



Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu  
Bağımlılığı İzleme Merkezi

ISSN 1831-1814

# 2008 YILLIK RAPORU

AVRUPA'DAKİ UYUşTURUCU SORUNUNUN DURUMU





Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu  
Bağımlılığı İzleme Merkezi

2008 YILINDA  
AVRUPA'DAKİ UYUşTURUCU SORUNUNUN DURUMU

## Yasal uyarı

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) bu yayını telif hakkıyla korunmaktadır. EMCDDA, bu belgede yer alan verilerin kullanımından doğabilecek sonuçlar için hiçbir sorumluluk veya yükümlölük kabul etmez. Bu yayının içindekiler EMCDDA'nın ortaklarının, AB Üye Devletleri'nin ya da Avrupa Birliğı veya Avrupa Toplulukları'nın herhangi bir kurumu veya ajansının görüşlerini yansıtmayabilir.

Avrupa Birliğı hakkında pek çok ek bilgi İnternette bulunmaktadır. Bu bilgilere Europa sunucusu üzerinden erişilebilir (<http://europa.eu>).

Europa Direct, Avrupa Birliğı hakkındaki sorularınızın cevaplarını bulmanıza yardımcı olacak bir servistir.

Ücretsiz telefon numarası (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\*) Bazı cep telefonu operatörleri 00 800'lü numaralara erişim sağlamamakta veya bu çağrılar faturalandırabilmektedir.



Bu rapor Bulgarca, İspanyolca, Çekçe, Danca, Almanca, Estonca, Yunanca, İngilizce, Fransızca, İtalyanca, Letonca, Litvanca, Macarca, Flamanca, Lehçe, Portekizce, Romence, Slovakça, Slovence, Fince, İsveççe, Türkçe ve Norveççe olarak bulunmaktadır. Tüm çeviriler Avrupa Birliğı Organları Çeviri Merkezi tarafından yapılmıştır.

Katalog bilgileri bu belgenin sonunda yer almaktadır.

Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, 2008

ISBN 978-92-9168-341-3

© Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, 2008

Kaynak belirtilmek kaydıyla çoğaltılması mümkündür.

*Printed in Luxembourg*

Klor içermeyen beyaz kağıda basılmıştır



Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu  
Bağımlılığını İzleme Merkezi

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisbon, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

# İçindekiler

|                                                                                                                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Önsöz                                                                                                                                                                                                                              | 5  |
| Teşekkür                                                                                                                                                                                                                           | 7  |
| Giriş notu                                                                                                                                                                                                                         | 9  |
| Açıklama: Avrupa’da uyuşturucu durumu<br>yeni perspektifler ve bazı eski gerçekler                                                                                                                                                 | 11 |
| Bölüm 1: Politikalar ve kanunlar<br>Uluslararası düzeyde ve AB düzeyinde politika gelişmeleri • Ulusal stratejiler •<br>Kamusal harcamalar • Ulusal mevzuat - Suç • Ulusal araştırmalar                                            | 18 |
| Bölüm 2: Avrupa’da uyuşturucu sorunlarına tepki verme –<br>genel bakış<br>Önleme • Tedavi • Hasar azaltma • Sosyal yeniden bütünleşme •<br>Cezaevinde sağlık ve sosyal konulara ilişkin tepkiler                                   | 28 |
| Bölüm 3: Esrar<br>Arz ve bulunabilirlik • Yaygınlık ve kullanım alışkanlıkları • Tedavi                                                                                                                                            | 36 |
| Bölüm 4: Amfetamin, ecstasy ve LSD<br>Arz ve bulunabilirlik • Yaygınlık ve kullanım alışkanlıkları • Eğlence ortamları •<br>Tedavi hizmetleri                                                                                      | 47 |
| Bölüm 5: Kokain ve crack kokain<br>Arz ve bulunabilirlik • Yaygınlık ve kullanım alışkanlıkları • Tedavi ve hasar azaltma                                                                                                          | 58 |
| Bölüm 6: Opioid kullanımı ve uyuşturucu enjekte etme<br>Eroin arzı ve bulunabilirliği • Sorunlu opioid kullanımının yaygınlığına ilişkin tahminler •<br>Enjekte ederek uyuşturucu kullanımı • Sorunlu opioid kullanımının tedavisi | 69 |
| Bölüm 7: Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar<br>ve uyuşturucuya bağlı ölümler<br>Bulaşıcı hastalıklar • Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi • Ölümler ve ölüm oranı •<br>Ölümlerin azaltılması                                    | 79 |
| Bölüm 8: Yeni uyuşturucular ve yeni ortaya çıkan eğilimler<br>Yeni psikoaktif uyuşturuculara yönelik AB eylemi • İnternet satış yerleri • GHB ve GBL                                                                               | 91 |
| Referanslar                                                                                                                                                                                                                        | 96 |



