ollut vähän käytetty seuraamus, vaikka erityisesti huumausainerikoksissa 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 2009a.)

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 2009a.)

10. Huumemarkkinat

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

Suomessa vallitsevan huumauserikollisuuden tarjonnan kannalta virolaisten järjestäytyneiden rikollisryhmien rooli on ollut merkittävä, 2000-luvun alkupuolella erityisesti huumauserikollisuuden 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 huumauserikollisuudessa kasvaa. Huumeita Suomeen tuovien ulkomaalaistoimijoiden joukko on monipuolistunut ja etenkin Liettuan merkitys myös Suomen huumauserikollisuudessa on selvästi voimistumassa. (KRP 2011.)

Huumauserikollisuus näyttäytyvät toisaalta organisoidummalta ja ammattimaisemmalla. Toisaalta huumemarkkinat koostuvat erilaisista ”tasoista”, joissa ylemmän tason maahantuojat ja tukkurit, keskitason välittäjät ja alemman tason myyjät toimivat eri tavoin. Tutkimuksen tulosten mukaan Helsingin huumekauppa niin ylemmästä toimijasta alempaan toimijaan asti ei aina näyttäyty kovinkaan rationaaliselta toiminnalta. Järjestelmällisyyttä enemmän toiminnassa on kyse päihderiippuvuudesta tai riippuvuuksista ja muista ongelmista. (Perälä 2011.)⁸⁷

Suomen huumauserikollisuudessa esiintyy ennen kaikkea kannabistuotteita, erityisesti kotiviljeltyä marihuanaa sekä hasista, amfetamiinia, ekstaasia ja muita synteettisiä huumauserikollisuutta, korvaushoitovalmiste Subutexia sekä runsaasti huumauserikollisuuteksi luokiteltuja lääkevalmisteita, etenkin bentsodiatsepiinilääkevalmisteita. Kannabistuotteista erityisesti marihuanan ja kannabiskasvien takavarikot ovat 2000-luvulla lisääntyneet, mikä kertoo melko pienimuotoisen, mutta osittain myös myyntiin suunnatun viljelyn yleistymisestä. GHB:n ja sen esiasteen GBL:n suosion kasvu näyttää taittuneen. Sen sijaan markkinoilla esiintyy entistä enemmän erilaisia muuntohuumeita. Heroiinia Suomessa esiintyy edelleen niukasti. Takavarikoidun heroinin määrä putosi tuntuvasti vuoden 2001 jälkeen ja samaan aikaan Subutex-tablettien takavarikot alkoivat lisääntyä. Vuodesta 2008 Subutexin takavarikot ovat kääntyneet laskuun. (KRP 2011.)

⁸⁷ Tutkimuksen pääasiallisena aineistona on etnografinen kenttätö sekä sen ohessa tehdyt havainnot ja haastattelut. Aineistona on myös viranomaishaastatteluja sekä esitutkimuspöytäkirjoja törkeistä huumauserikollisista. Tutkimuksen näkökulma on konstruktionistinen, jonka mukaan todellisuutta rakennetaan kielellisesti. Näin ollen ihmisellä on puheessaan erilaisia käsitteitä todellisuudesta.

10.1. Huumeiden saatavuus ja tarjonta

Suomessa ei ole varsinaisia avoimia huumemarkkinoita, joita tavataan joissakin Euroopan suurkaupungeissa, vaan valtaosa kannabiksen laittomien huumausaineiden myynnistä ja käytöstä tapahtuu yksityisasunnoissa (Kinnunen 2008). Kannabiksen kotona kasvattaminen on yleistynyt viime vuosina, mikä näkyy myös takavarikkoluvuissa. Vuoteen 2007 verraten takavarikoitujen kannabiskasvien määrä on kaksinkertaistunut, mikä johtunee kasvatuksen suosion lisääntymisestä ja siementen internethankinnan helppoudesta sekä myös siitä, että viranomaiset paljastavat kasvatusta nykyään entistä tehokkaammin. (KRP 2011.)

Kannabiksen kotikasvatustapauksissa on Suomessa yleensä kyse pienistä omaan käyttöön tarkoitetuista, enintään 20 kasvin viljelmistä. Vuosina 2002–2003 viidessä suurimmassa käräjäoikeudessa annetuissa huumetuomioissa rikoksen kohteena oli keskimäärin 11 kasvia mediaanin ollessa kuusi kasvia. Enimmillään kasveja oli 130. (Kainulainen 2006, Kainulainen 2011a.)

Myös kannabiksen kotikasvattajien keskuudessa tehdyn tutkimuksen⁸⁸ mukaan ylivoimainen enemmistö vastaajista kasvatti kerrallaan 1-5 kasvia. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kotimaisen tuotannon merkitys on lisääntynyt ja marihuana on ohittanut hasiksen suosituimpana kannabistuotteena. Hankintatapana itse kasvatettu tai tutun kasvattajan kautta hankittu marihuana on ohittanut markkinoilta oston. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Useimmiten kasvattajat tilaavat siemenet (kemiallisesti käsitellyjä siemeniä, joista kehittyvät siemeniä tuottavia emikasveja) internetin välityksellä tai saavat niitä tutuiltaan tai viljelmästänsä. Internetistä löytyy myös seikkaperäisiä kasvatusohjeita. Viljelyä tukee lisäksi viljelyssä tarvittavien välineiden sinänsä laillinen myynti eräissä kasvattajien suosimissa liikkeissä. Valtaosa kasvatustapauksista ilmenee suurissa kaupungeissa. Korkealaatuisesta lajikkeesta ja suotuisissa olosuhteissa kasvatetun kannabiskasvin kukinnon THC-pitoisuus voi kohota yli 10 prosentin. Katukaupassa kannabiskasvin kukka on arvokkaampaa kuin huonolaatuinen hasis. (KRP 2011.)

Erytisesti Suomen markkinoille suunnattuja internet-sivustoja, joilla kaupataan huumeiden kaltaisia aineita, ei ole havaittu alkuvuoteen 2011 mennessä. Kannabiskasvien siemeniä, muuntohuumeita, huumaavia rohdoksia ja GBL:ää tilataan kuitenkin enenevästi ulkomailta internetin kautta yleensä omaan käyttöön tarkoitettuja pieniä määriä. Etenkin GBL:ää eli lakkaa⁸⁹ tilataan Suomeen internetin kautta posti- ja pikarahtilähettyksinä muun muassa Hollannista, Iso-Britanniasta ja Puolasta, mutta sitä tuodaan myös Viron kautta Saksasta. Aineita kauppaavat ulkomaiset yritykset kertovat kotisivuillaan selvästi, että aine on 100-prosenttista GBL:ää, joka muuttuu elimistössä GHB:ksi eli gam-

⁸⁸ Tutkimuksessa haastateltiin 38 suomalaista kannabiksen kotikasvattajaa v. 2008 aikana, suoritettiin suomalaisille kannabiksen kotikasvattajille suunnattu anonyymi Internet-pohjainen 65 kysymystä sisältävä verkkokysely v. 2009, johon saatiin 1298 vastausta, joista 1054 kasvattajaa sekä tutkittiin väestökyseleaineistoja, missä eriteltiin hasiksen ja marihuanan käyttöä.

⁸⁹ Lakka eli gammabutyrolaktoni on lääkelain piiriin kuuluva tuote, jota käytetään puhdistusaineena ja teollisuuskemikaalina.

maksi. Aineet lähetetään tilaajille muovipulloissa, joihin liimattujen etikettien mukaan pullojen väitetään sisältävän esimerkiksi puhdistusaineita. Spice-tuotteita myyvien verkkokauppojen tuotevalikoiman kehitys kertoo tarjonnan kyvystä reagoida nopeasti aineiden oikeudellisen aseman muutoksiin: vuonna 2009 on alettu tarjota vaihtoehtoisia poltettavia sekoituksia huumeiksi luokiteltujen sijaan. Synteettisiä kannabinoideja (kuten JWH -yhdisteet) esiintyy sekä jauheena että valmiina kasvirouheena. (KRP 2011.)

Maahantuonti ja huumemarkkinat

Huumausaineiden maahantuonti on kansainvälistä rikollisuutta, ja noin 15–35 % törkeistä huumausainerikoksista Suomessa epäillyistä henkilöistä on ollut viime vuosina ulkomaalaisia. Virolaiset järjestäytyneet rikollisryhmät ovat tärkeässä roolissa lähes kaikkien Suomeen tuotavien huumausaineiden kansainvälisessä hankinnassa ja salakuljetuksessa. Suomalaiset rikolliset vastaavat aineen jakelusta ja levittämisestä eri puolille Suomea. (KRP 2011.)

Huumeita tuodaan maateitse henkilö-, paketti- ja kuorma-autoissa. Kuriirit salakuljettavat huumeita Suomeen vaatteisiin ja matkatavaroihin kätettyinä sekä enenevässä määrin myös kehonsisäisesti. Lisäksi huumeita tuodaan Suomeen vesireittejä pitkin rahtilaivoissa, pika-aluksissa ja huvipursissa. Huumeita tuodaan myös ilmateitse. Ilmateitse ei enää nykyisin tuoda suuria eriä huumausaineita turistiliikenteissä. Tähän ovat syynä sekä henkilöiden että matkatavaroiden tiukentuneet turvatoimet. Suurempia lasteja tulee maahan lentorahdin ja pikarahtiyhtiöiden kautta. Huumeet vaihtavat nykyään useimmin omistajaa maastokätköjen avulla, jolloin aine piilotetaan maastoon ja sen piilopaikasta piirretään kartta tai sen sijainti tallennetaan gps-koordinaatein. Sen jälkeen karttaa tai koordinaatteja aletaan kaupitella halukkaille ostajille. (KRP 2011, Perälä 2011.)

Suurin osa huumausaineista tulee Suomen markkinoille hyvin vaihtelevia reittejä etenkin etelästä ja lännestä. Poliisin mukaan viime vuosina 90 % amfetamiinista on tuotu Suomeen Virosta. Pääosa Suomeen tuodusta amfetamiinista on lähtöisin Keski-Euroopasta. Amfetamiinia ja metamfetamiinia valmistetaan nykyisin myös Liettuassa, josta etenkin virolaiset välittäjät tuovat sitä Suomen markkinoille. Amfetamiinien maahantuonti on nykyisin varsin suurimittaista ja suunnitelmallista. Tyypillisesti virolaiset rikolliset piilottavat amfetamiinit maastokätköihin, suomalaiset rikolliset ostavat kartan maastokätköstä ja hakevat tuotteet sen perusteella Venäjällä huumausaineiden käyttökulttuuri on länsimaistumassa ja erityisesti amfetamiinin, ekstaasin ja kokaiinin käyttö on kasvussa. Amfetamiinin valmistus Luoteis-Venäjällä lisääntyy, millä saattaa olla vaikutusta Suomen huumausainemarkkinoihin. Hasista tuodaan Suomeen Marokosta Espanjan, Alankomaiden tai Saksan kautta sekä edelleen joko meriteitse tai Pohjoismaiden tai Baltian maiden kautta. Khat-takavarikot ovat kymmenkertaisesti 2000-luvulla. Tullin mukaan khat-takavarikkoja tapahtuu vähintään 3–4 kertaa viikossa. (KRP 2011, Perälä 2011.)

Venäjällä on ollut salakuljetusreittinä merkitystä erityisesti heroiinin osalta, mutta heroiinia tuodaan Suomeen myös muita reittejä. Hoitopalvelujen saatavuuden vaikeus ja Subutexin tarjonnan heikentyminen laittomilla markkinoilla voivat nostaa heroiinin kysyntää Suomessa. Suomea voidaan myös käyttää reittinä heroiinin kansainvälisessä salakuljetuksessa Venäjän suunnasta muualle Eurooppaan. Myös huumausaineiden salakuljetuksen uhka Pohjoismaiden, myös Suomen, kautta Venäjälle on syytä ottaa huomioon, sillä EU:n koillisosan läpi salakuljetetaan huumausaineita etenkin Venäjälle, esimerkiksi kokaiinin kansainvälisessä salakuljetuksessa aktiivisten liettualaisten rikollisryhmien toimesta. (KRP 2011.) Myös hasiksen salakuljetus Suomen kautta Venäjälle on lisääntynyt merkittävästi. (Tulli 2011).

Helsingin huumemarkkinoista tehdyn tutkimuksen mukaan toiminnan kuvataan toimivan eri tasoilla. Toimijat ja toiminta on kullakin tasolla erilaista, vaikka tasot voivat sekoittautuakin. Ylemmän tason toimijat muodostuvat ideaalitapauksessa Aivoista, Vasemmasta kädestä sekä Lompakosta. Aivoilla on Kontakti, jolta ainetta voidaan ostaa. Aine-erän maahan saamiseen käytetään usein Välimiestä, Muulia ja Testaajaa. Ylimmän tason toimijat onnistuvat muita tasoja paremmin välttelemään kiinni jäämistä. (Perälä 2011.)

Keskitasolla olevia toimijoita on jo huomattavasti enemmän kuin ylemmällä tasolla. Keskitason myyjä toimii useimmiten pienen kaveripiirinsä, niin kutsutun hovinsa kanssa. Hovi koostuu muutamasta luotetusta henkilöstä ja näistä tärkeimmät ovat Aivot, Apumies ja Nyrkkimies. Näillä toimijoilla ei kuitenkaan ole niin paljoa statusta tai teknisiä taitoja kuin ylemmän tason toimijoilla. He käyttävät ylempää tasoa enemmän ja hallitsemattomin omia myyntituotteitaan. Huumemarkkinoiden keskitasolla toimivat ”Tukkurit” katsotaan silti niin ulkomailla kuin Helsingissäkin huumemarkkinoiden tärkeimmiksi henkilöiksi koska heidän kauttaan ylempi taso saa voitot huumeista. (Perälä 2011.)

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

Huumelääkkeiden salakuljetus

Huumaavien lääkevalmisteiden huumeikäyttö on suomalaisten päihderiippuvaisten keskuudessa hyvin yleistä. Huumaavien lääkevalmisteiden hankinnassa hyödynnetään etenkin lääkejakelun keskitetyn valvonnan puutetta: lääkemääräyksiä haetaan lukuisilta eri lääkäreiltä ja aineita päätyy sekä laittomille markkinoille että omaan

päihdekäyttöön. Lisäksi lääkkeitä hankitaan ulkomailta. Viroon suuntautuva huume-
lääketurismi on vilkasta, Virosta tuodaan edelleen paljon Suomessa reseptilääkkeeksi
rekisteröityjä huumaavia lääkevalmisteita, kuten bentsodiatsepiineja, useimmiten
laivamatkustajien mukana. Vuoden 2011 alkupuoliskolla on muita huume-lääkkeitä
kuin Subutexia takavarikoitu pääosin ulkomailta saapuvista postilähetyksistä Lähes
poikkeuksetta matkustajat tulevat Helsinkiin ja suurin osa tuojista asuu pääkaupunki-
seudulla. Schengen-laajentuminen vähensi laillisen huume-turismin mahdollisuuksia
huumaavien lääkevalmisteiden osalta ja lisäsi niiden salakuljetusta Baltiasta. Laillisen
huume-lääketurismin loppumisen myötä lääkkeiden kehonsisäinen salakuljetus lisää-
ntyi Viron liikenteessä. Kaukoitään suuntautuva lääketurismi on yleistynyt ja lääkkeitä
tilataan yleensäkin runsaasti internetin kautta eri puolilta maailmaa. (KRP 2011, Tulli
2011.)

Schengen-alueen viimeisin laajentuminen poisti Suomessa asuivilta huumeiden
käyttäjiltä mahdollisuuden tuoda laillisesti myös Subutexia esimerkiksi Virosta, josta
sitä tuotiin Virossa kirjoitetuilla resepteillä. Suurehkoja Subutex-eriä on salakuljetettu
Suomeen lähinnä Ranskasta, mutta Viroon suuntautuneen huume-turismin tyrehdyt-
tyä Ruotsin rooli Subutexin hankinnassa on jo vahvistunut. Myös Schengen-alueen
ulkopuolinen Iso-Britannia on nousemassa Ranskan rinnalle hankintakohteeksi, ja
samoin Norjan merkitys on kasvanut. Subutexia saa reseptilääkkeenä myös Liettu-
asta. Subutexin valmistuksen mahdollinen siirtyminen Kaukoitään lisännee erityisesti
verkkokauppaa. Subutexin osuus tullin takavarikoimista huume-lääkkeistä on kasvanut
huomattavasti vuoden 2011 ensimmäisen vuosipuoliskon aikana, osuus on noin 65 %.
Subutexia tuodaan maahan entisten muutamien kymmenien tablettien sijasta usein
satoja tabletteja, jolloin kate myyjälle suurenee. Subutexia tuodaan usein Ranskasta
Ruotsiin ja sieltä joko pohjoisen kautta autolla tai laivamatkustajien mukana Suomeen.
(Tulli 2011.)

Huumevalmistamot

Suomessa ei ole paljastunut synteettisten huume-aineiden valmistamoita, kaikki-
aankin 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. Huume-aineiden valmis-
tusprosessissa tarvittavien lähtöaineiden kauppa rajojen yli liittyy usein lailliseen liike-
toimintaan, mutta osa kemikaalien laillisesta kuljetuksesta voi päätyä huume-ainei-
den valmistukseen Suomen lähialueille. Suomen sijainti on lähtöainekaupan kannalta
hyvin riskialtis: laittomia huume-laboratorioita on runsaslukuisesti niin Venäjällä kuin
kaikissa Baltian maissakin ja kaikkien näiden maiden kanssa Suomella on kemian alan
kauppaa tai lähtöaineiden kauttakuljetuksia. Suomessa ei ole tehty huomattavia lähtö-
ainetakavarikoita. Lähtöainetakavarikoilla voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hankaloittaa

huumausaineiden tuotantoa. (KRP 2011.) Tulli on vuonna 2010 takavarikoinut efedriiniä tablettimuodossa. Käyttäjät ovat kuntosaliharrastajia, eikä heidän tarkoituksenaan ole ollut valmistaa huumausaineita. (Tulli 2011.)

Toukokuussa 2010 poliisi teki ainutlaatuisen takavarikon Helsingissä, jossa löydettiin lähes 60 kiloa mCPP:tä, huomattavasti Bromo-Dragonfly -arkkeja sekä huumetablettien valmistuskone. Muuntohuume mCPP esiintyy markkinoilla usein ekstaasin korvikkeena ja on Suomessa luokiteltu lääkeaineeksi. Poliisi arvioi, että takavarikoidusta mCPP:stä olisi voitu valmistaa noin 800 000 tablettia. Kaiken kaikkiaan Suomessa on vuodesta 1993 alkaen takavarikoitu yhteensä noin 525 000 tablettia ekstaasia, joten on oletettavaa, että vain pienekö osa mCPP:stä olisi tarkoitettu Suomen markkinoille. Samassa tutkinnassa löydettiin huomattava määrä Bromo-Dragonfly -arkkeja. Myös LSD:tä muistuttava, erittäin vaarallisena pidetty Bromo-Dragonfly on kielletty Suomessa lääkeaineena. (KRP 2011.) Lähivuosina tehdasmaista huumeiden valmistusta voi levitä myös Suomeen.

10.2. Huumausainetakavarikot

Takavarikkotietojen valossa tilanne Suomen huumausainemarkkinoilla näyttää melko vakaalta. Kannabiksen kasvatusta ja huumelääkkeitä koskevat rikosjutut ovat vuoden 2010 aikana edelleen yleistyneet. Muuntohuumeiden ja huumaavien rohdosten internet-tilausten yleistyminen on näkynyt Tullin työssä. Vuonna 2010 Tullilaboratoriossa todettiin muuntohuumeita 459 näytteestä yhteensä 5,2 kiloa. Erilaisia muuntohuumeita löydettiin 52 ja erilaisia rohdoksia 13 (2008: 13). Niin löydettyjen muuntohuumelöydösten, erilaisten muuntohuumeiden kuin rohdoksienkin lukumäärä on kasvanut vuodesta 2009. (KRP 2011; Tulli 2011.)

Taulukko 13. Poliisin ja tullin vuosina 2003–2010 takavarikoiduiksi kirjaamat huumausaine-erät (kg).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hasis	423,1	467,4	430,6	282,7	360,0	47,0	440,0	250,0
Marihuana	45,3	25,8	43,4	32,9	36,0	56,0	100,0	80,0
Kannabis-kasvit (kpl)		7 840,0	9460	7 510,0	7 600,0	14 000	12 500,0	15 000
Kannabis-kasvit (kg)*	20,4	41,7	43,3	36,2	87,0	41,0	45,0	31,0
Amfetamiini + Metamfetamiini**	114,6	108,6	116,6	129,0	152,0	130,0 + 17,0	110,0+5	113+39
MDPV							4,0	9,5
Kokaiini	1,1	1,1	1,2	6,5	4,0	3,0	2,8	4,2
Khat	1 879,0	2 118,0	2 562,0	3 283,0	3 300,0	2 250,0	3 300,0	4 700,0
Heroini	1,6	0,2	52,4	0,2	0,4	0,2	2,0	0,4
Subutex (tabletteja)	37 284	32 970	24 478	22 979	20 600	12 000	17 000	15 000
Ekstaasi (tabletteja)	35 216	23 243	52 210	39 185	83 000	34 000	15 100	27 000
LSD (annoksia)	1 461	195	452	171	2 138	3 082	620	790
Bromodragonfly (kpl)							1 200	7 600
GBL + GHB** (litraa)				24,0	91,0	150 + 9	84+2	37+5

* = Kappalemäärittäin ilmoitettujen kannabiskasvien lisäksi, lähinnä kasvien osia.

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

Lähde: Keskusrikospoliisi (2011).

Taulukko 14. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 2000–2010

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010
Hasis	2 482	3 012	2 626	2 599	1 900	1 500	1 940	1 933
Marihuana	663	1 275	2 067	2 269	2 400	3 000	3 700	4 018
Kannabiskasvit	-	923	1 406	1 378	1 900	2 100	2 650	2 716
Amfetamiini/ metamf.	2 369	3 399	3 392	3 101	2 990	2900 + 120	2910 +125	3154+199
Kokaiini	40	45	65	82	92	107	102	126
Heroiini	437	145	45	25	20	25	26	9
Subutex	-	741	844	840	800	850	940	1 126
Ekstaasi	393	329	328	297	340	250	190	229
LSD	34	10	21	15	50	73	52	73
GHB/GBL				54	184	170 + 80	112 +28	69+40
Khat				180	199	130	220	227

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

Lähde: Keskusrikospoliisi (2011).

Vuonna 2010 **kannabistuotteiden** takavarikkoja tehtiin Suomessa lukumääräisesti enemmän kuin koskaan. Myös takavarikoitujen kannabiskasvien lukumäärä (noin 15 000) oli suurempi kuin koskaan. Vuoteen 2007 verraten takavarikoitujen **kannabiskasvien** määrä on kaksinkertaistunut. **Marihuanaa** takavarikoitiin historian toiseksi suurin vuosittainen määrä, noin 80 kiloa. Takavarikoidun marihuanan vuosittainen määrä on viime vuosina lähes kolminkertaistunut vuoden 2007 tasoon verrattuna. Kasvua selittävät mm. Hollannista Suomeen suuntautuvasta, ulkomaalaisten tekijöiden toteuttamasta salakuljetuksesta tehdyt muutamat poikkeuksellisen suuret takavarikot. **Hasista** takavarikoitiin vuonna 2010 kaikkiaan 250 kiloa. Suosituimpien tuontihuumeiden takavarikkomääriin vaikuttavat ratkaisevasti suurimittaiseen salakuljetukseen kohdistuvien tutkintaoperaatioiden tulokset. Tästä syystä myös hasiksen takavarikkomäärät ovat vaihdelleet melko voimakkaasti vuosittain. Suurimittainen hasiksen salakuljetus Suomeen näyttää takavarikkolukujen valossa jatkuvan jokseenkin ennallaan. Vuonna 2010 suurimmat yksittäiset takavarikot olivat Belgiasta ajoneuvolla Suomeen salakuljetettu noin 90 kilon suuruinen lasti sekä Saksasta laivalla tulleesta ajoneuvoyhdistelmästä tullitarkastuksen yhteydessä tehty noin 44 kilon suuruinen takavarikko. (KRP 2011.)

Synteettisistä huumausaineista **amfetamiini** on säilyttänyt vahvan asemansa vuoden 2007 takavarikkotasoon verraten. Vuonna 2010 sitä takavarikoitiin hieman edellisvuotta enemmän, noin 113 kiloa. Suurimmassa yksittäisessä amfetamiinitakavarikossa Tulli takavarikoi 15,6 kg amfetamiinia rikollisorganisaation jäsenten hallusta ja asunnosta. Muita yli viiden kilon takavarikkoja oli neljä kappaletta, joista kolmessa aine löytyi maastokätköstä ja yhdessä varastorakennuksesta. Amfetamiinin tarjonnan puutteita on korvattu edelleen **metamfetamiinilla**, jonka osuus huumemarkkinoilla ja salakuljetuksessa on selvästi kasvanut, kuten muuallakin Pohjoismaissa ja Baltiassa. Vuonna 2010 metamfetamiinia takavarikoitiin jo 39 kiloa. Suurin yksittäinen takavarikko oli maastokätköstä löydetty poikkeuksellisen suuri, lähes 20 kilon metamfetamiinierä, josta olisi saanut yli 100 000 käyttöannosta. (KRP 2011.)

Amfetamiinien rinnalla ja joukossa markkinoilla on esiintynyt yhä kasvavassa määrin metyleenidioksiipyrovaleronia, (**MDPV**), mitä takavarikoitiin vuonna 2010 edellisvuoteen verrattuna yli kaksinkertainen määrä, 9,5 kiloa (kaikkiaan yli 300 takavarikoesinettä). MDPV-löydöksiä on tehty Suomessa jo muutaman huumeidenkäyttäjän kuolemansyytutkimuksissa. (KRP 2011.)

Ekstaasin takavarikkomäärä kasvoi Suomessa vuonna 2010 noin 27 000 tablettiin, joka on kuitenkin huomattavasti pienempi kuin 2000-luvun suurimmat, yli 80 000 tabletin ylittäneet vuosimäärät. Muuntohuumeet näyttävätkin olevan valtaamassa alaa MDMA:n tyyppisiltä⁹⁰ aineilta ja joltain osin myös amfetamiinilta. Vuonna 2010

⁹⁰ Ekstaasin vaihtoehtona tarjotun bentsyyli-piperatsiin (BZP, Suomessa huumausaine /Fimea 1.9.2008) jälkeen Euroopassa on markkinoitu mm. 1-(3-kloorifenyyli) piperatsiinia (mCPP) sisältäviä, useimmissa EU-maissa laillisia ”bilepillereitä”.

Suomessa takavarikoitiin noin 5 500 ekstaasin vaihtoehtona markkinoitua **mCPP:tä**⁹¹ (kloorifenyyli-piperatsiini) sisältävää pilleriä. (KRP 2011.)

LSD:tä takavarikoitiin vuonna 2010 edelleen varsin vähän, vajaa 800 lappua, mutta sen rinnalla esiintyvää **Bromo-Dragonflytä**⁹² yli 7 600 lappua. (KRP 2011.)

Spice-tuotteita⁹³ takavarikoitiin vuonna 2010 Tullissa 239 grammaa. Määrä on huomattavasti vähemmän mitä vuonna 2009, jolloin saatiin kiinni muutama iso erä spice-tuotteita. Pakkaustekstien mukaan seokset sisältävät erilaisia kasveja, mutta niissä ei ole kuitenkaan mainittu synteettisiä kannabinoideja (mm. JWH-018), jotka antavat tuotteelle sen huumaavan luonteen. (Tulli 2011.)

Kokaiini on parin viime vuoden aikana yleistynyt Suomen markkinoilla, mutta se on edelleen markkinoilla melko marginaalinen huumausaine: Takavarikkoon sitä saatiin vuonna 2010 vähän yli neljä kiloa, kaikkiaan reilut sata takavarikkoesinettä. (KRP 2011.)

Vuoteen 2007 tultaessa nousuun lähtenyt **GHB:n** ja **GBL:n** suosio on Suomessa selvästi vähentynyt ja takavarikkomäärien lasku jatkui kaikkiaan 42 litraan vuonna 2010. Lakan/gamman suosio näyttää vähentyneen myös muualla Euroopassa⁹⁴. Tulli jäljitti kuitenkin vuoden 2011 helmikuussa suuren ja suunnitelmallisen GBL:n maahan-tuonti- ja jakelutoiminnan Varsinais-Suomessa. Suomalaismiehen epäiltiin tilanneen Kiinasta lääketehtaasta 1000 litraa GBL:ää. Ainetta saatiin takavarikkoon 860 litraa, mikä on suurin Suomessa tähän mennessä tehty GBL-takavarikko. Aine oli tarkoitettu pääkaupunkiseudun huumemarkkinoille ja koko erän arvo katukaupassa olisi ollut yli miljoona euroa. (KRP 2011.)

Suomessa takavarikoidun, somalialaisperäisten käyttäjien suosiman **khatin** takavarikkomäärä vuonna 2010, kaikkiaan noin 4 700 kiloa, jatkoi kasvuaan kohoten suurimmaksi sitten aineen ilmaantumisen Suomeen. (KRP 2011.)

Heroiinin takavarikoitu määrä romahti Suomessa 2000-luvun alussa. Heroiinia on markkinoilla esiintynyt edelleen vähän. Vuoden 2010 kokonaistakavarikkomäärä oli noin puoli kiloa. (KRP 2011.)

Heroiinin tilalle levinneen buprenorfinivalmiste **Subutexin** takavarikkojen kokonaismäärä, noin 15 000 pilleriä, putosi jälleen edellisvuoden kasvaneesta määrästä. Viron-liikenteessä tehdyt takavarikot ovat vähentyneet ja hankinta on suuntautumassa uudelleen. **Muita huumausaineiksi luokiteltuja lääkevalmisteita** (lähinnä bentsodiatsepiineja ja jonkin verran opioideja) takavarikoitiin Suomessa vuonna 2010 edelleen runsaasti, kaikkiaan 90 000 tablettia. (KRP 2011.)

⁹¹ Lääkelaitos (nykyinen Fimea) on luokitellut mCPP:n lääkeaineeksi 25.8.2005. Ks. myös alaluku 10.1 Huumevalmistamot.

⁹² Fimea on luokitellut Bromo-Dragonflyn lääkeaineeksi 1.1.2010. Ks. myös luku 10.1 Huumevalmistamot.

⁹³ Synteettisiä kannabinoideja on sisällytetty lääkeluetteloon niiden identifioimisen myötä.

⁹⁴ Europolin OCTA 2011 mukaan muutamat jäsenmaat ovat kuitenkin raportoineet gamman ja lakan suosion kasvusta.

10.3. Huumausaineiden hinta ja laatu

Huumausaineiden katukaupan hintataso pysyi vuoden 2010 aikana jokseenkin ennallaan. Kannabiksen hintataso nousi hieman, gramman kannabista on saanut 15–20 eurolla. Hasiksen tyypillinen vähittäishinta on ollut vuoden 2010 aikana hieman edellisvuosia alhaisempi, noin 9 (6–12) euroa grammalta. Lapissa grammahinta on ollut muuta maata korkeampi, noin 20 euroa. Katukaupassa tyypillinen grammahinta vuonna 2010 oli amfetamiinille 33 euroa, heroiinille noin 120 euroa, kokaiinille 60–100 euroa, ekstaasitableteille 12–20 euroa ja LSD -lapulle 10–15 euroa. Subutexin katukauppahinta on vuoden 2010 aikana ollut noin 25–35 euroa, Pohjois-Suomessa jopa 120–160 euroa. Hinta vaihtelee ostettavasta määrästä riippuen. MDPV:n katuhinta on ollut tiettävästi 60–80 euroa grammalta, mutta alempia 25–40 euron hintojakin on todettu. Puolen litran lakkapullo maksaa internetin kautta tilattuna noin 60 euroa, Suomen katukaupassa noin 1–20 euroa millilitralta aineen vahvuudesta riippuen. Huumaavien lääkkeiden kappalehinta on laittomilla markkinoilla koko maassa noin yhden euron. (KRP 2011.) Yhden khat-annoksen koko on noin 150–250 grammaa, ja se maksaa tuoreena noin 25 euroa. (Perälä 2011.)

Huumausaineiden katutason myyntihinnat vaihtelevat Suomessa huomattavasti sen mukaan, missä niitä myydään: Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla hinnat ovat yleensä selvästi matalampia kuin maakuntakeskuksissa. Kovien aineiden käyttäjien keskuudessa suosittu amfetamiini voi maksaa keväällä 2011 koottujen tietojen mukaan maakuntakeskuksissa hyvinkin kaksinkertaisesti sen, mitä se maksaa Helsingissä. Myös hasiksen ja Subutexin hinnat ovat muualla maassa selvästi korkeammalla tasolla kuin Helsingin seudulla. Kannabiksen hinnoissa ei näy vastaavanlaista aluekohtaista vaihtelua kuin salakuljetettujen huumeiden hinnoissa. Erityisolosuhteissa kuten vankilaan salakuljetettuna huumausaineiden hinnat voivat olla tapauskohtaisesti hyvinkin korkeita. (KRP 2011.)

Huumausaineiden laboratoriotunnistus ja siihen liittyvät pitoisuuksien mittaamiset suoritetaan KRP:n Rikosteknisessä laboratoriossa tai Tullilaboratoriossa, Suomessa analysoidaan rutiininomaisesti huumausainetakavarikon pitoisuus vain amfetamiinista ja metamfetamiinista, mikäli takavarikoitu määrä on yli 10 grammaa sekä yli 2 gramman heroiini- ja kokaiinitakavarikoista. Kannabiskasvien ja marihuanan pitoisuus analysoidaan yli 150 gramman eristä pyydettyessä. Muilta osin pitoisuuksia ei analysoida. (KRP 2011.)

Analysoitujen huumausaine-erien keskipitoisuuksissa ei tapahtunut vuoden 2010 aikana merkittäviä muutoksia. Kaikille aineille on yhteistä se, että pitoisuuksien vaihteluväli on todella suuri. Amfetamiinin keskimääräinen pitoisuus on n. 20 p- %, kokaiinin ja metamfetamiinin noin 30 p- %. Kannabiskasvi- ja marihuanatakavarikoista tehtyjen pitoisuusmääritysten tulosten keskiarvo on viime vuosina hieman kohonnut, v. 2010 keskimääräinen THC -pitoisuus oli n. 5 p- %. (KRP 2011.)

B. ERITYISTEEMAT

11. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat ja terveyspalvelut vankilassa

11.1. Vankilajärjestelmä ja vankiluku

Vankiluvulla mitattuna Suomi kuuluu maltillisen kriminaalipolitiikan maihin. Rikollisuustilanne on pysynyt viime vuosina melko vakaana ja tilastoitujen rikosten kokonaismäärä on 2000-luvun alkuvuosista hieman vähentynyt lähes kaikissa rikostyypeissä. Tuomiorekisteriin tuli noin 15 400 tuomiota vuonna 2010. 1.5.2011 vankiloissa oli 2 639 (81 %) vankeusvankia, 569 (17 %) tutkintavankia ja 69 (2 %) sakkovankia. Vankien kokonaismäärä on laskenut jyrkästi vuoden 2005 jälkeen. Vuonna 2010 vankien päivittäinen keskimäärä oli 3 291 vankia, mikä oli 15 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2005. Ulkomaalaisten vankien määrä on kasvanut tasaisesti 1990-luvulta lähtien ja kuluneen vuoden aikana määrä on ollut edelleen kasvussa. 9.9.2011 Suomen vankiloissa oli 3 254 vankia (24.9.2010 oli 3 315 vankia), joista 479 oli ulkomaalaisia (24.9.2010 oli 416 ulkomaalaista). Ulkomaalaisten osuus kokonaisuudesta oli 14,7 % (24.9.2010 osuus oli 12,5 %), joka on myös ollut kasvussa viime vuosina. Ulkomaalaisista miehiä oli 459 (24.9.2010 oli 386) ja naisia 20 (24.9.2010 oli 30) vankia.

Vankeusvangeista 47 %:lla on päärikoksena huumausainerikos, omaisuusrikoksista tuomittuja on 16 % ja siveellisyyserikoksesta tuomittuja on 10 %. Tutkintavankeja Suomen vankiloissa (9.9.2011) oli 657, joista ulkomaalaisia 235. Ulkomaalaisten osuus tutkintavangeista oli 35,6 %. Ulkomaalaisista tutkintavangeista suurimmalla osalla (38 %) pääsyytteenä on huumausainerikos ja toiseksi suurimmalla ryhmällä (35 %) omaisuusrikos. (KRP 2011.)