## Önsöz

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin bu onüçüncü yıllık raporunu sunmaktan gurur duyuyoruz. Bu rapor Reitox ulusal odak noktaları ağındaki ortaklarımızın ve analize katkıda bulunan Avrupa çapındaki uzmanların yoğun emekleri ve ilgileri sayesinde mümkün olmuştur. Ayrıca uyuşturucu alanında çalışan AB ajansları ve uluslararası örgütlere de minnet borçluyuz. Raporumuz ortaklaşa bir çalışmanın eseri olup katkıda bulunan herkese teşekkürlerimizi sunuyoruz. Bu çalışmanın ardında yatan fikir, uyuşturucu durumu hakkında bildiklerimizin serinkanlı bir analizinin bilgilendirilmiş, verimli ve akılcı bir tartışma için ön koşul teşkil ettiği fikridir. Bu sayede, görüşlerin olgulara dayandırılması ve zorlu politika kararları alan kişilerin, mevcut seçeneklerin maliyetleri ve faydalarıyla ilgili iyi bir fikir sahibi olabilmeleri sağlanmaktadır.

Bu yıl uyuşturucu politikası açısından fevkalade faal bir yıl olmuş ve EMCDDA hem mevcut AB uyuşturucu eylem planının nihai değerlendirmesi hem de 1998 Birleşmiş Milletler Genel Kurulu uyuşturucu hakkındaki Özel Oturumunun değerlendirmesine destek verme onuruna sahip olmuştur. Uluslararası standartlar bakımından, Avrupa'nın dünyada izleme kapasitelerinin en gelişmiş olduğu yerlerden biri olarak göze çarpması da sevindiricidir. Bununla beraber, mevcut bilgi kaynaklarımızın sınırlı olduğunun da bilincindeyiz ve ortaklarımızla birlikte elde bulunan verilerin kalitesini ve uygunluğunu artırmak için sürekli olarak çalışmaktayız.

Uyuşturucu hakkındaki politika tartışmalarının altta yatan temalarından biri de Avrupa'daki uyuşturucu sorununun gerek gizli gerekse de daha görünür olan maliyetleridir. Bu raporun farklı bölümlerinde bu hususa değinilmektedir. EMCDDA, AB Üye Devletleri'nde uyuşturucu kullanımıyla mücadele ile bağlantılı kamusal harcamalara ilişkin bir anlayış geliştirmeye çalışmaktadır. Bu çalışma henüz başlangıç aşamasında olduğundan elde edilen tahminler kesin olmaktan ziyade gösterge niteliğindedir. Buna karşın, 28 milyar EUR ile 40 milyar EUR arasında değişen tahmini rakamlarla, ciddi miktarlar harcadığına işaret etmektedirler. Ekonomik olarak ifade edilmesi daha güç olan miktar ise uyuşturucu kullanımının yol açtığı hasardır. Avrupa'da uyuşturucu kullanımının sebep olduğu trajik yaşam kayıplarını, uyuşturucu üretilen veya satılan yerlerde bunun toplumlara olan olumsuz etkisini ya da uyuşturucu ticaretinin üretici ve transit ülkelerin sosyal kalkınması ile siyasi istikrarını nasıl bozduğunu düşündüğümüzde, bunu ifade etmeye hangi rakamlar yetebilir? Kokainin Batı Afrika üzerinden

aktarılmasından doğan kaygılandırıcı gelişmeleri düşünmek bile bu uyuşturucunun yol açabildiği ikincil hasarları anımsamak için yeterli sebeptir.