Useimmat tuomiot ovat lyhyitä, alle vuoden mittaisia ja vuosittain alkaa hieman alle 7 000 vankeusjaksoa. Vuonna 2010 vankilaan saapuneista miehiä oli 91,5 % ja naisia 8,5 %. Vankeusvankien päärikos on yleisimmin väkivaltarikos (44 %). Vankeusvangeista 17 % (vuonna 2010 15,6 %) ja tutkintavangeista 3 % (vuonna 2010 4 %) oli vankilassa huumerikoksen vuoksi 1.5.2011. Huumerikoksesta tuomittujen ja syytettyjen osuus on pysynyt vakaana vuosina 2005–2009.

Rikosseuraamuslaitoksen organisaatio ja päihdetyön linjaukset 2012–2016

Rikosseuraamusalan organisaatio uudistui vuoden 2010 alussa, kun Rikosseuraamusvirasto, Vankeinhoitolaitos ja Kriminaalihuoltolaitos yhdistettiin Rikosseuraamuslaitokseksi. Rikosseuraamuslaitoksen tehtävänä on rangaistusten täytäntöönpano ja tutkintavankeuden toimeenpano. Rikosseuraamuslaitos muodostuu keskushallinnosta, terveydenhuoltoyksiköistä, sekä kolmesta rikosseuraamusalueesta. Jokaisella rikosseu-

raamusalueella on arviointikeskus, johon lausuntotyö, tuomittujen arviointi sekä sen perusteella tehtävä rangaistusajan suunnittelu ja laitoksiin sijoittaminen on keskitetty. Rikosseuraamusalueiden perusyksiköitä ovat yhdyskuntaseuraamustoimistot (15), avovankilat (12) ja suljetut vankilat(16) eli vankiloita on tällä hetkellä yhteensä 28. Rikosseuraamuslaitoksessa työskentelee noin 3 200 henkilöä.

Rikosseuraamuslaitoksessa valmistellaan parhaillaan päihdetyön linjauksia vuosille 2012–2016. Linjaukset valmistuvat vuoden 2011 loppuun mennessä ja ne ohjaavat valtakunnallisesti rikosseuraamuslaitoksessa tehtävää päihdetyötä ja ne muodostavat suunnan lähiaikojen päihdetyön kehittämiseksi kolmella rikosseuraamusalueella. Päihdetyön linjauksissa määritellään nykytilan kautta päihdetyön tavoitteet ja taso, jolle tulisi yltää vuoden 2016 loppuun mennessä.

Vankilatietojärjestelmä ja tutkimukset vankien päihteiden käytöstä

Suomessa on kattava vankitietojärjestelmä, josta saa tietoa muun muassa vangeille tehdystä riski- ja tarvearvioista, vankila-aikaisista päihdetesteistä, päihdekuntoutukseen osallistuneista ja päihde-ehdoista kurinpitörangaistuksista. Tämän luvun tiedot pohjautuvat pääasiassa vankitietojärjestelmästä poimituihin tietoihin. Lisäksi on käytetty joitakin huumeiden käyttöä kuvaavia viimeaikaisia tutkimuksia, kuten vankiloiden huumemarkkinoita (Perälä 2011), vankien terveydentilaa (Joukamaa 2010), päihdetestejä (Obstbaum ym. 2009), lyhytaikaisvankeja (Kivimäki & Linderborg 2009) ja vankiloiden turvallisuutta (Junninen 2008) kuvaavia tutkimuksia sekä vankilaelämän laatukyselyn (2010) tuloksia.

Suomessa on tehty varsin vähän tutkimusta, jossa keskitytään pelkästään vankien päihteiden käyttöön, ja niissäkään tutkimuksissa ei ole aina eroteltu huumeaineiden käyttöä alkoholin käytöstä. Suomalaisten rikosseuraamusasiakkaiden terveyttä tutkittiin vuonna 2006. Otoksen muodostivat noin 600 vankia ja noin 100 yhdyskuntaseuraamustoimiston asiakasta. Tutkimusmenetelmät koostuivat kyselyistä, sairaanhoitajien tekemästä haastattelusta, psykiatrisesta haastattelusta, laboratoriotutkimuksesta. Vankien päihderiippuvuus oli kymmenkertaista tavalliseen väestöön verrattuna. Yleisimmin käytetty päihde vankien keskuudessa oli alkoholi, kuten yleensäkin suomalaisen väestön keskuudessa.

Taulukko 15. Taulukko 15. Päihteidenkäyttödiagnoosin esiintyvyys (%) vangeilla.

Riippuvuus	Elämänaikainen	Tutkimushetkellä	Yleisintä osaotoksessa
Jokin riippuvuus	84	17	Sakkovangeilla 97 % / 33 %
Alkoholiriippuvuus	66	11	Sakkovangeilla 87 % / 24 %
Opioidiriippuvuus	22	4	Sakkovangeilla 35 % / 7 %
Kannabisriippuvuus	19	1	Sakkovangeilla 26 % / 0 %, Miesvangeilla** 23 % / 2 %
Kokaiiniriippuvuus	4	0	-
Amfetamiiniriippuvuus*	40	5	Miesvangeilla** 48 % / 6 %
Riippuvuus rauhoittavista lääkkeistä	23	3	Sakkovangeilla 32 % / 2 %; Miesvangeilla** 27 % / 3 %
Hallusinogeeniriippuvuus	4	-	Sakkovangeilla 9 %
Liutinaineriippuvuus	3	-	-

** Miesvangit tarkoittaa tässä määräaikaista, ehdotonta vankeusrangaistusta suorittavia miesvankeja, jotka eivät ole elinkautis-, sakko- tai yhdyskuntarangaistusvankeja.

Lähde: Rikosseuraamuslaitos 2011

Tutkimuksen mukaan vangit ja muut rangaistusta suorittavat ovat sairaampia kuin 20 vuotta sitten, jolloin edellinen vastaava kartoitus tehtiin. Tuomittujen päihdeongelmat ovat yleistyneet rajusti: jokin elämän aikainen päihderiippuvuus on 84 prosentilla miesvangeista, sakkovangeista lähes kaikilla. Kahdella kolmasosalla oli alkoholiriippuvuus ja kahdella viidesosalla amfetamiiniriippuvuus. Amfetamiiniriippuvuus oli yleistä kaikissa vankiryhmissä. Lähes puolet (40–48 %) miesvangeista, sakkovangeista ja naisvangeista oli joskus kärsinyt amfetamiiniriippuvuudesta ja elinkautisvangeista 29 %. Tutkimushetkellä 6 % vangeista oli amfetamiiniriippuvaisia. Miesvangeista elämänaikainen opioidiriippuvuus oli ollut 27 prosentilla. (Joukamaa 2010.)

Vuonna 2009 julkaistussa Kivimäen ja Linderborgin (2009) lyhytaikaisvankeja koskeva tutkimuksesta selviää, että lyhytaikaisvangeilla esiintyy runsasta päihteiden käyttöä. Yhdeksän vankia kymmenestä ilmoitti, että päihteiden käytöllä on ollut vaikutusta heidän rikollisiin tekoihinsa. Yli puolet oli tehnyt rikoksia saadakseen päihteitä. Tutkimuksessa

selviteltiin myös päihdehoidon saatavuutta vankiloissa. Vangit eivät nähneet hoitoa ja kuntoutusta etujensa vastaisena kontrollina. Tutkimuksen tulokset tukivat nykyistä kriminaalipoliittista pyrkimystä lisätä hoidollisia ja kuntouttavia toimintamuotoja vankeusajana.

11.2. Rikosseuraamusalan terveydenhuoltoyksikön osallistuminen päihdetyöhön

Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö vastaa tutkinta- ja vankeusvankien terveydenhuollosta vankeuden aikana. Oikeusministeriön hallinnonalalla selvitetään parhaillaan vankiloiden terveydenhuollon siirtämistä yleiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Vankiloissa sekä kahdessa vankisairaalassa työskentelee lähes 200 terveydenhuollon ammattilaista.

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

Tartuntatautien vastustamistyö vankiloissa on tartuntatautilain mukaan valtion velvollisuus. Terveydenhuoltohenkilökunnan tehtäviin kuuluu huolehtia siitä, että vangit saavat tarvittavia ohjeita erityisesti veri- ja seksiteitse tarttuvilta taudeilta suojautumiseksi ja mahdollisen leviämisen ehkäisemiseksi. Tartuntatauteja torjutaan vankiloissa terveyskasvatuksella ja varmistamalla suojautumismahdollisuudet. Jokaiselle vangille jaettavassa hygieniapakkauksessa on ohjeet kondomin käytöstä sekä pistosvälineiden puhdistamisesta ja hävittämisestä, samoin kuin henkilökohtaiset desinfektio- ja puhdistusvälineet.

Suomalaisissa vankiloissa ei jaeta tai vaihdeta neuloja ruiskuhuumeiden käyttäjille. Vankilan poliklinikalta on mahdollisuus saada ruiskuhuumeiden käyttövälineiden puhdistamiseen soveltuvaa desifointiainetta ja kondomeja. Desifioimisainetta tulisi olla myös saatavilla vankilan yleisissä tiloissa anonymisti. Käytännössä vangit eivät kuitenkaan käytä vankilan osastolla olevaa desifointipistettä käyttövälineiden puhdistusta varten, koska ajattelevat henkilökunnan seuraavan sitä (ks. esim. Perälä 2011). Vangeille suositellaan A-, B- ja C-hepatiittitutkimuksia sekä tarvittaessa rokotuksia. Tartuntatautilannetta seurataan huolellisesti yhdessä ulkopuolisten tahojen kanssa, ja mikäli arvioidaan riski tartunnan leviämiseksi neulojen ja ruiskujen yhteiskäytön kanssa, niin tällöin pyritään reagoimaan tilanteeseen nopeasti infektioiden leviämisen ehkäisemiseksi.

Taulukko 16. Vankilassa tehtyjen hepatiitti- ja hiv-testien määrä ja positiiviset testitulokset (kpl) vuonna 2010.

Testi	Tehtyjen testien lukumäärä (kpl)	Positiiviset testitulokset (kpl)
S-HBsAg	394	4
S-HCVAb	578	133
A-HIV	1 045	2

Lähde: Rikosseuraamusvirasto 2011

Lähes puolella (42 %) vangeista on C-hepatiittitartunta. Hepatiitti A oli 9 % ja hepatiitti B 8 % vangeista. Hiv-tartunta oli 1,0 % prosentilla vangeista. (Joukamaa 2010). Tehtyjen Hepatiitti- ja hiv-testien määrä on pysynyt samana suhteutettuna vankimäärään nähden, myös positiivisten testitulosten määrä on pysynyt vakaana.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (33/2008) mukaista opioidiriippuvaisten korvaushoitoa saadaan aloittaa sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittanut opioideista. Opioidiriippuvaisen hoidon tarve voidaan voimassa olevan asetuksen (33/2008) mukaan arvioida ja aloittaa Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä. Terveydenhuoltoyksikkö ei ole kuitenkaan tehnyt arviointeja eikä aloituksia, mutta jo siviilissä aloitettuja korvaushoitoja hoitoja on jatkettu. Vuonna 2010 vankiloissa oli korvaushoidossa vajaa 50 vankia päivittäin.

11.3. Vankeusrangaistuksen aikainen huume kuntoutus ja päihdevalvonta

Arviointikeskuksessa vangille laaditaan rangaistusajan suunnitelma, johon kirjataan ne tekijät, joiden eteen tulisi vankeusaikana työskennellä. Arviointikeskus arvioi rangaistusajan suunnitelmaa laatiessaan vangin päihdekuntoutuksen tarpeen ja päihdeongelman vakavuuden ja ottaa ne huomioon sijoituspäätöstä tehtäessä. Noin joka neljännelle, pääasiassa yli kuuden kuukauden rangaistusta suorittavalle, tehdään rangaistusajan suunnitelma henkilökohtaiseen haastatteluun pohjaavan riski- ja tarvearvion perusteella.

Riski- ja tarvearviossa kysytään vangilta huumeiden käytöstä ennen vankeusrangaistuksen alkamista. Vuonna 2010 pistetytjää riski- ja tarvearvioita tehtiin vain 554. Riski- ja tarvearviointien määrän putoamiseen on vaikuttanut muun muassa se, että arviointiprosessia ollaan parhaillaan uudistamassa.

Taulukko 17. Tehdyt riski- ja tarvearviot ja niissä esiin tullut huumeiden käyttöhistoria 2008–2010.

	2008	2009	2010
Riski- ja tarvearvioiden määrä (kpl)	902	708	554
Huumeiden käyttöhistoria riski – ja tarvearvioissa (%)	73,3	72,6	61,6

Lähde: Rikosseuraamusvirasto 2011

Vankiloiden päihdekuntoutus käsittää päihdekuntoutuksen tarpeen arvioinnin, neuvonnan päihdekuntoutuksen mahdollisuudesta, motivoinnin päihdekuntoutukseen, retkahdushoidon, intensiteetiltään eri syvyiset ryhmämuotoiset päihdekuntoutusohjelmat, yksilötyön, sijoittumismahdollisuuden ulkopuoliseen päihdehoitolaitokseen, valmentautumisen vapautteen ja verkostotyön vapauden aikaisiin palveluihin. Erilaista päihdekuntoutusta on tarjolla lähes kaikissa suljetuissa vankiloissa. Osa avolaitoksista on keskittynyt erityisesti päihdekuntoutuksen järjestämiseen. Päihdekuntoutukseen osallistuu pääasiassa vankilan kuntouttava henkilöstö kuten psykologit, ohjaajat ja sosiaalityöntekijät. Vankiloissa on tällä hetkellä noin 50 ohjaajaa, jotka on ensisijassa palkattu päihdetyön tehtäviin. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen henkilöstö ei juurikaan rajallisten resurssien vuoksi osallistu vankien päihdekuntoutukseen.

Vankiloissa käytössä olevat motivointi- ja vaikuttavuusohjelmat hyväksytään aina akkreditointimenettelyssä. Ensisijaisesti pyritään suosimaan kansainvälisiä ohjelmia, joista on tutkimusnäyttöä. Ryhmämuotoisen ohjelmatoiminnan lisäksi käytetään yksilökeskusteluja niiden vankien kanssa, jotka eivät sovellu ryhmämuotoiseen toimintaan, jolloin heille tarjotaan mahdollisuus ajanvarauksella keskustella päihteiden käyttöön liittyvistä asioista. Yksilökeskustelut ovat usein myös osa monien ryhmämuotoisten päihdeohjelmien jatkohoitoa. Vankilassa kokoontuvat vertaisryhmät (NA- ja AA-ryhmät) sekä KRIS-Suomi ovat tärkeä osa päihteettömyyden tukemisessa.

Vankitietojärjestelmästä saatujen tietojen mukaan akkreditoitun tai hyvänä käytäntönä hyväksytyyn päihdekuntoutusohjelman vankiloissa aloitti 340 vankia vuonna 2010. Vankiloissa ei ole käytössä yhtään varsinaista päihdekuntoutusohjelmaa, joka olisi suunnattu selkeästi vain huumeiden käyttäjille.

Taulukko 18. Vankiloiden kuntoutusohjelmiin osallistuneiden määrät 2008–2010

	2008	2009	2010
Akkreditoituun päihdekuntoutusohjelmaan osallistuneet	636	444	440
Akkreditoituun uusintarikollisuuteen vaikuttavaan toimintaan osallistuneet	262	288	313
Muuhun sosiaaliseen kuntoutukseen osallistuneet (sisältää myös ei akkreditoituit päihdekuntoutusohjelmat)	937	528	611
Yhteensä	1 835	1 260	1 264

Vuoden 2008 jälkeen kuntoutukseen osallistuneiden kokonaismäärä on laskenut muun muassa kirjaamiskäytäntöjen vuoksi, sillä vuoden 2008 jälkeen ei enää kirjattu lyhyitä alle neljän tunnin pituisia päihdeinformaatioita kuntoutukseen. Myös vankeinhoitolaitoksen omia akkreditoituja päihdekuntoutusohjelmia on toteutettu resurssipulan vuoksi entistä vähemmän. Huomioitava on, että päihdeongelmaiset vangit hyötyvät usein myös muista uusintarikollisuuteen vaikuttavista ohjelmista ja työmuodoista, jotka sisältävät päihdeetöntä elämäntapaa tukevia elementtejä, vaikka eivät varsinaista päihdekuntoutusta olekaan. Rajanveto varsinaisen päihdekuntoutuksen ja muun kuntoutuksen välille on vaikea vetää, sillä sisällöllisesti nämä saattavat olla hyvin lähellä toisiaan.⁹⁶

Kuntoutuminen vankilassa on tuloksekkainta silloin, kun se kytketään muihin yhteiskunnassa selviytymistä tukeviin toimiin. Siksi esimerkiksi vangin osallistuminen vankitoimintoihin pyritään järjestämään siten, että opiskelu, työ ja vapaa-ajanharrastukset muodostavat integroidun päiväjärjestyksen tai jatkumon päihdetyön kanssa. Vankilajan irrallisuuden sijasta on välttämätöntä korostaa yhteyksien säilyttämistä ulospäin ja vankilan ulkopuolella olevien palvelujen saavutettavuutta myös vankilassaoloaikana.

Suomessa tehtiin joulukuussa 2010 vankilaelämän laatuksely neljässä vankilassa, jossa muun muassa kysyttiin vankien päihdeiden käytöstä vankila-aikana.

⁹⁶ Vankiloissa käytetään muun muassa motivoivaan haastatteluun perustuvaa ruotsalaista Viisi keskustelua muutoksesta ohjelmaa, jossa suurimmalla osalla vangeista on muutoskohteena päihdeiden käyttö. Ohjelma on kuitenkin yleisohjelma ja se luokitellaan uusintarikollisuuteen vaikuttavaksi ohjelmaksi, eikä siten näy päihdekuntoutusta kuvaavassa tilastoinnissa.

Taulukko 19. Vangeille tehty kysely vankila-aikaisesta päihteiden käytöstä

Oletko tähän vankilaan tultuasi...	Avovankila/ avo-osasto	Suljettu vankila	Yhteensä
aloittanut päihteiden käytön	1	1	2
lopettanut päihteiden käytön	73	67	140
siirtynyt miedompiin aineisiin	1	0	1
jatkanut päihteiden käyttöä entiseen tapaan	3	7	10
Ennen tähän vankilaan tuloa ei ollut päihteiden käyttöä	80	19	99
Yhteensä	158	94	252

Lähde: Rikosseuraamusvirasto 2011

Kyselyyn vastanneiden vankien mukaan päihteiden käyttö oli hyvin harvinaista vankisaikana. Yli puolet (55,6 %) vangeista sanoi, että mikäli he ennen vankilaan tuloa olivat käyttäneet päihteitä, niin vankilassaoloaikana se loppui kokonaan, tai että he eivät olleet käyttäneet päihteitä ennen vankilaan tuloa (39,3 %). Huomioitava on, että kyselyssä kysyttiin juuri nimenomaisen vankilan tilanteesta. Läheskään kaikki vangit eivät tulleet siviilistä vaan mahdollisesti tutkintavankeudesta tai heidät oli siirretty kyseiseen vankilaan jostain toisesta vankilassa, joissa he eivät olleet käyttäneet päihteitä. Perälän (2011) mukaan osa vankilaan lähtijöistä lopettaa kaupankäynnin ja huumeiden käytön ainakin tuomion ajaksi.