Olumlu gelişmelerden biri, Avrupa'da uyuşturucu kullanımının istikrara kavuşur gibi görünmesi olup AB Üye Devletleri'nin konuyu ele alma şeklinde de gelişmeler görülmektedir. Uyuşturucu kullanımının çoğu şekilleri için genel değerlendirmemiz artış kaydedilmediği yönündedir; bazı bölgelerde ise eğilimler düşer gibi görünmektedir. Verilen tepkiler anlamında, neredeyse tüm Üye Devletler'in stratejik bir yaklaşım benimsediğine şahit olduk ve Avrupa düzeyindeki uyumun da arttığını gözlemledik. Tedavi bulunabilirliği ve yararlanma artmaya devam etmekte olup bazı ülkelerde, bir zamanlar gizli olduğu düşünülen eroin kullanıcılarının çoğunun bir çeşit tedavi hizmetiyle ilişki içerisinde olduğu bir noktaya varmış bulunmaktadır. Bundan birkaç yıl öncesine kadar, uyuşturucu politikası tartışmalarının odak noktalarından birini uyuşturucu enjekte edenler arasındaki HIV enfeksiyonu oluştuyordu. O zamandan bu yana önleme, tedavi ve hasar azaltma tedbirlerinin pragmatik bir karışımı Avrupa'da norm haline gelmiş olup uyuşturucu kullanımına atfedilen yeni enfeksiyon oranları düşmüş ve düşmeye devam etmektedir.

Olumlu gelişmeler çok duyulmadığından bazen gözden kaçabilmektedir. Ne var ki ilerleme kaydedildiği zaman bunun farkına varılması önemlidir. Avrupa'da, uyuşturucu sorunlarını ele alırken hangi tedbirlerin etkili olabileceğine ilişkin anlayışımız gelişmektedir. Yatırım ve politika desteği sağlamanın ön koşullarından biri faaliyetlerimizin bir fark yaratabileceğini ve yarattığını kabul etmektir. Bu durum, raporumuzun Avrupa Birliği için endişe kaynağı olan pek çok alana dikkat çekmediği anlamına gelmemektedir. Bunlara örnek olarak kokain kullanımında devam eden artışlar ile uyuşturucu sorunları olanlara yönelik hizmetlerin bulunması ve kalitesi bakımından ülkeler arasında bulunan önemli farklılıklar gösterilebilir. Dolayısıyla bundan çıkarmamız gereken sonuç, ilerleme kaydedilmiş olmakla beraber, işimizin henüz bitmekten çok uzak olduğudur. Bununla beraber, bugün Avrupa'da, izlememiz gereken yöne ilişkin olarak geçmişte olduğundan çok daha güçlü bir fikir birliği içerisindeyiz.

**Marcel Reimen**

Yönetim Kurulu Başkanı, EMCDDA

**Wolfgang Götz**

Müdür, EMCDDA



## Teşekkür

EMCDDA bu raporun oluşturulmasına katkılarından dolayı aşağıdakilere teşekkür eder:

- Reitox ulusal odak noktaları başkanları ve personeli;
- her bir Üye Devlet'te bu rapor için ham verileri toplayan servisler;
- EMCDDA'nın Yönetim Kurulu ve Bilimsel Komitesi'nin üyeleri;
- Avrupa Parlamentosu, Avrupa Birliği Konseyi – özellikle Uyuşturucu hakkında Yatay Çalışma Grubu – ve Avrupa Komisyonu;
- Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC), Avrupa İlaç Ajansı (EMA) ve Europol;
- Avrupa Konseyi Pompidou Grubu, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Interpol, Dünya Gümrük Örgütü, ESPAD projesi ve İsveç Alkol ve diğer Uyuşturucular hakkında Bilgi Konseyi (CAN) ve Avrupa AIDS Epidemiyolojik İzleme Merkezi (EuroHIV);
- Avrupa Birliği Organları Çeviri Merkezi ve Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu.