Päihdevalvonta tarkoittaa päihteettömyyden valvontaa ja päihderikollisuuden estämistä vankilassa ja siitä vastaa pääasiassa vankilan valvontahenkilöstö. Vankiloissa tehdään päihdetestejä, erityistarkastuksia ja moneen vankilaan on sijoitettu huumekoira, joita vuoden 2010 lopussa vankiloissa oli yhteensä 23. Koiran käytön pääasiallinen tarkoitus on pitää huumeet vankilan muurien ulkopuolella ja löytää vankiloihin sisälle tuodut huumeaineet.

Suljetuissa vankiloissa osastointi mahdollistaa, että osa ohjelmatoiminnoissa mukana olevista vangeista asuu sopimusosastolla, jossa he sitoutuvat päihteettömyyteen. Kokonaisuutena sopimusosastoja on varsin vähän, tällä hetkellä noin 20. Joissain vankiloissa ei ole yhtään sopimusosastoa, vaikka seurantatietojen mukaan ongelmia ja merkintöjä kurinpitotilastoihin tulee sitä vähemmän, mitä enemmän vankilassa on päihteettömiä paikkoja (Junninen 2008).

Vankia ei voi testata ilman mitään erityistä syytä. Vanki voidaan testata, jos on syytä epäillä, että vanki on alkoholin, muun päihdyttävän aineen tai dopingaineen vaikutuksen alainen. Tällöin vanki voidaan velvoittaa osallistumaan puhalluskokeeseen tai antamaan virtsa- tai sylkinäyte.

Valvomattoman tapaamisen, sopimusosastolle sijoittamisen, poistumisluvan, opintoluvan ja siviilityöluvan, ulkopuolista valvottua toimintaa koskevan luvan sekä avolaitok-

seen sijoittamisen sekä ulkopuoliseen laitokseen sijoituksen ehdoiksi voidaan asettaa, että vanki pyydettyä antaa virtsa tai sylkinäytteen tai suoritetaan puhalluskoe.

Lähtökohta on, että positiivisesta testituloksesta seuraa erilaisten lupien epäminen ja vanki tavallisesti menettää avolaitospaikkansa tai hänen koevapautensa peruutetaan. Mikäli vanki jää tavallisella osastolla kiinni päihdeiden käytöstä, hän saa tavallisesti kurin-pitorangaistuksen. Jos taas vanki antaa positiivisen näytteen osallistuessaan kuntoutus-ohjelmaan, hänet siirretään kuntoutusohjelmasta pois ja päihdeiden käyttöä käsitellään retkahdustapahtumana, jonka jälkeen vangin on mahdollista palata kuntoutukseen.

Vankitietojärjestelmään dokumentoidaan kattavasti päihdetestien tulokset. Tämän vuoksi huumeitestejä voidaan pitää ensisijaisena tietolähteenä kuvattaessa vankien päihdeiden käyttöä vankeusaikana. Vuoden 2010 aikana huumeitestejä virtsasta tehtiin lähes reilut 19 500 kpl. Näistä vajaat 1 500 lähetettiin laboratorioon varmistus- ja lisäseulontatestiin, missä varmistettiin 727 löydöstä. Yleisimmät päihdetestissä löydetty aineet olivat bentsodiatsepiini, buprenorfiini ja amfetamiini.

Taulukko 20. Otetut virtsa- ja sylkitestit

Testit	2008	2009	2010
Otetut virtsatestit	20 540	20 446	19 446
Testi lähetetty varmistukseen	1 207	1 732	1 495
Testi varmistuksen jälkeen positiivinen	539	619	727
Otetut sylkitestit	72	427	1 107
Sylkitesti lähetetty varmistukseen	-	-	1 073
Sylkitesti varmistuksen jälkeen positiivinen	-	-	7

Lähde: Rikosseuraamusvirasto 2011

Obstbaumin, Tynin ja Rynnäsén (2009) artikkelissa on kuvattu päihdetesteistä saatuja tuloksia vuonna 2008 vankitietojärjestelmästä kerättyjen tietojen perusteella. Tällöin vankiloissa oli päihdetestejä tehty yhteensä 24 951. Eniten vankeja oli testattu avolaitoksissa ja erilaisten lupien yhteydessä, erilaisten kuntoutusohjelmien yhteydessä, sitoumusosastoilla sekä niiden vankien joukossa, jotka ovat antaneet kirjallisen sitoumuksen siitä, että heitä saa testata. Näiden ryhmien keskuudessa positiiviset testitulokset olivat prosentuaalisesti hyvin harvinaisia. Tämä osoittaa sen, että silloin kun vangit ovat sitoutuneet olemaan käyttämättä päihdeitä, he eivät myöskään käytä tai sitten he eivät jostain syystä jää kiinni

testeissä. Positiivisia testituloksia oli saatu eniten niiden vankien joukosta, joilta testi oli otettu päihtymistilaa epäiltäessä.

Perälän (2011) mukaan betsodiatsepiinipohjaiset lääkkeet ovat säilyttäneet suosionsa vankilamarkkinoilla vuosien saatossa. Buprenorfinin suosioon on vaikuttanut muun muassa se, että se mahtuu pieneen tilaan ja huumekoiran on vaikea haistaa sitä hyvin pakattuna. Sillä on myös vankilamarkkinoiden paras tuotto ja se ei näy huumeesteissä kovinkaan pitkään. Amfetamiini on vankiloiden toiseksi suosituin huumeaine. Buprenorfinin tavoin se vie kuljettaessa vähän tilaa, eikä sekään näy kovin pitkään huumeesteissä. Se ei kuitenkaan tuota yhtä hyvää voittoa kuin buprenorfinin ja huumekoira haistaa sen helpommin. (Perälä 2011.)

Vankiloissa löytyy satunnaisesti virtsatesteissä kannabiksen käyttöä kuvaavia testituloksia. Tällöin kannabista on useimmiten käytetty vankilan ulkopuolella, sillä se näkyy testissä pitkään. Hasista kuitenkin käytetään vankiloissa jonkin verran edelleen, vaikka se tuoksunsa takia on sekä henkilökunnalle, että huumekoiralle helppo havaita. Se vie paljon tilaa salakuljetuksessa eikä ole rahallisesti kannattava aine. (Perälä 2011.)

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

Kurinpitorangeistuksia, joiden syynä on itsensä päihdyttäminen, esiintyy vuosittain hieman alle 500. Määrä on pysynyt samalla tasolla viime vuosien aikana. Vakavista rikokuksista, joista tyypillisimpiä ovat huumeaineriokokset, karkaamiset ja väkivaltariokokset, tehdään rikosilmoitus poliisille.

Päihteen välittämiseen ja muuhun päihderikollisuuteen vankilassa syyllistyneet vangit sijoitetaan tarvittaessa häiriöiden estämiseksi erilleen muista vangeista. Heidänkin osaltaan pyritään vaikuttamaan siihen, että päihderikollinen toiminta saadaan loppumaan ja päihteen elämäntapa vahvistuu. Vankilan ja poliisin paikallisessa yhteistyösopimuksessa määritellään tehdyn huumeilöydöksen seuraamusmenettely, käsitelläänkö se kurinpitoasiana vankilassa vai siirretäänkö se poliisin tutkittavaksi.

Taulukko 21. Vankiloista löydetyt huumausaineet vuosina 2010–2008

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

Lähde: Rikosseuraamusvirasto 2011

Vuonna 2010 vankiloissa takavarikoitiin vähemmän huumausaineita kuin edellisinä vuosina. Vuoden 2010 aikana takavarikoitu kannabis-, amfetamiini- ja heroini määrä oli yhteensä vajaat 200 grammaa, kun se vuosina 2003–2005 oli noin 600 g vuosittain. Yleisen laskusuunnan voidaan arvioida johtuvan tiukentuneesta valvonnasta (mm. huumekeittoiminnan vakiintuminen), päihdeettömien osastojen lisääntymisestä ja niiden päihdetestauksista. Näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta kiinnijäämisriski on kasvanut. Avolaitospaikan menettäminen on myös tehokas, ennalta estävä seuraamus kiinnijäämisestä.

Vankiloissa liikkuu paljon tunnistamattomia tabletteja, johon esimerkiksi hormonien maahantuonti voi olla yksi syy. Näitä tunnistamattomia aineita haltuunsa saava henkilö ei välttämättä tiedä, mitä ne sisältävät. (Perälä 2011.)

11.4. Palvelujen laatu

Rikosseuraamuslaitoksen keskushallintoyksikkö vastaa tulosohjauksen, tarkastustoiminnan sekä ulkopuolisten auditointien avulla päihdetyöhön liittyvien tavoitteiden toteutumisen seurannasta. Päihdetyön laadunhallinnassa keskeinen toimija on Rikosseuraamuslaitoksen tarkastusyksikkö, joka seuraa päihdetyön toteutumista lainsäädännön edellyttämällä tavalla mm. rangaistusajan suunnitelmiin kirjattujen tavoitteiden osalta. Lisäksi päihdetyön ohjauksen tukena käytetään tarkastustoiminnan, laadunhallinnan ja arvioinnin ja tietojärjestelmien avulla tehtävän seurannan lisäksi erillisselvityksiä ja tutkimustietoa.

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä. Rikosseuraamuslaitos ei ole kuntoutuslainsäädännön tarkoittama kuntoutusorganisaatio, eikä vankilan ensisijainen tehtävä ole kuntouttaminen vaan rangaistusten täytäntöönpano. Suomen vankeuslainsäädännössä korostuvat uusintarikollisuuteen vaikuttaminen ja vankien valmiuksien lisääminen rikoksettomaan elämäntapaan. Koska päihdeongelma on keskeinen yksittäinen rikollista elämäntapaa ylläpitävä tekijä, vankeusaika on hyvä paikka pysähtyä miettiä muutosta päihteiden käytön suhteen.

Vankiloissa on kehitetty erilaisia päihdetyön ohjelmia vankilassa oleville ja sieltä vapautuville päihteiden käyttäjille yhteistyössä alan keskeisten järjestöjen. Jatkossa pyritään entistä enemmän keskittymään omana toimintana sellaisiin työmuotoihin, joissa tarvitaan erityisosaamista rikollisesta käyttäytymisestä. Päihdekuntoutus, jossa ei tarvita erityistä rikosseuraamusasiakkaan tuntemusta, voidaan ostaa sieltä missä asiantuntemusta on eli vankilan ulkopuolisilta päihdepalvelujen tuottajilta. Päihdekuntoutuksessa pyritään käyttämään sellaisia työmuotoja, jotka ovat vaikuttavia, laadukkaita ja kohtalaisen kattavia. Näitä erityisesti vankilan ulkopuolella olevia työmuotoja pyritään viemään vankiloihin nykyistä enemmän, sillä varsinkin nykyisessä taloustilanteessa rinnakkaisen järjestelmän ylläpitäminen ei ole tarkoituksenmukaista. Jatkossa myös ostopalvelujen laatuun kiinnitetään erityistä huomiota.

Rikosseuraamuslaitoksen omien päihdekuntoutusohjelmien laatuun on pyritty kiinnittämään erityisesti huomiota. Kaikki rikosseuraamusalalla käytettävät motivointi- ja vaikuttavuusohjelmat hyväksytään aina akkreditointimenettelyssä ennen niiden laajamittaista käyttöönottoa. Lisäksi käytettäviin ohjelmiin on pyritty luomaan yksilökohtaiset laatustandardit.

Terveydenhuoltoyksikön perustamiseen 1.10.2006 liittyvät rakenteelliset ratkaisut ovat jossain määrin vaikeuttaneet yhteistyötä sen ja vankilahenkilöstön välillä. Oikeusministeriön hallinnonalalla selvitetään parhaillaan vankiloiden terveydenhuollon siirtämistä yleiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Rikosseuraamuslaitoksessa ollaan parhaillaan

kehittämässä asiakasarvioinnin menettelyjä ja siinä käytettäviä välineitä. Asiakasarviointi tulee olemaan seuraamuksen mittaisen prosessi ja asiakasarvioinnin kokonaisuuteen kuuluvat asiantuntijalausunnat, tuomittujen alkuarviot, seuraamusten aikaiset väliarviot sekä loppuarviot seuraamuksen päättyessä.

11.5. Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen

Erilaisiin kuntoutusohjelmiin vankiloissa osallistui 1 260 vankia vuonna 2009 (v. 2008: 1 835). Päihdekuntoutusohjelmiin osallistui 444 vankia, uusintarikollisuutta vähentävii toimintaohjelmiin 288 vankia ja muuhun sosiaaliseen kuntoutukseen 528 vankia. Vuonna 2009 perustetun ohjelmatoiminnan ohjausryhmän tehtävänä on tarkastaa vankiloiden sosiaalisen kuntoutuksen sisältöä. (Rikosseuraamusvirasto 2010a.)

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 päihdeettömyyteen ja yhteydenpitovelvollisuuteen. Vuonna 2008 valvotussa koevapaudessa oli päivittäin keskimäärin 50 vankia. Kokemusten mukaan koevapaus on hyvä keino vähentää vankilasta vapautumiseen liittyviä riskitekijöitä, kuten retkahtamista päihdeiden käyttöön ja siitä usein alkavaa rikoskierteen uusimista. (Mohell 2009.) Sähköisesti valvottavaa valvontarangaistusta koskeva laki (330/2011) tuli voimaan 1.11.2011. Valvontarangaistukseen tuomitun on noudatettava hänelle määrättyä päiväohjelmaa ja liikkumisvapauden rajoituksia. Tuomittu on velvollinen pysyttelemään asunnossaan aina, kun hänellä ei ole ennalta määriteltyä perustetta poistua asunnosta. Häneltä edellytetään myös ehdotonta päihdeettömyyttä, jota valvotaan päihdeettömyydestein.

Kriminaalihuollon tukisäätiöllä on parhaillaan käynnissä Vapautuvien asumisen tuki (VAT) 2009–2011 -hanke. Päämääränä on vähentää vankilasta vapautuvien ja kriminaalihuollon asiakkaiden asunnottomuutta sekä valtakunnallisesti että erityisesti pääkaupunkiseudulla. Sitä kautta vähennetään myös uusintarikollisuutta sekä kalliiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. Kriminaalihuollon tukisäätiön Osaava ohjaus 2010–2013 on projekti, jonka tavoitteena on luoda moniammatillinen yhteistyö- ja osaamisvaihtomalli, mikä pyrkii saavuttamaan syrjäytymisvaarassa olevia aikuisia. Lisäksi projekti tarjoaa koulutusta ammattilaisille. Projekti on ESR-rahoitteinen ja se toteutetaan yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. (KRITS 2011).

Etelä-Suomen aluevankilan ja Helsingin sosiaaliviraston yhteistyönä on vuodesta 1999 järjestetty päihdeongelmaisten vankien kuntouttavaa vankityötä (Kuva), joka alkaa avovankilaan siirryttäessä ja jatkuu samojen toimijoiden kanssa kuin vankeusaikanakin. Ohjelmaan valitut vangit osallistuvat kaupungin työhönkuntoutukseen ja A-klinikoiden päihdehoidon terapeuttiseen avokuntoutukseen. Taloudellisten asioiden ja velkojen selvit-

tely on mahdollista ulosottoimen ja velkaneuvonnan kanssa. Lisäksi vangit osallistuvat vertaistukiryhmien kokouksiin. Tavoitteena on, että vangit jo avovankilassa tottuvat säännölliseen työntekoon ja että heidän työllistymisensä välittömästi vapauttamisen jälkeen jatkuu samassa työympäristössä. Valtaosa osallistujista on vailla vakinaista asuntoa, ja he ovat kunnallisen asunnottomien sosiaalipalvelun asiakkaina. Vuoden 2010 loppuun kuntoutukseen on otettu 121 vankia. Näistä seitsemän oli aloittanut toistamiseen kuntouttavassa vankilatyössä. Runsaat puolet on vapautunut Kuvassa. (KRITS 2011.)

11.6. Keskustelu, metodologiset rajoitukset ja tietoaukot

Huumeaineiden käyttäjien määrää vankiloissa ei tiedetä tarkasti, mutta kuten Perälä (2011) toteaa, vankiloiden huumemarkkinat ovat siviilin puolella toimiviin huume-markkinoihin verrattuna pienet. Keskeistä huumetilanteen seurannan kannalta on luotettava tilastointijärjestelmä, joka antaa tietoa päihdetyöhön liittyvistä määrällisistä tunnusluvuista kuten päihdekuntoutukseen osallistujista, päihteiden käyttöön liittyvien tartuntatautien esiintyvyydestä, päihteiden käytön esiintyvyydestä toimeenpanon aikana, ostopalveluiden kustannuksista sekä rangaistusajan suunnitelmien päihdekuntoutuksen tavoitteiden toteutumisesta. Tiedot saadaan käytössä olevan tietojärjestelmien avulla. Päätöksentekoa tukeva tilastointijärjestelmä edellyttää käytännön toimijoilta aktiivista ja ohjeidenmukaista kirjauskäytäntöä.

Tutkimus- ja tilastotietoa tietoa suoritetuista huumevieroituksista ja haittoja vähentävistä toimenpiteistä vankeusaikana ei ole riittävästi saatavilla. Vapauttamisvaiheen jälkeisistä välittömistä yliannostustilanteista ei ole tietoa. Päihdetestausjärjestelmä ei ole aukoton, sillä vankia voidaan testata vain käyttöä epäiltäessä tai tiettyjen lupa-asioihin liittyen. Päihtymystä on toisinaan hyvin vaikea kliinisesti havaita. Vankeusaikana varsin pieni joukko vangeista osallistuu vankiloiden ryhmämuotoisiin päihdekuntoutusohjelmiin.