### Reitox ulusal odak noktaları

Reitox, Avrupa'nın uyuşturucu ve uyuşturucu bağımlılığına ilişkin bir bilgi ağıdır. Bu ağ AB Üye Devletleri, Norveç, aday ülkeler ve Avrupa Komisyonu'ndaki ulusal odak noktalarından oluşmaktadır. Odak noktaları, hükümetlerinin sorumluluğu altında, EMCDDA'ya uyuşturucuyla ilgili bilgi sağlayan ulusal makamlardır.

Ulusal odak noktalarının iletişim bilgileri aşağıdaki adreste bulunmaktadır:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



## Giriş notu

Bu yıllık rapor, EMCDDA'ya AB Üye Devletleri ve aday ülkeler ile (2001'den beri EMCDDA'nın çalışmalarına katılan) Norveç tarafından ulusal bir rapor şeklinde sunulan bilgilere dayanmaktadır. Burada rapor edilen istatistiksel veriler 2006 yılına (veya veri bulunan son yıla) aittir. Bu raporda yer alan çizelge ve tablolar AB ülkelerinin bir alt kümesini yansıtabilir: ülkelerin seçimi, ilgili dönem için veri sunmuş ülkelere dayanarak yapılmıştır.

EMCDDA'ya rapor edilen uyuşturucuların perakende fiyatları kullanıcıya yansıyan fiyatı ifade etmektedir. Çoğu ülkelerden saflık derecesi veya etki gücüne ilişkin verilen raporlar, ele geçirilen tüm uyuşturuculardan alınan bir örneğe dayanmakta olup genellikle rapor edilen verileri uyuşturucu piyasasının belirli bir düzeyiyle ilişkilendirmek mümkün değildir. Saflık derecesi veya etki gücü ve perakende fiyatları için tüm analizler tipik (modal) değerlere ya da bunların bulunmadığı durumda, orta (medyan) değerlere dayanmaktadır.

Genel nüfus anketlerine dayanan uyuşturucu yaygınlık raporları çoğunlukla 15 ila 64 yaşındaki ulusal nüfusu ifade etmektedir. Farklı üst veya alt yaş sınırları kullanan ülkeler aşağıda verilenler gibidir: Bulgaristan (18-60), Çek Cumhuriyeti (18), Danimarka (16), Almanya (18), Macaristan (18-59), Malta (18), İsveç (16) ve Birleşik Krallık (16-59).

Tedavi talebine ilişkin raporlarda, 'yeni hastalar' hayatlarında ilk kez tedaviye başlayan kişiler ve 'tüm hastalar' ise tedaviye başlayan herkes anlamına gelmektedir. Söz konusu yılın başında sürekli tedavide bulunan hastalar verilere dahil edilmemiştir. Birincil bir uyuşturucuya yönelik tedavi talepleri oranının verildiği durumlarda, paydaki sayı birincil uyuşturucunun bulunduğu vakaların sayısını ifade etmektedir.

Eğilimlerin analizi sadece söz konusu zaman süresindeki değişiklikleri tasvir etmeye yeterli veri sağlayan ülkelere dayanmaktadır. Uyuşturucu pazarı verilerine ilişkin eğilim analizinde eksik 2006 rakamlarının yerine 2005 rakamları kullanılmış olabilir; diğer eğilimlerin analizi için eksik veriler eklenmiş olabilir. Fiyatlardaki eğilimler ulusal düzeyde enflasyona göre düzeltilmiştir.

Uyuşturucu kanunu suçlarına yönelik 'raporlar' terimi, farklı ülkelerde farklı kavramlara karşılık gelebilir.

Veriler ve analiz yöntemlerine ilişkin ayrıntılı bilgi 2008 istatistik bülteninde bulunmaktadır.