Suomessa on 28 vankilaa, jotka ovat kooltaan, toimintakulttuuriltaan, rakenteiltaan ja perinteiltään varsin erilaisia. Jossain laitoksissa vankila-aikaista huumeiden käyttöä kuvaavia indikaattoreita ei tule esiin juuri lainkaan, jossain taas vankila-aikaisen käytön kuvataan vankikyselyjen, takavarikoiden ja huumetestitulosten perusteella olevan melko tavallista. Huumeiden käyttöön liittyy vankiloiden kaltaisissa suljetuissa paikoissa muiden haittojen lisäksi velkojen perimistä ja huumerikokseen pakottamista, jonka vuoksi monet vangit haluavat viettää rangaistusajansa kokonaan muista vangeista eristyksessä. Siksi päihdevalvontaan tullaan kiinnittämään tulevaisuudessa entistä enemmän huomiota.

12. Alaikäisten lasten vanhempien ja raskaana olevien naisten huumausaineiden ongelmakäyttö

12.1. Ongelman laajuus

Tässä luvussa tarkastellaan ala-ikäisten lasten vanhempien ja raskaana olevien naisten huumausaineiden ongelmakäyttöä. Ilmiön laajuutta ja luonnetta on Suomessa tutkittu hyvin vähän. Raskaudenaikaisten huumeidenkäytön vaikutuksia sekä hoitoa on tutkittu enemmän, mutta alaikäisten lasten vanhempien huumeongelmien laajuudesta, luonteesta ja hoidosta on erittäin vähän tutkimustietoa.

Ei ole olemassa tutkimustietoa tai luotettavaa arviota siitä, kuinka suurella osalla kaikista huumeiden ongelmakäyttäjistä on alaikäisiä lapsia, mutta päihdehuollon asiakkaiden kohdalla asiaa on tarkasteltu. Yli kolmanneksella huumeiden käytön vuoksi päihdehoitoon vuonna 2010 hakeutuneista asiakkaista (35 %) oli alle 18-vuotiaita lapsia, mutta heistä vain yhdellä kolmesta lapset asuivat samassa taloudessa (Väänänen 2011).

Raskaana olevien naisten alkoholi-, huume- ja lääkeaineisiin liittyvän ongelmakäytön laajuutta arvioitaessa eri päihhteet on yleensä niputettu yhteen eli pelkästään huumeongelmia koskevia lukuja ei ole saatavilla. Pajulon ym. (2001) kyselytutkimuksessa 6 % Varsinais-Suomen alueella raskaana olleista naisista luokiteltiin päihhteiden (alkoholi, huumeet, lääkeaineet) riskikäyttäjiksi. Tutkimuksessa käytettiin SASSI-kysymyspatteristoa (Substance Abuse Screening Inventory) ja vastaukset annettiin nimettömänä. Pajulon tutkimuksessa kuitenkin mitattiin riskikäyttöä myös raskautta edeltävänä aikana eli osa Pajulon vastaajista lienee vähentänyt käyttöönsä tai lopettanut sen kokonaan raskaaksi tultuaan (Mäkelä 2009). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella seurattiin erityisillä päihdeongelmallisille naisille tarkoitetuilla äitiyspoliklinikoilla vuosien 1992 ja 2001 välisenä aikana yhteensä 526 naista, jotka oli lähetetty äitiysneuvolasta erityisseurantaan äitiyspoliklinikalle päihhteiden (alkoholi, huumeet, lääkeaineet) käytön vuoksi. Tämä erityisseurantaan lähetetty ryhmä edusti 0,4 prosenttia saman alueen kaikista raskaana olevista naisista (Sarkola ym. 2007).

12.2. Poliittinen ja lainsäädännöllinen toimintaympäristö

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa päihhteiden ongelmakäyttäjälle, hänen perheelleen ja muille läheisille ja palveluja on annettava asiakkaan avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Toiminnassa on otettava huomioon ensisijaisesti päihhteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. Päihdehuoltolain 11 § mahdollistaa tahdosta riippumattoman hoidon terveysvaaran perusteella, mutta tätä sovelletaan käytännössä erittäin vähän. Päihdeongelmaisiin käytetään kuitenkin

runsaasti tahdosta riippumattomia keinoja mielenterveyslain (1116/1990) perusteella.

Lastensuojelulaki (417/2007) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittavat lapsen huomioon ottamiseen aikuisille suunnatuissa palveluissa mukaan lukien päihdepalveluissa. Terveydenhuoltolaissa todetaan myös, että terveydenhuollon viranomaisten on järjestettävä välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten ja syntyvien lasten erityiseksi suojelemiseksi. Palvelut on järjestettävä yhteistyössä sosiaalihuollon viranomaisten kanssa.

Vuoden 2010 maaliskuussa tuli voimaan lastensuojelulain muutos, joka sisältää säännöksen ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisestä (25 c §). Ennakollinen lastensuojeluilmoitus on tehtävä tilanteissa, joissa on perusteltua syytä epäillä, että syntävä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tulee siis tehdä tilanteissa, joissa ilmoittajalla on varmaa tietoa esimerkiksi tulevan äidin tai isän päihdeongelmasta, vakavasta mielen-terveyden häiriöstä tai vapausrangaistuksesta. Pelkkä päihdeidenkäytön epäily ei riitä ennakkollisen ilmoituksen tekemiseen. Ennakollisen lastensuojeluilmoituksen käytöstä ei ole vielä valtakunnallista tilastotietoa.

Asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) määrätään, että audit-lomake on otettava systemaattiseen käyttöön äitiys- ja lastenneuvoloissa kaikkien perheiden kanssa ja että laajoissa terveystarkastuksissa (4 kk, 18 kk ja 4 v) keskustellaan aina myös päihdeiden käytöstä ja käytetään audit-lomaketta. Asetuksen perusteluissa korostetaan myös, että huumeita ja huumaavia lääkkeitä käyttävien vanhempien tunnistamista ja auttamista on kehitettävä äitiys- ja lastenneuvolassa. Asetuksen mukaisesti perheelle on tehtävä hyvinvointisuunnitelma aina kun herää huoli päihdeiden käytöstä perheessä. Hyvinvointisuunnitelmassa on määriteltävä tavoitteet ja tukimuodot ja suunnitelman toteutumista on seurattava. Perheelle on määriteltävä vastuutyöntekijä koordinoimaan tukea.

Päihdepalvelujen laatusuosituksen (STM 2002) mukaan laadukkaaseen asiakastyön toteutukseen kuuluu se, että päihdeperheen lasten hoidon ja tuen tarve kartoitetaan poikkeuksetta. Samoin Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen laatimat alkoholi- ja huumeongelmien hoitoa koskevat käypä hoito -suositukset (Alkoholiongelmaisen hoito -suositus 2005, Huumeongelmaisen hoito -suositus 2006) nostavat esiin, sen, että perheen lasten hyvinvointi tulee ottaa huomioon kaikenlaisissa hoitotapahtumissa.

Vanhempien päihdeongelmat on yksi valtakunnallisen Mielenterveys- ja päihde-suunnitelman (STM 2009b) ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kolmesta painopistealueesta. Suunnitelman mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen yli sukupolvien tulisi tunnistaa ja sitä tulisi ehkäistä nykyistä paremmin. Esimerkiksi työntekijöiden olisi aina arvioitava lasten mahdollinen hoidon ja tuen tarve hoitaessaan aikuista mielenterveys- tai päihdeongelmaista, jolloin voitaisiin ehkäistä ja vähentää lasten ja nuorten alttiutta sairastua psyykkisesti tai ajautua päihdeiden ongelmakäyttöön.

Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamista pohtineen

työryhmän mietinnössä (STM 2009f) esitettiin, että raskaana oleville naisille on säädetty subjektiivinen oikeus päästä välittömästi päihdehoidon tarpeen arviointiin sekä sen edellyttämään päihdehoitoon: vapaaehtoiseen hoitoon hakeutumisen on oltava helppoa ja myös asianmukaisia päihdepalveluita oltava tarjolla. 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, jolloin raskaana oleva nainen voisi itse sitoutua hoitopaikkaan allekirjoittamalla hoitosopimuksen, joka on voimassa sovitun ajan, vaikka henkilö muuttaisi mielensä halustaan pysyä hoidossa.

Työryhmä ehdotti myös lakimuutosta, jonka mukaan mahdollistettaisiin tahdosta riippumaton hoito myös syntyvän lapsen terveysvaaran perusteella. Tällä hetkellä voimassa oleva laki (41/1986) mahdollistaa hoitoon määräämisen terveysvaaran perusteella viideksi vuorokaudeksi. Työryhmän näkemyksen mukaan tahdosta riippumatonta tätä hoitopaksoa tulisi pidentää 30 päivään ja mahdollistaa hoidon jatkaminen myös raskauden loppuun asti (STM 2009f).

Tahdonvastaista hoitoa ja suojaustoimenpiteitä koskevaa lainsäädäntöä valmistellaan vuonna 2011 osana laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeutta käsittelevää lainsäädäntötyötä. Lakiesitys viedään valmistelun jälkeen eduskunnan perustuslakivaliokunnan käsittelyyn. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten määrääminen tahdosta riippumattomaan hoitoon on perusoikeuksien kannalta ongelmallista, koska se loukkaa naisen perusoikeudellista itsemääräämisoikeutta. Toisaalta sikiöllä ei ole perusoikeussuojaa, sillä ihmisen perusoikeudet alkavat vasta tämän syntymästä.

12.3. Hoito

Suomalainen päihdepalvelujärjestelmä on monipuolinen, mutta pirstaleinen. Isommissa kunnissa on päihdepalveluja tarjoavia A-klinikoita tai yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdetyön palveluja tarjoavia yksiköitä sekä katkaisuhoidon ja päihdekuntoutusta tarjoavia yksiköitä ja omia ehkäisevän päihdetyön yksiköitä. Niissä tehdään sekä yksilö- että perhetyötä. Useat kuntien tai järjestöjen ylläpitämät päihdehuollon hoitopaikat tarjoavat nykyisin hoitopalveluita perheille, jolloin vanhemmilla on mahdollisuus mennä laitoshoitoon yhdessä lastensa kanssa.

Päihdeongelmallisille alaikäisten lasten vanhemmille sekä raskaana oleville naisille on tarjolla monenlaisia avo- ja laitoshuollon palveluita, mutta perheiden käyttämien hoitopaksojen lukumääristä, sisällöistä tai tuloksista ei ole olemassa systemaattista tietoa. Olemassa olevat tutkimukset koskevat naisia ja voittopuolisesti raskaana olevia naisia. Tutkimustieto alaikäisten lasten vanhempien päihdeongelmien hoidosta on vähäistä.

Suomalainen äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmä

Neuvolatyö on keskeinen osa kuntien vastuulla olevaa perusterveydenhuollon ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävää toimintaa, joka tavoittaa myös päihteiden käyttäjiä. Palvelut ovat perheille vapaaehtoisia ja maksuttomia. Yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa terveydenhoitaja ja lääkäri ovat yhteistyössä perheen kanssa äidin raskausajasta lapsen kouluikään asti. Ensimmäistä lasta odottavan tai ensimmäisen lapsen saaneen perheen luokse on järjestettävä vähintään yksi kotikäynti. Ainakin ensimmäistä lasta odottavalle perheelle on järjestettävä monialaisesti toteutettua perhevalmennusta, johon sisältyy vanhempainryhmätoimintaa.

Neuvolapalveluja käyttävät lähes kaikki lasta odottavat ja kasvattavat perheet. Äitiysneuvolapalveluja käyttämättömien osuus on 0,2–0,3 % ja lastenneuvoloiden arviolta noin 0,5 %. Neuvoloiden rooli on siis tärkeä myös päihteettömyyden tukemisessa, päihteiden käyttäjien tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa. Neuvoloille annetun ohjeistuksen mukaan päihteiden käytöstä raskauden aikana ja niiden vaikutuksesta sikiöön ja vastasyntyneeseen tulee keskustella kaikkien äitien ja mahdollisuuksien mukaan myös isien kanssa. Samoin tulee myös keskustella vanhempien päihteiden käytön vaikutuksista lapseen.

A-klinikoilta saadun tiedon mukaan ohjeistukset neuvoloissa ovat selvästi parantuneet, koska neuvoloista ohjautuu nykyään useammin asiakkaita myös A-klinikoille. Äitiysneuvoloista ohjataan asiakkaita myös äitiyspoliklinikoille ja neuvolat tekevät yhteistyötä äitiyspoliklinikoiden kanssa.

Esimerkkejä kuntien ja järjestöjen tarjoamista palveluista huumeita käyttäville raskaana oleville naisille ja pienten lasten perheille

Erikoissairaanhoidon HAL-poliklinikat, synnytys sairaalat ja sosiaalipediatria

Erikoissairaanhoidossa on äitiyspoliklinikoilla HAL-vastaanottoja (HAL = huume, alkoholi lääkeaineet), joille lähetetään äitiysneuvolasta päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset raskaudenajan seurantaan. Kyseessä on moniammatillinen hoitomalli, jossa tehostettuun lääketieteelliseen raskaudenseurantaan on yhdistetty psykososiaalisia lähestymistapoja. Raskaana olevien naisten hoitojärjestelmän kehittäminen on nähty yhteiskuntapoliittisesti tärkeäksi 1990-luvun puolivälistä lähtien, ja vastaavanlainen äitiyspoliklinikka-toiminta on laajentunut koko maahan vuosituhaten vaihteen jälkeen (Leppo 2008a). Arviolta kaksi kolmannesta näistä naisista tulee neuvolan lähettämänä ja yksi kolmasosa päihdehoitopaikoista tai muualta kuten esimerkiksi päivystyspoliklinikoilta. Kaikissa yliopistosairaaloissa on HAL-poliklinikat, joissa on vuositasolla hoidettu yhteensä noin 400 päihteitä käyttävää äitiä. Hoidon keskittäminen yliopistosairaaloihin on ollut perusteltua, koska pienemmissä synnytys sairaaloissa ja keskussairaaloissa potilaiden määrät ovat pieniä eikä tarvittavaa erityisosaamista ole.

Synnytyslääkäri seuraa HAL-poliklinikalla raskauden somaattista kulkua ja sikiön

vointia. Hoitotiimiin kuuluu kaikissa sairaaloissa useita työntekijöitä kuten psykiatrinen erikoissairaanhoitaja, kättilö, sosiaalityöntekijä, lastenlääkäri, psykologi. Eri asiantuntijoiden työn painotukset ja sisältö vaihtelevat eri klinikoilla, mutta kaikille on yhteistä moniammatillisuus ja verkostoituminen. Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen sosiaalinen tilanne kartoitetaan, äitiyttä tuetaan kaikin tavoin ja raskauden aikana pyritään motivoimaan äitiä päihdeettömyyteen. Päihdeettömyyteen ei läheskään aina päästä, mutta annosten pienentäminen ja päihdeiden käytön vähentäminen on myös tavoitteena.

Hal-poliklinikoiden toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen ja hyvään kontaktiin sekä hoitosuhteen rakentamiseen äidin ja työntekijöiden välillä. Toiminnan tavoitteena on raskauden mahdollisimman varhainen toteaminen, päihdeiden käyttöön liittyvien sikiöhaittojen tunnistaminen ja minimointi, raskaana olevan elämäntilanteen laaja-alainen kartoittaminen, päihdehaitoista kertominen ja päihdeettömyyteen motivoiminen sekä päihdejatkohoitopaikan etsiminen. Raskauden seurantaan sisältyvät toistuvat alkoholi- ja huumeeseulat sekä riskikäyttäytymiseen liittyvät laboratoriotestit kuten esimerkiksi hepatiitti B-, hepatiitti C- ja HIV-vasta-aineet. Jatkohoitoa tarvitsevat on pyritty ohjaamaan jatkohoitopaikkaan jo raskausaikana, jotta hoidon jatkuvuus lapsen synnyttyä toteutuisi mahdollisimman saumattomasti.

Opiaattiriippuvaisella raskaana olevalla naisella on mahdollisuus opiaattikorvaushoitoon raskauden perusteella sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaisesti. Korvaushoitoa on annettu Helsingissä HYKS:ssä synnytyssairaalan poliklinikalla. Toisissa sairaanhoitopiireissä se on toteutettu päihdeyksiköissä. Suomessa HYKS:ssä, KYS:ssä ja OYS:ssä raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten hoito on koordinoitu äitiyspoliklinikalla, TYKS:ssä ja TAYS:ssä päihdepsykiatrian osastolla.

Suomessa lähes kaikki synnyttävät sairaalassa. Synnytyssairaalat tavoittavat siis hyvin myös päihteitä käyttävät synnyttäjät. Esimerkiksi HYKS:in kolmessa synnytyssairaalassa on yhteensä noin 500 päihde-ehdoista lääkärikäyntiä vuodessa, joista valtaosa uusioikäntejä. HYKS:in kolmessa synnytyssairaalassa hoidetaan neljäsosa kaikista Suomen synnytyksistä eli noin 14 500 vuodessa. Vuonna 2009 synnytyssairaloissa hoidettiin 73 HAL-poliklinikan asiakkaiden synnytystä, joista ensisynnytyksiä oli 48.

Raskauden aikana päihdeille altistuneet lapset siirtyvät heti synnytyssairaalasta kotiututtuaan pitkäaikaisseurantaan sosiaalipediatrian vastaanotolle. Päihderiippuvainen äiti käy sosiaalipediatrian vastaanotolla ensimmäisen kerran raskauden loppuvaiheessa. Vauva tulee vastaanotolle ensimmäisen kerran 2–6 viikon iässä kotoa, ensikodista tai päihdehoitopaikasta, lastenkodista tai sijaisperheestä. Ensimmäisen vuoden aikana kontrollikäyntejä on 3–8, ja seuranta jatkuu kouluikänsä saakka.

Helsingin Lastenklinikan Sosiaalipediatrian poliklinikalle tulevat seurantaan pääkaupunkiseudulta ne lapset, joiden tiedetään altistuneen alkoholille tai huumeille raskauden aikana. Sosiaalipediatriassa yksikössä tehdään töitä erityisesti sellaisten perheiden kanssa, joissa päihdeongelma on selkeästi havaittavissa. Yksikön asiakkaat ovat käytännössä myös lastensuojelun asiakkaita. Poliklinikalla seurataan myös sairaalan

muilla osastoilla hoidossa olleita kaltoin kohdelluiksi epäiltyjä lapsia ja tehdään monimuotoista yhteistyötä lastensuojelun kanssa. Potilaiden kasvua ja kehitystä ja terveyttä seurataan kokonaisvaltaisesti. Huomiota kiinnitetään esimerkiksi puheen kehitykseen ja mahdolliseen ylivilkkauteen. Samoin huomiota kiinnitetään lapsen ja huoltajan vuorovaikutustaitoihin sekä vanhempien tilanteeseen lapsen liittyviltä osin. Lapsessa seurataan myös merkkejä mahdollisesta kaltoin kohtelusta. Päihteille altistunutta lasta seurataan kouluikänsä asti.