Yıllık rapor, internetten 23 dilde aşağıda verilen adresten indirilebilir. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

2008 istatistik bülteni (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) yıllık rapordaki istatistiksel analizin dayandığı tüm kaynak tablolarını sunmaktadır. Bülten, ayrıca kullanılan yöntem bilime ilişkin ayrıntılı bilgi ve 100 kadar ek istatistik çizelgeyi de sunmaktadır.

Ülke genel görünümüleri (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) her ülkedeki uyuşturucu durumuna ilişkin önemli noktaların bir özetini sunmaktadır.

Reitox odak noktalarının ulusal raporları, her ülkedeki uyuşturucu sorununun ayrıntılı bir tasvirini ve analizini sunmakta ve EMCDDA'nın web sitesinde bulunmaktadır (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



## Açıklama

# Avrupa’da uyuşturucu durumu – yeni perspektifler ve bazı eski gerçekler

### Düşünce ve politik bilgilendirme açısından önemli bir yılda Avrupa’dan çıkan güçlü bir ses

Avrupa’da 2008 yılında, 2005-08 uyuşturucu eylem planının değerlendirmesinin yanı sıra AB uyuşturucu stratejisini ikinci döneminde (2009-12) ileri taşımaya yönelik yeni bir planın hazırlık çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda, 13 Üye Devlet ulusal uyuşturucu stratejilerini veya eylem planlarını yeniden tasarlamakta ya da gözden geçirmektedir. Uluslararası anlamda, bu yılda ayrıca 20. BM Genel Kurulu Özel Oturumunda (UNGASS) kabul edilen bildirilerin ve eylem planlarının 10 yıllık değerlendirmesi de yapılmıştır. Bundan dolayı, uyuşturucu politikalarının şimdiye kadar nasıl sonuç verdiği ve gelecekte hangi yolların izlenmesi gerektiğine ilişkin Avrupa’daki ve dünyadaki tartışmalar açısından 2008 şu ana kadarki en verimli yıl olmuştur.

Üye Devletler’in ulusal uyuşturucu stratejilerini kabul etme şekillerinde ve uyuşturucu hakkındaki küresel tartışmaya yaptıkları katkılarda Avrupa’daki mutabakatın arttığı görülmektedir. AB Üye Devletleri’nin biri dışında hepsinin artık ulusal uyuşturucu politikası belgeleri bulunmakta ve yaklaşık yarısı ulusal uyuşturucu politikası belgelerini artık AB eylem planının çizgilerine uygun olarak yapılandırmakta olup bu durum Avrupa’da uyuşturucu sorununun ne şekilde ele alınması gerektiğine ilişkin politikaların giderek daha çok kesiştiğinin bir göstergesidir. Komisyon tarafından desteklenen AB Üye Devletleri, UNGASS değerlendirmesine eşlik eden süregelen tartışmalarda giderek daha da bir bütün olarak bir AB konumu ortaya koymuştur. Tartışmalara Avrupa’nın yaptığı katkılarda kapsamlı, dengeli ve kanıt temelli politika ve eylemlere yönelik ihtiyaç ile UNGASS sonrası dönemde küresel uyuşturucu sorununun daha iyi izlenmesinin önemi vurgulanmıştır.

### Uyuşturucu kullanımı ve ceza yasasının uygulanması: karışık bir tablo

Son yıllarda, EMCDDA Avrupa ülkelerinin uyuşturucu kanunlarında uyuşturucu satan ya da ticaretini yapanlar ile bunları kullananlar arasında daha güçlü bir ayırım yapılmasına yönelik bir eğilim bulunduğunu rapor etmiştir. Bu ayırım bazı ülkelerde uyuşturucu kullanmaya yönelik cezaların indirilmesine yansımış olmakla beraber, diğer

ülkeler cezaların indirilmesine yönelik adımları atmayı reddetmiş ve hatta cezaları artırmıştır. Pratikte, tedarikçi ile kullanıcı arasında ayırım yapmak genellikle güçtür ve Üye Devletler bu iki kategoriyi ayırma şekillerinde önemli farklılıklar sergilemektedir.

Avrupa ülkelerinin uyuşturucu kullanımı için ceza kanunları uygulamalarından artık daha az faydalandıkları fikri mevcut verilerden ortaya çıkmamıştır. Son beş yılda, Avrupa’da rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarının sayısı artmıştır. Rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarının çoğu kullanıma ve kullanım amacıyla bulundurmaya bağlı olup, arza bağlı suçlarda % 12 oranında artış kaydedilirken, bulundurmaya bağlı suçlar % 50’nin üzerinde artış göstermiştir. Esrar, uyuşturucu kanunu suçlarıyla en çok ilgisi olan uyuşturucu olmaya devam etmektedir.

Uyuşturucu kullanımına bağlı uyuşturucu kanunu suçlarının sayısındaki artışın sebepleri açık olmayıp bazı ülkelerde uyuşturucu bulundurmada hüküm giymenin idari açıdan daha kolay hale gelmiş olması ihtimaline de bağlı olabilir. Bununla beraber, veriler uyuşturucu kullanıcıları ve özellikle de esrar kullanıcıları için uyuşturucu suçlarından suçlu bulunma olasılığının son yıllarda düştüğüne ilişkin bazı görüşleri desteklememektedir. Bunun yanı sıra, uyuşturucu bulundurma için uygulanan ceza kanunlarının da ne derece değiştiği bilinmemekte ve EMCDDA gelecek yıl bir seçili konuda bu soruyu araştırmak istemektedir.

### Gençlerin uyuşturucu kullanımına karşı tutumlarını araştıran yeni anket

Yeni bir Eurobarometer anketi gençlerin uyuşturucu hakkındaki tutumlarını ve algılarını araştırmış ve ülkeler arasında önemli bir görüş birliği bulunduğunu ortaya çıkarmıştır. Genel olarak, araştırılanların % 81 ila % 96’sı eroin, kokain ve ecstasy gibi uyuşturucuların kullanımıyla ilişkili riskleri yüksek olarak değerlendirmiştir. Ankete katılanların büyük çoğunluğu (% 95) bu uyuşturucuların Avrupa’da kontrol edilmeye devam edilmesi gerektiği yönünde görüşünü sunmuştur. Esrara ilişkin görüşler ise daha çeşitli olup % 40 bu uyuşturucunun yüksek bir risk oluşturduğunu düşünürken, yaklaşık aynı sayıda kişi (% 43) esrar kullanımının, tütün içmekle ilişkili risklere oldukça

benzer, 'orta derecede bir sağlık riski' teşkil ettiğini ifade etmiştir. Esrar kullanımıyla ilişkili sağlık risklerine yönelik düşünceler, esrar yasağının sürdürülmesine yönelik desteğin daha az olmasına (%67) ve önemli bir azınlığın (%31) esrarın alkol ve tütün ürünlerine benzer şekilde düzenlenmesi gerektiği yönündeki görüşüne de aksetmiştir.

### **Uyuşturucu kullanımının önlenmesi: kanıt temeli artıyor ama uygulamaların değişmesi zaman alıyor**

Uyuşturucu kullanımının önlenmesine yönelik neredeyse evrensel düzeydeki desteğe rağmen, bu alandaki resmi değerlendirmeler yöntemsel açıdan güçlük teşkil etmektedir ve bu alandaki müdahalelerin etkinliğinin gösterilmesine yönelik mevcut kanıtlar tarihsel olarak sınırlı olmuştur. Uyuşturucunun önlenmesine yönelik bilimsel temel büyümeye devam ettikçe ve daha sıkı çalışmalar gerçekleştirildikçe, bu durum da değişmektedir. Çıkarımların, hâlâ çoğu zaman Avrupa tarafından önemi kuşkuyla görülen ABD'deki çalışmaların sonuçlarına dayanarak yapılması gerekmele beraber, şu anda Avrupa'da yapılan çalışmaların hacmi de artmaktadır. Bunlar birlikte ele alındığında, elde edilen bilgiler hangi türde faaliyetlerin etkili olabileceği ve en fazla risk altında bulunanların nasıl hedeflenebileceğinin daha iyi anlaşılmasına olanak vermektedir. Bununla beraber, yeni veriler, pek çok ülkede, hâlâ genellikle güçlü bir kanıt temeli bulunmayan yaklaşımların hakim olduğunu ve bunların, bazı durumlarda, zararlı dahi olabilecek faaliyetleri içerdiğini ortaya koymaktadır. Politika yapımcıların önündeki zorluk, faydalı olduğu bilinen programların genellikle daha fazla kaynak yatırımı ile eğitim ve kalite kontrolüne daha fazla dikkat edilmesi gereksinimi olabilir.