Tampereen kaupungin Päiväperho

Tampereella raskaana oleva päihdeongelmainen tai pienen lapsen perhe saa kaikki palvelut Päiväperhosta, joka toimii yhdyslinkkinä lastensuojelun, päihdehuollon ja äitiys- ja perheneuvoloiden välillä. Yhteyttä Päiväperhoon voi ottaa puhelimitse tai tulemalla käymään ilman ajanvarausta. Yhteydenoton perusteella asiakkaalle tarjotaan mahdollisuus hakeutua tarpeenmukaisen hoidon ja tuen piiriin. Raskaana olevat pääsevät hoitoon lähes välittömästi. Palvelu on maksutonta, mutta vieroitushoidosta peritään asiakasmaksu. Päiväperhossa on perhekuntoutusosasto, jonne siirtymisestä päättää alueellisen sosiaaliaseman sosiaalityöntekijä.

Päiväperho tarjoaa äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, matalan kynnyksen kohtaamispaikan, kriisi- ja katkaisuhuolto, päihdeperhekuntoutusta, korvaushoitoa ja toiminta- ja fysioterapiaa. Päiväperhon toimintaan kuuluu myös avotyö, joka on sosiaalityöntekijän päätöksellä tehtävä lastensuojelun avohuollon tukitoimi, joka tarkoittaa perheiden kotona tehtävää työtä, jossa tapaamiset sovitetaan tilanteiden ja tarpeiden mukaan. Päiväperhossa on saatu luotua toimiva työmalli ja hoitorengas eri kaupungin toimijoiden välillä. Esimerkiksi äiti-lapsiparien ryhmäpsykoterapiasta on saatu Tampereella hyviä kokemuksia (Belt & Punamäki 2007).

Ensi- ja turvakotien liiton Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä

Ensi- ja turvakotien liitto perusti ensimmäisen odottaville ja synnyttäneille päihdeongelmallisille äideille ja heidän lapsilleen tarkoitetun hoitopaikan vuonna 1990 Helsinkiin. Hoitomalli laajeni 1990- ja 2000-lukujen kuluessa valtakunnalliseksi ja 1990-luvun lopulta alkaen huumeongelmaisten määrä hoidettavien joukossa on lisääntynyt huomattavasti. (Leppo 2008a.) Päihdetyöhön erikoistuneet ensikodit tarjoavat avo- ja laitospalveluita äiti-lapsipareille, ja myös isille on tarjolla rajallinen määrä hoitopaikkoja.

Ensi- ja turvakotien liiton valtakunnallinen erityistason Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä koostuu seitsemästä eri puolilla Suomea olevasta päihdeongelmien (alkoholi, huumeet, lääkkeet) hoitoon erikoistuneesta ensikodista ja niiden avopalveluyksiköistä. Tähän mennessä Pidä kiinni® -ensikodeissa ja -avopalveluissa on ollut kuntoutettavana noin 1500 perhettä. Vuosittain tavoitetaan noin 250 perhettä, joista noin 100 ohjataan ensikoteihin ja noin 150 avopalveluihin. Asiakasperheiden jäsenet ovat pääosin äitejä

ja lapsia. Esimerkiksi vuonna 2010 oli 7 ensikodissa 81 asiakasperhettä (81 äitiä, 19 isää, 90 lasta) ja 7 avopalvelussa 138 perhettä (138 äiti, 52 isää, 140 lasta). Raskausai- kana ensikoti- ja avopalvelukuntoutukseen tulleita on keskimäärin 40–50 prosenttia. Kuntoutukseen on myös hakeuduttu aiempaa varhemmin raskausai- kana. Ensikodissa äidit sitoutuvat hyvin päihdeettömyyteen ja retkahdukset ovat harvinaisia. Ensikodissa saa tukea myös eri viranomaistahojen kanssa toimimiseen kuten neuvolaan ja lasten- suojeeluun. Yleisin hoitoon ohjaava taho on lastensuojelu, mutta lisäksi neuvolat, kes- kussairaaloiden HAL-poliklinikat ja päihdepalvelut ohjaavat hoitoon. Kuntoutuksen aikana tehdään säännöllistä yhteistyötä asiakkaiden verkoston kanssa 7 ensikodissa.

Muita työmuotoja

Joissain sairaaloissa ja terveysasemilla on otettu käyttöön malli, jossa päivystyksessä toimii päihdesairaanhoidtaja. Päihdesairaanhoidtajat seulovat normaalin vastaanottotyön ohella potilaita käyttäen audit-lomaketta. He voivat keskustella potilaan kanssa jo tässä yhteydessä tai varata potilaalle ajan omalle vastaanotolle. Myös muut terveysaseman työntekijät voivat lähettää potilaan päihdehoitajan vastaanotolle. Tähänastisen koke- muksen mukaan päihdehoitajien tekemät mini-interventiot, henkilökohtaiset tapaa- miset, seurantatapaamiset ja avokatkaisut sopivat terveysasemien työkuulttuuriin hyvin.

Tärkeä tuki ongelmien nopeaan hoitamiseen on poliisilaitoksella tehtävä sosiaali- työ. Sosiaalityö poliisilaitoksilla on puuttumista poliisin työtehtävien kautta ilmeneviin sosiaalityötä vaativiin tilanteisiin. Työ painottuu yleensä lapsiin, nuoriin rikoksente- ki- jöihin sekä perhe- ja lähisuhdeväkivaltaan sekä mielenterveysasiakkaisiin, päihdeiden käyttäjiin ja akuuteissa kriiseissä oleviin.

Ammattilaisten työn tueksi varhaiseen puuttumiseen on tarjolla maksutonta tuki- materiaalia, jota tuottavat niin järjestöt, kunnat kuin valtionhallinnon toimijat. Päih- deongelmaisten vanhempien tueksi on kehitetty Lapset puheeksi -menetelmä, jonka avulla vanhempaa voi tukea auttamaan omia lapsiaan.

Hoito tutkimuksen valossa

Riitta Hyytisen (2007) laadullinen tutkimus hoidon arjesta ja yhden perheen hoitopro- sessista päihdehoitolaitoksen perheosastolla kiinnittää huomiota lapsikeskeinen hoidon toteuttamisen vaikeuteen päihdehuollossa: huumeongelmaisen vanhemman kuntoutta- misen ja lastensuojelunäkökulman yhteensovittaminen on haasteellista ja lapsen näkö- kulma on vaarassa unohtua. Hyytinen (2007) korostaa sitä, että lapsi tulisi aktiivisesti ottaa mukaan kuntoutusprosessiin ja lapselle tulisi antaa tilaisuus työstää huumeperheessä elä- miseen liittyviä pelkoja, pettymyksiä ja epävarmuuksia. Hyytisen havaintojen mukaan hoitopaikkoja perheille ei ole tarjolla riittävästi ja jonotusajat hoitoon ovat pitkiä. Myös lastensuojelun riittämättömät resurssit vaikeuttavat perheiden avun saamista ajoissa. Tut- kimuksessa käytettiin aineistona erilaisia, nauhoitettuja perhekuntoutukseen kuuluneita

vuorovaikutustilanteita sekä perhekuntoutukseen ja hoitoprosessiin liittyneitä asiakirjoja.

Lastenpsykiatri Majukka Pajulo (2010) on tutkinut päihdeongelmien hoitoon erikoistuneiden ensikotien äiti-lapsiparien hoidon tuloksellisuutta tarkastelemalla äitien vuorovaikutustaitoja lapsen kanssa. Passiivinen ja vauvan viesteihin reagoimaton vuorovaikutus synnytyksen jälkeen oli huolestuttavan yleistä, mutta melko laajaa yksilöllistä vaihtelua esiintyi. Vuorovaikutustaidot paranivat kahdella kolmasosalla niistä äideistä, joilla sitä päästiin mittaamaan sekä raskauden aikana että neljä kuukautta synnytyksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 34 äiti-lapsi-paria, tutkimusaineisto koostui videoituista vuorovaikutustilanteista, äitien haastatteluista sekä heidän täyttämistään lomakkeista. Tutkimuksessa käytettiin tilastollista analyysitapaa.

Elina Virokannas (2011) on tarkastellut diskurssianalyytisessä haastattelututkimuksessaan huumeongelmaisten äitien kokemuksia äitiydestä. Haastatteluissa 19 äitiä kuvasi oman äitiytensä muovautumista suhteessa lastensuojelun sosiaalityöntekijöihin. Äitien kokemuksissa ja haastattelupuheessa korostui äiti-identiteetin puolustaminen suhteessa moraaliseen paheksuntaan ja lastensuojeluviranomaisten epäilyksiin ja puutumisyrittäisiin. Tutkijan johtopäätös on, että hyvän vuorovaikutussuhteen luomiseksi lastensuojelun työntekijöiden tulisi olla nykyistä sensitiivisempiä kohtaamisissaan huumeongelmaisten äitien kanssa.

Anna Leppo (2008b) on tutkinut laadullisin menetelmin hoidon arkea ja hoito-vuorovaikutusta päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoitoon erikoistuneella äitiyspoliklinikalla. Lepon tutkimuksessa kuvataan ammattilaisten työtä vaikeasti huumeongelmaisten raskaana olevien naisten kanssa ja tuodaan esiin työn haasteita, ongelmakohtia ja jännitteitä. Työ on vuorovaikutuksellisesti haastavaa. Työntekijät pyrkivät tasapainottelemaan äidin tarpeiden ja autonomian ja toisaalta sikiön hyvinvoinnin turvaamisen välillä. Työntekijät pyrkivät eri tavoin motivoimaan äitiä päihteettömyyteen ja tutkimuksessa kuvataan, mitä päihteettömyyteen motivointi käytännössä tarkoittaa hoidon arjessa. Tutkimuksessa käytettiin etnografista havainnointiaineistoa äitiyspoliklinikan arjesta.

Heli Kukko ja Erja Halmesmäki (1999) tutkivat retrospektiivisesti 111 raskaana olleen huumeidenkäyttäjän raskauden kulkua ja vastasyntyneen terveydentilaa. Näitä raskaana olevia naisia oli hoidettu vuosien 1985 ja 1995 välisenä aikana HAL-poliklinikalla: naisia oli yhteensä 111 ja heillä 120 raskautta. Tarkoituksena oli selvittää hoitomallin tuloksellisuutta. Kukon ja Halmesmäen mukaan 61 % tapauksessa raskaana oleva nainen onnistui lopettamaan huumeiden käytön raskausviikkoon 32 mennessä tai pidättäytymään niin sanottujen kovien huumeiden käytöstä loppuraskauden ajan. Valtaosa naisista käytti useita huumeita ja vajaa kolmannes heistä käytti raskauden alkajalla ns. kovia huumeita säännöllisesti tai päivittäin (1–7 kertaa viikossa). Lopettaneiden tai vähentäneiden ryhmässä raskauden kulku ja lopputulos oli parempi kuin käyttöä raskauden ajan jatkaneiden ryhmässä esimerkiksi lapsen syntymäpaino oli suurempi. Tutkijoiden johtopäätöksen mukaan HAL-seurantaa voidaan pitää tuloksellisena inter-

ventiona raskaudenaikaisen huumeidenkäyttöön.

Hanna Kahila kollegoineen (Kahila ym. 2007) tarkasteli buprenorfiinin käyttäjien raskauden kulkua ja lopputulosta tutkimuksessa, jossa analysoitiin vuosina 2002–2005 HAL-poliklinikalla hoidettujen buprenorfiinin käyttäjien raskauden kulkua ja lopputulosta. Tarkastelun kohteena oli 67 raskautta. Osa raskauksista nainen oli buprenorfiinikorvaushoidossa jo raskaaksi tullessaan (9), osassa tapauksista nainen siirtyi buprenorfiinikorvaushoitoon raskauden aikana (24) ja osa naisista jatkoi laitonta buprenorfiinin käyttöä raskauden ajan (34). Buprenorfiinin käyttäjien raskaudet etenivät normaalisti eikä esimerkiksi ennenaikaisia synnytyksiä ollut normaalia enempää. Buprenorfiinin käyttäjien lapset syntyivät kuitenkin tavallista pienipainoisempina (small for gestational age = SGA). Vastasyntyneen vieroitusoireista (neonatal abstinence syndrome = NAS) kärsi 76 % ja vieroitusoireiden vakavuuden vuoksi morfiinilla jouduttiin lääkitsemään 57 % vauvoista. Kätkytkuolemia (sudden infant death syndrome = SIDS) esiintyi huomattavasti tavallista enemmän.

Taisto Sarkola ym. (2007) tutkivat rekisteriaineistoihin ja potilastietoihin pohjautuen HAL-poliklinikan asiakkaille vuosina 1992–2001 syntyneiden 626 lapsen sijoituksia ja huostaanottoja vuoteen 2003 asti, jolloin kyseiset lapset olivat 2–12-vuotiaita. Äidit olivat raskausaikana HAL-seurannassa alkoholi- tai huumeongelman takia. Lapsista 50 % oli ollut elämänsä aikana ja 38 % alle kaksivuotiaana lastensuojelutoimenpiteenä sijoitettuna tai huostaanotettuna kodin ulkopuolella. Seuraavat tekijät olivat vahvasti yhteydessä lapsen sijoittamiseen kodin ulkopuolelle lastensuojelutoimenpiteenä: äidin raskautta edeltävä tai raskauden aikainen päivittäinen alkoholin käyttö, äidin positiivinen löydös huumeesteissä raskausaikana, äidin raskaudenaikainen säännöllinen hoitokontakti päihdehoitoon, äidin laitohoito päihdeongelman takia synnytyksen jälkeen, äidin kumppanin päihdeongelman, äidin päivittäinen tupakointi raskausaikana, äidin työttömyys tai asunnottomuus, vastasyntyneen vieroitusoireet liittyen äidin opiaattien käyttöön, vastasyntyneen hoito vastasyntyneiden valvontaosastolla.

Etelä-Suomen kolmella äitiyspoliklinikalla vuosina 1992–2001 raskaana olleiden päihdeongelmaisten äitien terveyttä on seurattu rekisteritutkimuksella vuoden 2007 loppuun asti.⁹⁷ Päihdeongelmaisten äitien kuolinriski on yli kaksikymmenkertainen normaalisynnyttäjiin verrattuna. Riski kuolla väkivaltaisesti tai tapaturmaisesti oli

⁹⁷ Tutkimuksessa alkoholi tai huumeongelmasta kärsivät äidit ohjattiin 2–4 viikon välein äitiysvalmennuksen ajan tehostettuun tuki- ja seurantaan hoitoon. Kaikkiaan vuosina 1992–2001 päihdeongelman vuoksi hoitoon ohjattuja äitejä oli 526 ja he synnyttivät 626 lasta, kun vastaavilla poliklinikoilla samaan aikaan syntyi yhteensä 172 600 lasta. Tutkimusasetelmaa varten syntymärekisteristä valittiin 1 792 äiti-lapsi paria verrokkiryhmäksi (kolme jokaista tutkimustapausta kohden) muun muassa äitiysajan ja syntymäajankohdan perusteella, jolloin poissulkukriteerinä oli päihteisiin liittyvä hoitorekisterimerkintä seuranta-ajankohdan alussa, Tutkimuksen seurantarekisterijä olivat syntymärekisteri, sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri, sosiaalivakuutusrekisteri ja kuolinsyyrekisteri. Päihdeongelmallisista äideistä alkoholia käytti päivittäin ennen raskautta 25 % ja raskauden aikana 11 % sekä vastaavasti opiaatteja käytti ennen raskautta 12 % ennen raskautta ja 6 % raskauden aikana, Analyysissa käytettiin logistista regressioanalyysia ja vertailuissa tunnuslukuna vetosuhdetta (odds ratio) 95 % luottamusvälillä. (Sarkola ym. 2007; Kahila ym. 2010.)

erityisen suuri. Vastaavasti päihdeongelmaisten äitien terveydenhuollon vuodeosastokäyntien määrä oli lähes kaksinkertainen, hoitopäivien määrä hieman yli kaksinkertainen sekä poliklinikkakäyntien määrä selvästi yli kaksinkertainen verrattuna äiteihin, joilla ei havaittu raskauden aikana päihdeongelmaa. Erityisen suuri sairastavuusriski (20–60-kertainen riski) kohdistui alkoholiin ja huumausaineisiin liittyviin erilaisiin mielenterveys sairauksiin sekä myös tartuntatauteihin (10–20-kertainen riski). Vastavasti alkoholin ja huumeiden ongelmakäytön laitoshoidon riski oli lähes 20-kertainen raskauden aikana päihdeongelmaisilla äideillä ja heille maksettiin myös päihdehoitoon liittyvistä lääkkeistä sairausvakuutuksesta 10 kertaa useammin korvauksia kuin alun perin päihdeongelmattomille äideille. Lisäksi päihdeongelmaisten äitien riski joutua työttömyyden vuoksi työttömyysperuspäivärahalle oli kaksinkertainen ja riski joutua työkyvyttömyyseläkkeelle (ensisijassa erilaisten mielenterveysongelmien vuoksi) oli yli kymmenkertainen verrattuna päihdeongelmattomiin äiteihin. Kaikki indikaattorit osoittavat näin raskausaikana päihdeongelmaisten äitien sairastavuuden ja sosiaalisten haittojen kasautumista myös pitkällä aikavälillä. (Kahila ym. 2010.)

12.4. Nykytilanteen arviointia

Lainsäädäntö velvoittaa toimimaan monin tavoin raskaana olevien päihdeongelmaisten sekä lasten tilanteen parantamiseksi. Käytännön työn tasolle nämä lainsäädännön velvoitteet eivät kuitenkaan kaikkialla heijastu. Kattavasta neuvolajärjestelmästä huolimatta perheiden palveluita ei ole riittävästi ja ne painottuvat korjaaviin toimenpiteisiin. Asiat kasaantuvat lastensuojeluun, kun ehkäiseviä toimenpiteitä ei toteuteta riittävästi.

Käytännössä päihdepalvelut näyttävät olevan hyvin suhdanneherkkiä palveluja, koska ne ovat riippuvaisia kuntien resursoinnista. Päihdeongelmasta toipuminen on pitkäaikainen prosessi, jossa voidaan eri vaiheissa tarvita erilaisia hoito- ja tukimuotoja, ja päihdepalvelujen monimuotoisuus olisi tärkeä säilyttää myös päihdeongelmaisten vanhempien ja perheiden hoidossa.

Ongelmana on myös se, että päihdehoidon mallit ovat valtaosin miesten lähtökohdista kehitettyjä ja hoitokäytännöt toimivat yhä pääosin miesten ehdoilla. Lasten kannalta ongelmana on, että auttamisjärjestelmä on rakennettu aikuisväestön näkökulmasta vanhempia hoitavissa palveluissa lasten erityiset ja yksilölliset tarpeet liian usein ohitetaan ja keskitytään pelkästään vanhempien asioihin.

Sosiaali- ja terveyspalvelut kuuluvat osana vuoden 2010 alusta (vuoden 2010 valtioneosuusuudistus HE 174/2009; lait 1704–1732/2009) niin sanottuun yhden putken valtioneosuuteen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen laskennallisten kustannusten määräytymisperusteet eivät uudistuksesta huolimatta ole muuttuneet.

Perusrakenteeltaan valtioneosuusjärjestelmän pitäisi tasata kuntakohtaisesti sekä kustannus- että tulopohjaeroja. Palvelujen sisällön määrittelyä ei kuitenkaan ole tehty kattavasti lainsäädännön tasolla, ja tämän vuoksi palveluiden järjestäminen vaihtelee kuntakohtaisesti. Yleisessä, yhden putken valtioneosuudessa on riskinä se, että mar-

ginaalisten, heikommassa asemassa olevien kansalaisten palveluiden järjestäminen jää toissijaiseksi muihin, kuntapolitiikan kannalta houkuttelevampiin sektoreihin tai valtaväestön palveluihin verrattuna. Marginaalisessa asemassa olevilla kuntalaisilla ei välttämättä ole tasaveroisia mahdollisuuksia vaikuttaa päätöksiin käytännössä.

Hoito- ja palvelutakuulla ja niihin liittyvillä sanktioilla pyritään lisäämään hoidon saatavuutta. Hoitotakuu kattaa kuitenkin kiireettömän hoidon osalta vain lähinnä oipiaattiriippuvaisten korvaushoidon, ja palvelutakuu ei varsinaisesti koske päihdeongelmaisten hoitoa. Päihdeongelmaisten hoidon, myös raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten ja päihdeongelmaisten vanhempien ja koko perheen hoidon, suurimpia pullonkauloja on hoidon riippuvuus usein kovin niukasti mitoitetusta, sosiaalihuoltoon kuuluvasta päihdehuollon budjetista. Hoitoon pääsyä ei käytännössä säätele asiakkaan tosiasiallinen hoidon tarve, vaan kunnan päihdehoitoon budjetoimien resurssien määrä.

Asiantuntijat ovat kiinnittäneet huomiota siihen, että päihdeongelmallisille perheille ja raskaana oleville naisille suunnatun vapaaehtoisuuteen nojaavan hoitojärjestelmän taloudelliset toimintaedellytykset ovat viime vuosina huonontuneet ja hoitopaikkoja on jopa jouduttu lakkauttamaan, minkä seurauksena hoitoon pääsy on entistä hankalampaa (Kalland 2008, Leppo ym. 2008, Pajulo 2011). Esimerkiksi päihdeongelmien hoitoon erikoistuneiden ensikotien ja avopalveluyksiköiden toiminta on kehitetty Ray:n tuella ja rahoitusvastuun piti siirtyä valtiolle ja kunnille vuoden 2011 alusta alkaen. Kunnille on tätä työtä varten siirretty yleisiin valtionosuuksiin noin 1,5 miljoonaa euroa vuodelle 2011. Rahojen käyttö raskaana olevien päihdeongelmaisten ja pienten lasten perheiden hoitoon on kuitenkin täysin kuntien päätöksistä kiinni. Kun kunnilla on rahat vähissä, päihdeäideille tarkoitetut rahat helposti hukkuvat kunnan kireään budjettiin.

LIITE 1.

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

Immo Parviainen	Opetus- ja kulttuuriministeriö
Helena Vorma	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
Veli-Matti Risku	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
Henna Eronen	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
Leena Metsäpelto	Valtakunnansyyttäjänvirasto
Pentti Kangasniemi	Poliisihallitus
Sarianna Wilppula	Keskusrikospoliisi
Ulla-Maija Laakkonen	Keskusrikospoliisi
Heini Kainulainen	Optula
Jarmo Houtsonen	Poliisiammattikorkeakoulu
Jarmo Helin	Tulli
Erkki O. Vuori	Hjelt-instituutti
Ilkka Ojanperä	Hjelt-instituutti
Pekka Hakkarainen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Airi Partanen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Markku Soikkeli	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Torsten Svandfelt-Winter	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Marke Jääskeläinen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Tuula Väänänen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Kristiina Kuussaari	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Pauliina Luopa	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Karoliina Karjalainen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Kirsi Liitsola	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Jarmo Kärki	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Outi Räikkönen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Anna Heino	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Henrikki Brummer-Korvenkontio	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Katja Pihlainen	Fimea
Jorma Kallio	Tilastokeskus
Marjo Lindeberg	Tekry

Lähteet

- Ahlström, S., Metso, L., & Huhtanen, P. (2008). Missä nuorisoryhmissä päihteiden käyttö on vähentynyt. Suomen ESPAD-aineiston tuloksia 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (1), 73–83.
- Aira, T. (2010): Terveystieto. Teoksessa Rimpelä, M. & Fröjd S. & Peltonen H: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009, perusraportti. Helsinki 2010: Opetushallitus, Koulutuksen seurantaraportit 2010:1. http://www.oph.fi/download/46621_hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_peruskouluissa2.pdf [6.8.2011].
- A-klinikkasäätiö (2011) Nopean huumeviestinnän rinki. <http://www.a-klinikka.fi/arkisto/nopean-huumeviestinnan-rinki-tiedottaa-muuntohuumeet-eivat-ole-vaarattomia> [2.9-2011]
- A-klinikkasäätiö (2011). Terveys- ja sosiaali-neuvontapisteiden. Internet-sivut <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/> [6.9.2011]
- A-klinikkasäätiö (2011) Huumetyön vertaistointintaan rakennetaan osaamiskeskusta <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/1251/huumetyon-vertaistointintaan-rakennetaan-osaamiskeskusta> [6.9.2011]
- Anturiverkosto (2010). A-klinikkasäätiön, Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja terveysneuvontapisteiden tietoverkosto. Julkaisematon tilasto.
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H. Liitsola, K. & Salminen, M. (2008). Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapistetöiminnan onnistumisen edellytyksenä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b15.pdf [19.9.2011]
- Belt R & Punamäki R-L (2007) Mother–infant group psychotherapy as an intensive treatment in early interaction among mothers with substance abuse problems. *Journal of child psychotherapy*, 33, 2, 202-220.
- 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 lääkärisseura Duodecim ja päihdelääketieteen yhdistys. *Duodecim* 122 (5), 596–614. Ks. myös <http://www.kaypa-hoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50041.pdf>
- Forsell, M., Virtanen A., Jääskeläinen, M. Alho, H., Partanen, A. (2010). Huumetilanne Suomessa. Raportti 40/2010. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomeksi: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979ec427-0e86-4a05-84ba-21cef2c40200> [19.9.2011]
Englanniksi: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7445c896-5bc1-4bbc-b9e3-f41be4fa94e5> [19.9.2011]
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. (2009). Nuorten ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö. Tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hakkaraainen, 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. (2009). Joint Use of Drugs and Alcohol. *European Addiction Research* 15 (2009), 113-120.
- Hakkarainen, P., Perälä, J., Metso, L. (2011a). Kukkaa pukkaa – kannabiksen kotikasvatus Suomessa (Bud, bud, bud – Home growing of cannabis in Finland). *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2), 148–168.
- Hakkarainen, P., Metso, L. & Salasuo, M. (2011b). Humppuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeikyselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2011): 4, 397–411
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi ammatillisesta koulutuksesta annetun lain, ammatillisesta aikuis-koulutuksesta annetun lain, ammattikorkeakoululain, yliopistolain sekä rikosrekisterilain 6 §:n muuttamisesta <http://www.edilex.fi/virallistieto/he/fi/20100164.pdf> [19.9.2011]
- Harrikari, T. (2010). Ehdollisesti rangaistujen nuorten valvonta - Toimijat, prosessit ja sisällöt. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 2/2010. Rikosseuraamuslaitos.
- Hein, R. & Salomaa, J. (1998). Päihteiden käytön haittakustannukset Suomessa vuosina 1994–1995. Alkoholi ja huumeet. Tilastoraportti 4/1998. Helsinki: Stakes.
- Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P. Virtanen, S. Uutela, A. (2011). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Raportti 15/2011. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3> [kevät 2011]
- Hellman, M. (2009). Designation practices and perceptions of addiction – a diachronic analysis of Finnish press material from 1968-2006. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 26 (24) 2009, 355–372.
- Hellman, M. (2010). From myth to marginality to portrayals of an addictive society: Reporting on addictions in the Finnish press (1968-2006). *Addiction Research and Theory* 18 (2) 2010, 224-242.
- Hjelt-instituutti oikeuslääketieteen osasto (2011). Julkaisematon tiedonanto 15.11.2010 ja 14'5.8.2011.
- Huhtanen, P., Hokka, P. & Mäkelä, P. (2009). Juomapatutkimus 2008: Aineistokuvaus. *Avauksia* 16/2009. Helsinki: Terveys ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a8b2883f-5a53-471d-97a1-0d7e6b3b8aeb> [8.7.2009]
- Huizink, A., Levälähti, E., Korhonen, T., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, RJ, Kaprio, J. (2010). Tobacco and cannabis and other illicit drug use among Finnish adolescent twins: causal relationship or correlated liabilities? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2010;71(1):5-14
- Hulkko, T., Lyytikäinen, O., Jaakkola, S., Kuusi, M. Puumala, J. Ruutu, P. toim. (2011). Tartuntataudit Suomessa. Terveys ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 17/2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d73f597-8188-4ff5-b33c-101d7e1c3e90> [19.4.2011]
- Hyytinen, R. (2007) Lapsi, huumeperhe ja toivo. Lapsen todellistuminen huumeperheen kuntoutusprosessissa. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 37, Helsinki.
- Joukamaa, M. ja työryhmä (2010). Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010. Vammala. Rikosseuraamuslaitos. <http://www rikosseuraamus.fi/uploads/qlqnxmn.pdf> [20.7.2010]
- Junninen, M. (2008). Suomalaisten vankiloiden turvallisuus. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 5/2008. HEUNI No 58. Vammala.
- Kahila, H., Saisto, T., Kivitie-Kallio, S., Haukkamaa, M. & Halmesmäki, E. (2007) A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 86, 185-190.

- Kahila, H., Gissler, M., Sarkola, T., Autti-Rämö, I., Halmesmäki, E. (2010) Maternal welfare, morbidity and mortality 6-15 years after pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based control follow-up study of 524 women. *Drug and Alcohol Dependence* 111, 215-221.
- Kainulainen, H. (2006). Seuraamusikäytäntö huumausaineen käyttöririkoksessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 219. Helsinki. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2007) (toim.): Rangaistuskäytäntö törkeissä huumausaineen käyttöririkoksissa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 79. Helsinki. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2009): Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 245. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2010): Seuraamusikäytäntö huumausainerikoksissa. *Rikollisuustilanne 2009*, s. 403–416. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 250. Helsinki.
- Kainulainen, H. (2011a). Huumausaine-, alkoholi- ja dopingrikokset. Teoksessa *Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa*. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia.
- Kainulainen, H. (2011b). Seuraamusikäytäntö huumausainerikoksissa. Teoksessa *Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa*. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia.
- Kalland, M. (2008) Onko meillä keinoja auttaa päihdeperheeseen syntyvää vauvaa? *Suomen Lääkärilehti*, 48, 4173 (Pääkirjoitus).
- Karjalainen K., Lintonen T., Impinen A., Lillsunde P., Ostamo A. (2010): Poly-drug findings in drugged driving cases during 1977–2007. *Journal of Substance Use* 15(2): 143-156.
- 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>
- Kekki, T. (2009). Huumeet ja rikostorjunta. Poliisien käsitykset huumerikollisuuden ja poliisitoiminnan muutoksista. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 76/2009. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.
- Kinnunen, A. (2008). Kriminaalipolitiikan paradoksi. Tutkimuksia huumausainerikollisuudesta ja sen kontrollista Suomessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 233. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Ks. <http://www.optula.om.fi/uploads/5x9a33ss.pdf> [1.10.2009]
- Kivivuori, J. & Linderborg, H. (2009). Lyhytaikaisvanki. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 248. Helsinki.
- Kivivuori, J. ym. (2009): Nuorten syrjäytyminen ja rikollisuus. Suomessa tehdyn tutkimuksen ja sen katvealueiden kartoitusta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 94. Helsinki.
- Korhonen, T., Huizink, A., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R., & Kaprio, J. (2008). Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: A longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. *Drug and Alcohol Dependence* 97 (1-2), 33–43.
- Korhonen, T., Kujala, U., Rose, R. & Kaprio, J. (2009). Physical Activity in Adolescence as a Predictor of Alcohol and Illicit Drug use in Early Adulthood: A Longitudinal Population Based Twin Study. *Twin Res. Hum. Genet* 12 (3) 2009, 261-268.
- Kotovirta, E (2009). Huumeriippuvuudesta toipuminen nimettömien narkomaanien toveriseurassa. Tutkimuksia 10. Helsinki, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä 2009. Ks. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1b2e240e-e5d2-4c58-b879-9889407028f8> [1.10.2009]

-
- Kotilainen, S, Siivonen, K., Suoninen A. (2010): Nuoret taiteen tekijöinä. Myrsky-hankkeen väliarvointia. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisu 31. Helsinki 2010.
http://www.nuorisotutkimusseura.fi/sites/default/files/verkkojulkaisut/Myrsky-raportti_verkkojulkaisuja%2031.pdf [2.10.2011]
- KRITS (2011) Projektit ja hankkeet <http://www.krit.fi/HANKESIVUT/hankesivu.shtml>
- KRITS (2011) Kuntouttava vankilatyö http://www.krit.fi/HANKESIVUT/kuva_helsinki.shtml
- 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) (2010). Keskusrikospoliisin huumausainerikollisuutta koskevat julkaisemattomat tilannekatsaukset 2009 sekä keskusrikospoliisin antamat lisätiedot
- Kukko, H., Halmemäki, E. (1999) Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects on drug abuse and perinatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 22–26.
- Kunttu, K. & Huttunen, T. (2009). Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2009. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 45/2009.
- Kuussaari, K. & Partanen, A. (2010). Administrative challenges in the Finnish alcohol and drug treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27 (2010), 667-684.
- Lahti, P. (2011) ”Ehdonalaisvalvontaan määrättyjen kokemuksia vankilan jälkeisestä arjesta. Kuka tekee rikoksetonta elämää?”. Yhteisösozialityön erikoisala. Jyväskylän yliopisto.
- Lahti R.A., Korpi H., Vuori E. (2009). Blood-positive illicit-drug findings: Implications for cause-of-death certification, classification and coding. *Forensic Science International* 187 (2009) 14–18
- Laine, P. (2010). Kuka murhasi apteekkisopimuksen? *Suomen Lääkärelehti* 46/2010 s. 3771.
- Laine, T., Hyväri, S & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) (2010). Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2010.
- Laitila, M. & Järvinen, T. (toim.) (2009). Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Oppaita* 6/2009. Helsingin yliopistopaino, Helsinki.
- Lapatto-Reiniluoto, O., Tacke, U. & Hoppu, K. (2011). Design ylettyy jo huumeisiin. *Suomen Lääkärelehti* 88 (2011): 16-17, 1398-1401.
- Leppo, A. (2008a) Pidä kiinni-projektin yhteiskunnalliset ulottuvuudet. 37–68. Teoksessa (M Andersson, R. Hyytinen ja M Kuorelahti (toim.) Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 38, Helsinki.
- Leppo, A. (2008b) Raskaudenaikaiseen päihteiden käyttöön puuttuminen päihdetyöhön erikoistuneella äitiyspoliklinikalla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 45, 33-47.
- Leppo, A. & Perälä, R. (2009). User involvement in Finland: the hybrid of control and emancipation. *Journal of Health Organization and Management* 23 (3), 359-371.
- Leppo A, Tervo M ja Andersson M (2009) Päihdepalvelujen saanti on tehtävä helpoksi raskaana oleville. *Suomen Lääkärelehti*, 19, 1788-1790.