EMCDDA 2008 yılında, uyuşturucu alanında bilgi aktarımı ile en iyi uygulamaları desteklemek amacıyla, en iyi uygulama hakkında bir internet portalı sunmuştur. Bir önleme modülü de içeren portal, program etkinliği ve verimliliğine ilişkin en son kanıtların genel bir değerlendirmesinin yanı sıra müdahalelerin kalitesinin iyileştirilmesine yönelik araçlar ve standartlar da sunmaktadır. Burada tüm Avrupa'da değerlendirilen uygulamaların örnekleri de sunulmaktadır.

### **Uyuşturucu tedavisi: tedavi sonuçlarının ve hastaların ihtiyaçlarının daha fazla vurgulanması**

Uyuşturucu bağımlılığı için tedavi gören uyuşturucu kullanıcılarının sayısı son yıllarda önemli oranda artmış olup pek çok ülkedeki sorunlu opioid kullanıcılarının önemli bir oranı şu anda uzun süreli ikame tedavisinde bulunmaktadır. Bu eğilim, mevcut ilaçla tedavi seçeneklerinin artırılmasına yol açmış ve birincil bir politika hususu olarak tedavi almaktan ziyade tedavi kalitesi ve sonucuna verilen önemin artmasıyla sonuçlanmıştır. Tartışmanın

ekseni bilhassa ikame tedavisi için nelerin gerçekçi uzun vadeli hedefler teşkil ettiğine ve hastaların sosyal açıdan ne derece yeniden bütünleşeceğine ve normal yaşam tarzlarına geri dönebileceğine ilişkin hususlara kaymıştır. Bir iş sahibi olmanın, topluma yeniden entegrasyon için anahtar unsurlarından biri ve gelecekteki tahmini değerinin yüksek olduğu görülmüştür. Ancak Avrupa'da uzun süreli tedavide bulunan ve yaşlanmakta olan kronik uyuşturucu kullanıcılarının genelini karakterize eden yetersiz vasıflar ve düşük eğitim seviyesinden dolayı, işgücü pazarına yeniden giriş genellikle güçtür. Uzun süreli uyuşturucu sorunlarına sahip olanlar için neyin başarılı sonuç teşkil ettiğinin yanı sıra bu kesime mensup olanların toplumla başarılı bir şekilde yeniden bütünleşmenin ne derece başarılı olabileceğine ilişkin mutabakata varmak da Avrupa'daki uyuşturucu tedavi hizmetleri için önemi giderek artan sorular haline gelmektedir.

Avrupa'da sunulan uyuşturucu tedavi hizmetleri artmaya devam etmekle beraber, yine de bakım bulunabilirliği ile hizmetlerin farklı türde uyuşturucu sorunlarını ne derece ele aldığına ilişkin olarak ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, cezaevinde bulunan kullanıcılara uyuşturucu tedavi seçenekleri sunulmasının öneminin yaygın olarak kabul edilmesinin, çoğu ülkede pek gelişmemiş olan bu alandaki hizmetlere yapılan yatırımlarla da desteklenmesi gerekmektedir. Avrupa'daki uyuşturucu tedavi hizmetlerinin önündeki önemli bir sorun, uyuşturucu kullanıcılarından oluşan daha heterojen bir kesiminin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş bakım modelleri geliştirilmesine yönelik ihtiyaçtır. Kanıtların tek bir en iyi uygulamaya işaret etmediği genel bir arkaplana karşı, bazı Avrupa ülkeleri esrar veya kokain kullanıcılarını tedavi etmek için ilgi çekici yeni yöntemler geliştirmektedir. Alkolün de dahil olduğu çoklu uyuşturucu kullanımının farklı şekillerinin sebep olduğu karmaşık sorunlar, hizmet geliştirmede zorluklar yaratmaktadır. Dolayısıyla, hastalarının giderek çeşitlenen ihtiyaçlarına karşılık vermek istiyorlarsa, Avrupa'daki uyuşturucu tedavi hizmetlerinin gelecekte giderek daha çeşitli tepkiler geliştirmeleri gereksinimi oluşabilir.