-
- Luopa, P., Lommi, A., Kinnunen, T. & Jokela, J. (2010). Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 20/2010.
- Mattila-Aalto, M. (2009). Kuntoutussosiaalisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009, Helsinki.
- Meriläinen, A-S., Heinälä, P. & Seppä, K. (2010). Lääkäriopiskelijoiden päihteidenkäyttö. Suomen Lääkärilehti 65 (7) 2010, 587–591.
- 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-b8de-dd714abf80d8>
- Mikkonen, A., Rantala, V. & Saarijärvi, S. (2010). Nuorten huumeriippuvuus – tarvitaanko korvaushoitoa. Suomen Lääkärilehti 65 (2010): 37, 2943-2948.
- Mohell, U. (2009). Valvottu koevapaus. Artikkelit Internet-portaalissa Portti vapauteen.
- Moring, J., Martins A, Partanen A., Bergman V., Nordling E., Nevalainen V. (toim). (2011). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 6/2011.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) (2010). Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.
- Mäkelä K (2009) Vård och kontroll av misbrukasmödrar. Nordisk alkohol & narkotikatidskrift, 26, 318-328.
- Niemelä, A., Leppämäki, S., Aalto, M., Rapeli, P., Holopainen, A., Tani, P. & Lauerma, H. (2010). ADHD ja päihteet. Suomen Lääkärilehti 65 (2010): 13–14, 1213–1217.
- Niemelä ym. (2011). Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. Addictive Behaviors 36(2011) 256-260.
- Nuorvala Y., 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 päihdetapauskanta 2007. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):6, 659–670.
- Obstbaum, Y., Tyni, S. & Ryyänen, H. (2009). Hard drug use in the Nordic countries-what does it look like? Thematic meeting March 19–20 2009 in Helsinki.
- Obstbaum, Y., Lintonen, T., Aarnio, T., von Grunenwaldt, V., Vartiainen, H., Mattila, A., Hakamäki, S., Viitanen, P., Wuolijoki, T. & Joukamaa, M. (2011). Päihdehaittojen laitospuotoisen kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä 1985–2006. Yhteiskuntapolitiikka 76 (2011):1, 30–44.
- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2009). Monialaisen viranomaisyhteistyön ja etsivän nuorisotyön lakisääteistäminen. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 22/2009. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr22.pdf?lang=fi> [1.10.2010]
- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2010). Opiskeluoikeuden peruuttaminen, päihdetestaus ja kurinpito turvallisuutta edistävinä keinoina. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 7/2010. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2010/liitteet/tr07.pdf?lang=fi> [1.10.2010]

- 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 2007). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemisohjelma/liitteet/lapsi_ja_nuorisopolitiikan_kehittamisohjelma.pdf [4.10.2011]
- Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J (2001) Antenatal depression, substance dependency and social support. *J. Affect. Disord.* 65, 9-17.
- Pajulo, M. (2010) Kannattaako päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoito? *Suomen Lääkärilehti* 13 -14/2010 vsk 65., 1205 - 1211
- Pajulo M (2011) Päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittäminen – erityispiirteet, haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti*, 14, 1189–1195 (yleiskatsaus).
- Partanen, A., Hakkarainen, P., Hankilanoja, A., Kuussaari, K., Rönkä, S., Salminen, M., Seppälä, T. & Virtanen, A. (2007). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 553–561.
- Partanen, A. Moring, J. Nordling, E., Bergman, V. (toim.) (2010) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. THL:n avauksia 16/2010. Helsingin yliopistopaino, Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71> [
- 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.
- Perälä, J. (2011) ”Miksi lehmät pitää tapaa” Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä. *Terveuden ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksia nro 56*. Yliopistopaino. Helsinki.
- Perälä, R. (2010). Sosiaali- ja terveyspalvelujen uusi neuvoteltu järjestys. Esimerkki kuntien ja kristillisten järjestöjen välisestä yhteistyöstä suomalaisissa kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (4) 2010, 389–399.
- Piispa, M., Helakorpi, S., Laitalainen, E., Uutela, A. & Jallinoja, P. (2008). Huumekontaktit ja huumeemielipiteet. Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 5/2008*. Helsinki: Kansanterveyslaitos. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b05.pdf [28.8.2008]
- Piispa, M. (2010a). Övereitä, sekoilua ja moniongelmaisuuutta . Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007. *Sosiologian pro gradu –tutkielma*. Helsingin yliopisto <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/63576/overeita.pdf?sequence=1> [29.10.2010]
- Piispa, M. (2010b): YAD STreet team –kampanjan arviointi 2007–2010 – Pilottiversio ja uuden version ensikuukaudet. Nuorisotutkimusverkosto, verkkojulkaisuja 45. <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/yad.pdf> (15.8.2011).
- Piispa, M. (2011) Eivät huumeet yksin tapa – huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007 (Drug related deaths in Finland). *Yhteiskuntapolitiikka* 76(2011):2, s. 169–180.
- Pitkänen, T. (2009). Hoito- ja rekisteritietojen käyttö päihdetutkimuksessa. *Teoksessa Tammi ym, (toim).* 2009, 172-194.
- Punainen Risti (2010) Festarityö. http://www.redcross.fi/aktiivit/festarityo/fi_FI/ [29.10.2010]
- Päihdelinkki (2010). Päihdelinkin kävijäkyselyt <http://www.paihdelinkki.fi/kavijoille/paihdelinkin-kavijakyselyt> [29.10.2010]

Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Alkoholi ja huumeet, SVT/Sosiaaliturva. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598> [19.9.2011]

Päihdetyö Neuvoa-antavat THL <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/index.htm>

Pylkkänen, S., Viitanen, R., Vuohelainen, E. (toim.) (2009). Mitä on nuorisotalon ehkäisevä päihdetyö? Laadukkaan päihdekasvatuksen tukimateriaali. Humanistinen ammattikorkeakoulu sarja C. Oppimateriaaleja. http://www.minedu.fi/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisotyoen_kohteet_ja_rahoytys/ennaltaehkaeisevae_paeihde-_ja_huumetyoe/liitteet/Mitx_on_nuorisotalon_ehkxisevx_pxihdetyx.pdf [2.10.2011]

Raisamo S, Pere L, Lindfors P, Tiirikainen M, Rimpelä A. (2011) Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihdeiden käyttö 1977-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2011. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1563268 [5.7.2011]

Reuter, P. (2006). What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures. *Addiction* 101 (3), 315–322.

Rikosseuraamusvirasto (2010a). Rikosseuraamusalan vuosikertomus 2010. <http://www rikosseuraamus.fi/uploads/hdieo2.pdf> [20.7.2010]

Rikosseuraamusvirasto (2010b). Rikosseuraamusasiakkaat 1.5.2010. http://www rikosseuraamus.fi/uploads/6n0kp53mij_2.pdf [20.7.2010]

Rimpelä, M. ym. (2008). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa 2. OPH, Helsinki 2008. http://www.oph.fi/download/46621_hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_peruskouluissa2.pdf [6.8.2011]

Rimpelä, M ym. (2009a). Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 19/2009. Helsinki.

Rimpelä, M ym. (2009b). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen lukioissa. Edita Prima Oy. Helsinki.

Ruuth, P. & Väänänen, T. (2009). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 14/2009. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr14_09.pdf [1.10.2009]

Rönkä, S. & Virtanen, A. (toim.) (2009). Huumetilanne Suomessa 2009. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeita. Kansallinen huumevuosisraportti EMCDDA:lle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 40/2009. [Ks http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/47699564-6dd8-4381-973a-0d441c4fd5ba](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/47699564-6dd8-4381-973a-0d441c4fd5ba)

Saarnio, P. (2011). The Relationship Between General Therapeutic Orientation, Big Five Personality Traits, and Interpersonal Functioning in Substance Abuse Therapist: An Explorative Study. *Addictive Disorders & Their Treatment* 10(1), 2011.

Saarnio, P. (2010a). Personality Traits and Interpersonal Functioning in Substance Abuse Therapists with and without Personal Recovery Status. *Alcoholism Treatment Quarterly* 28: 451-463, 2010.

Saarnio, P. (2010b). Big Five Personality Traits and Interpersonal Functioning in Female and Male Substance Abuse Therapists. *Substance Use & Misuse* 45, 1463-1473.

Saarnio, P. (2009). Suomalaisen päihdetyöntekijän muotokuva. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (6) 2009, 632-643.

Salaspuro, M. (2009). Päihdepotilas päivityksessä ja hoitoonohjaus. Aikakauskirja *Duodecim* 125 (2009): 8, 897-904.

-
- Salasuo, M., Vuori, E.; Piispa, M., Hakkarainen, P.(2009) Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista. THL. Raportti 43/2009. Yliopistopaino. Helsinki.
- Salomaa, J. (1996). Huumaussaineiden aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 1994. Aiheita 35/1996. Helsinki: Stakes.
- Sarkola T, Kahila H, Gissler M & Halmesmäki E (2007) Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Pædiatrica*, 96, 1571-1576.
- Selin, J. (2011a). Huumeriippuvuuden hoito ja lääketieteen haaste. Terapeuttinen järjely ja hallinta psykososiaalisessa huumehoidossa 1965–2005. *Sosiologia* 2/2011, 117–133.
- Selin, J. (2011b). Implementation of substitution treatment in Finland: Beyond rationalization and Medicalisation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28 (1), 29-42, 2011.
- Selin, J. (2010). Lääketiede, huumeriippuvuus ja huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1965–2005. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2010: 4, 250–265
- 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.
- Sinko, P. & Vironkannas, E. (2009). Rajallisia äitiysidentiteettejä – Huumeita käyttäneiden naisten kertomuksia lastensa huostaanotoista. *Janus* 17 (2), 104–120.
- Skar, H., Axelsson, M. ; Berggren I., Thalme, A., Gyllensten K., Liitsola K., Brummer-Korvenkontio, H. Kivelä P., Spånberg E., Leitner, T., Albert, J.: Dynamics of Two separate but Linked HIV-1 CRF01_AE Outbreaks among Injection Drug Users in Stockholm, Sweden, and Helsinki, Finland. *Journal of Virology*, Jan. 2011, pp. 510-518.
- SM (Sisäasiainministeriö) (2007). Huumaussaine- ja järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan tehostamista käsitelleen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti. Poliisin ylijohdon julkaisusarja 6/2007. Helsinki: SM. [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/7508EC0C996CF4E2C225729C0034AB62/\\$file/6-2007.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/7508EC0C996CF4E2C225729C0034AB62/$file/6-2007.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2009). Sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpano. Väliraportti 1/2009. Sisäasiainministeriön julkaisuja 15/2009. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/152009/\\$file/152009.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/152009/$file/152009.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2010). Sisäisen turvallisuuden toimeenpano. Väliraportti 1/2010. Sisäasiainministeriön julkaisuja 5/2010. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/12010%20väliraportti%20final/\\$file/12010%20väliraportti%20final.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/12010%20väliraportti%20final/$file/12010%20väliraportti%20final.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2011). Sisäisen turvallisuuden toimeenpano. Väliraportti 1/2011. Sisäasiainministeriön julkaisuja 10/2011 [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/3EB0FABF679072EAC225785A004AD789/\\$file/102011.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/3EB0FABF679072EAC225785A004AD789/$file/102011.pdf) [23.3.2011].
- SPR (2008) Nopean viestinnän verkosto
http://www.redcross.fi/aktiivit/festarityo/nopeaviestinta/fi_FI/tietoanopeaviestinnasta/ [2.9.2011]
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2010. SVT/Sosiaaliturva. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98e9ab75-0e2c-4151-81e0-4dd072dbfe3a> [19.9.2011]

-
- Stakes (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) (2006). Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Työpapereita 3/2006. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp3-2006-verkko.pdf> [4.9.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2002). Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: STM. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf [4.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2006) Huumetestaus työelämässä. STM:n julkaisuja 2006:2. <http://pre20090115.stm.fi/is1144401025525/passthru.pdf> [1.3.2006]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. STM:n julkaisuja 2008:6. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ ja_ terveydenhuollon_ kansallinen_ kehittämisohjelma_KASTE_2008_2011_ fi.pdf [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008b). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. STM:n julkaisuja 2008:16. http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/_julkaisu/1063837 [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008c). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opoidiriippuvaisten vieroitus-, korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. Muistio 11.1.2008 (julkaisematon).
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009a): Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884#fi [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009b). Mielen terveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielen terveys- 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 [3.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009c): Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884#fi [6.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009d). Huumausainepolitiikan 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 [1.10.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009e). Opioidiriippuvaisten korvaushoitotilanne Suomessa. Läänin hallitusten selvitysten yhteenveto, 20.2.2009.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009f). 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 [3.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010a) Valtioneuvoston periaatepäätös Suomen toimintalinja kansainvälisessä huumausainetorjunnassa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010: 13. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-13706.pdf [7.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010b). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 8/2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11488.pdf [1.10.2010]

-
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010c). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissohjelman (Kaste) arviointi. Toinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 27/2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-14403.pdf [20.9.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010d). Lastensuojelu http://www.stm.fi/lapset/palvelut_perheille/lastensuojelu [14.4.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2011a). Huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän hallituskauden 2007–2011 loppuraportti. STM:n raportteja ja muistioita 2011:6. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1559654 [26.4.2011].
- STM(Sosiaali- ja terveysministeriö) (2011b) Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen. Työryhmän raportti. STM:n selvityksiä 2011:14. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15134.pdf [10.3.2011]
- Tacke, U., Seppä, K. & Winstock, A. (2011). Kannabiksen käyttäjä perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 127 (2011), 674–681.
- Tammi, T. (2007). Medicalising Prohibition, Haittojen vähentäminen in Finnish and International Drug Policy. Research Report 161. Helsinki: Stakes.
- Tammi, T., Pitkänen, T. & Perälä, T. (2011). Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihtees sekä niiden käyttötavat ja hankinta. *Yhteiskuntapolitiikka* 1/2011.S. 45-54.
- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2011a). Valtakunnalliset päihde- ja mielenterveyspäivät. <http://www.tekry.fi/web/index.php?page=toiminta-paihde-paihdepaivat> [21.8.2011]
- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2011b). Terveyden edistämisen keskuksen Ehkäisevän päihdetyön materiaalit -portaali. <http://ep-materiaalit.dav.fi/?i=400&p=1&l=35&s=1&v=400> [21.8.2011]
- THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) (2009d). Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. *Opas 5/ THL 2009. Yliopistopaino*. Helsinki.
- Tilastokeskus (2011). Laskettu Tilastokeskuksen StatFin- tai ALTIKA-tietokantojen luvuista.
- Tilastokeskus (2009). Eräiden rikosten vankilarangaistukset käräjäoikeuksissa 2006-2008. http://www.stat.fi/til/syyttr/2008/syyttr_2008_2009-12-09_tau_001_fi.html [24.6.2010]
- Tilastokeskus (2008) EMCDDA Standard table 6 (2008).
- Tourunen, J. & Pitkänen, T. (2010). Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa Laine ym. 2010, 148-168.
- Tulli (2011a). Tullirikostorjunnan vuosikirja 2010. http://www.tulli.fi/fi/suomen_tulli/julkaisut_ja_esitteet/vuosikertomukset/Rikostorjunta_vuosik_10.pdf [19.9.2011]
- Tulli (2011b). Julkaisemattomat tilannekatsaukset.
- Törmä S. (2009). Matala kynnyks – pelkkä retorinen lupaus. *Janus* 17 (2) 2009, 164-169.
- Valtioneuvosto (2007a). Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011. [8.11.2007] <http://www.vn.fi/toiminta/periaatepaatokset/periaatepaatos/fi.jsp?oid=210089> [5.10.2011]

-
- Valtioneuvosto (2007b). Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 5.12.2007. <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf> [10.9.2008]
- Valtioneuvosto (2007c). Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 5.12.2007.
- Valtioneuvosto (2008). Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 8.5.2007. [http://www.intermin.fi/intermin/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]
- Valtioneuvosto (2011a) Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://www.vn.fi/hallitus/hallitus-ohjelma/pdf332889/fi.pdf> [22.6.2011]
- Valtioneuvosto (2011b) Politiikkaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007.2011 toteutuminen. VNK:n julkaisusarja 6/2011. <http://www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu/fi.jsp?oid=325040> [29.3.2011]
- Valtion nuorisoasiain neuvottelukunta: (2011): Raportti lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman 2007-2011 toteutumisesta. Nuorisoasiain neuvottelukunnan julkaisuja 44, Helsinki http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemisohjelma/liitteet/lanuke_2007-2011_arviointiraportti.pdf [20.9.2011]
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2002). Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttörikoksesta. Ohje 2002:3. <http://www.vksv.oikeus.fi/15368.htm> [3.8.2006]
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2006). Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttörikoksesta. Ohje 2006:1. <http://www.vksv.oikeus.fi/Etusivu/VKSnmaarayksetjaohjeet/Huumausainerikokset/VKS-20061Seuraamuksenmaaraaminenhuumausaineenkayttorikoksesta> [15.4.2007]
- VKSV (Valtakunnansyyttäjänvirasto) (2010). Julkaisematon tiedonanto 29.6.2010.
- Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S., Katila, H. (2009) Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. Suomen Lääkärilehti 20/2009, s. 1853-1857.
- Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. (2009). Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005–2007. Suomen Lääkärilehti 64 (39), 3187–3195.
- Virokannas E (2011) Identity categorization of motherhood in the context of drug abuse and child welfare services. Qualitative Social Work. Julkaistu ennakkoon 9.8.2011 verkkojulkaisuna, <http://qsw.sagepub.com/content/early/recent>
- Väyrynen, P. ym. (2009) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Väänänen, T. (2011). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 24/2011. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr24_11.pdf [7.10.2011]
- Väänänen, T. (2010). Huumehoidon tietojärjestelmä arviointi vuonna 2009. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (julkaisematon käsikirjoitus), 2010.
- Wahlbeck, K. (2010). Moving towards integrated addiction treatment systems. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 27 (2010), 699-701.
- YAD (Youth Against Drugs) (2011). Ks. toiminnasta <http://www.yad.fi/toiminta/>

Taulukot ja kuvat

Taulukko 1. Huumeiden käytön haittakustannukset valtiolle 2009 (miljoonaa euroa).	35
Taulukko 2. Arvio valtion huumehaittakustannuksiin liittyvistä tulonsiirroista kunnille	36
Taulukko 3. Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2008 ja 2009, milj. euroa	38
Taulukko 4. Kannabista kokeilleiden elinikäis- ja vuosiprevalenssit ikäryhmittäin 1992–2010, %	41
Taulukko 5. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998–2005.	58
Taulukko 6. Hepatiitti C lääkärien ilmoitusten mukaan tartuntatavoittain, 1999–2010	90
Taulukko 7. Huumesairauksien hoitojaksot 2006–2010, Huumesairaus pää- tai sivudiagnoosina	93
Taulukko 8. Oikeuskemiallisissa kuolinsyytutkimuksissa todetut huumausainelöydökset vv. 2003–2009	95
Taulukko 9. Huumausainekuolemat ikäryhmittäin erilaisten luokittelutapojen mukaan vuonna 2007	97
Taulukko 10. Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2002–2009.	103
Taulukko 11. Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2000, 2004 ja 2007–2008 sekä poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2009–2010	113
Taulukko 12. Puhuttelut ja hoitoonohjaus syyttäjänvirastoissa.	120
Taulukko 13. Poliisin ja tullin vuosina 2003–2010 takavarikoiduiksi kirjaamat huumausaine-erät	128
Taulukko 14. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 2000–2010	129
Taulukko 15. Päihteidenkäyttödiagnoosin esiintyvyys (%) vangeilla	137
Taulukko 16. Tehtyjen hepatiitti- ja hiv-testien määrä ja positiiviset testitulokset (kpl) vuonna 2010.	139
Taulukko 17. Tehdyt riski- ja tarvearviot ja niissä esiin tullut huumeiden käyttöhistoria 2008–2010	140
Taulukko 18. Vankiloiden kuntoutusohjelmiin osallistuneiden määrät 2008–2010	141
Taulukko 19. Vangeille tehty kysely vankila-aikaisesta päihteiden käytöstä	142
Taulukko 20. Vangeilta otetut virtsa- ja sylkitestit	143
Taulukko 21. Vankiloista löydetty huumausaineet vuosina 2010–2008	145
Kuvio 1. Tuntee vähintään yhden henkilön, joka on kokeillut huumeita vuoden aikana, %	44
Kuvio 2. Kouluterveyskysely: Kokeillut ainakin kerran laittomia huumeita, %	45
Kuvio 3. 14–18-vuotiaiden sosiaalinen altistuminen huumeille (% , ikä ja sukupuoli vakioituna).	46
Kuvio 4. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2009, %.	60
Kuvio 5. Ensisijaisen päihteen kanssa käytetyt 2. ja 3. oheispäihteen vuonna 2009, %.	60
Kuvio 6. Päihdetapaukset sosiaali- ja terveydenhuollossa 1999–2007	85
Kuvio 7. Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa 1996–2010	86
Kuvio 8. Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja huumausainelöydösten perusteella 1998–2009	94