### **Esrar kullanımına rağbetin azalmakta olabileceğine ilişkin daha güçlü işaretler bulunuyor**

Okul anketleri ve yetişkin nüfus anketlerinden elde edilen yeni veriler genel esrar kullanımının bazı ülkelerde dengelenmiş ya da düşmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Farklı ulusal eğilimler hâlâ göze çarpmakta olup, ülkeler arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Bu durum orta vadeli eğilimlerde de görülmekte olup bu eğilimler dahilinde genellikle, yaygınlık oranı daha düşük olan ülkeler tarafından rapor edilen artışlar, diğer pek çok ülke için

kararlı bir durum ve bazı yüksek yaygınlık oranı gösteren ülkelerde de düşüşler kaydedilmiştir.

Yaygınlık oranında görülen düşüşlerin en belirgin olduğu yaş grubu gençlerden oluşmaktadır. En son HBSC (Okul çağındaki çocuklarda sağlık davranışları) çalışmalarından elde edilen yeni okul anketi verileri, 2001-2006 döneminde çoğu ülkedeki 15 yaşındaki öğrenciler arasında kararlı veya düşmekte olan bir eğilim ortaya koymakta olup ön hazırlık raporları bu tablonun, 2008 sonunda yayımlanacak olan ESPAD'ın (Avrupa alkol ve diğer uyuşturucular hakkındaki okul projesi) son turunda onaylayabileceğini düşündürmektedir. Eskiden esrar kullanımına ilişkin yüksek yaygınlık oranlarıyla göze çarpan Birleşik Krallık'ta artık kararlı bir düşme eğilimi görülmekte olup bu eğilim en çok 16-24 yaş grubunda belirgindir. Esrar kullanımının gençler arasında gördüğü rağbetin azalmasının sebepleri iyi belgelendirilmiş olmamakla beraber, bu uyuşturucunun kullanımıyla ilişkili risklerin algılanmasındaki olası değişimlere bağlı olabilir. Bazı yorumcular, esrar kullanımının popülerliğindeki düşüşlerin sigara içmeye yönelik tutumların değişmesiyle ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür. Avrupa'da esrar genellikle tütünle birarada içilmekte olup uyuşturucu önleme programları hem yasadışı hem de yasal maddeleri kullanmanın sağlığa ilişkin sonuçlarını giderek birlikte ele almaktadır.

Yeni eğilimlere rağmen, Avrupa'da esrar kullanma düzeyleri tarihsel standartlar açısından hâlâ yüksek olup pek çok ülkede, çoğu genç erkekler olmak üzere, önemli sayıda düzenli ve yoğun kullanıcı bulunmaktadır. Düzenli ve yoğun esrar kullanıcılarının sayılarındaki eğilimler esrarın nüfusun genelindeki kullanım yaygınlığından bağımsız hareket edebilir ve bu kullanım şekilleri ile bunlara ilişkin sorunların daha hedefli bir şekilde ele alınması gerekmektedir.

### Yerel esrar üretimi: bilinmeyen büyük bir konu

Kenevir reçinesi pek çok AB Üye Devleti'nde tarihsel olarak en baskın ürün olup, uyuşturucunun bu biçiminin genel anlamda en büyük küresel tüketicisi hâlâ Avrupa'dır. Bununla beraber, büyük bir oranı meydana çıkarılamamış olan yerli bitkisel kenevir üretimi de Avrupa'da artmaktadır. Çoğu ülke artık kişisel tüketim amacıyla yetiştirilen birkaç bitkiden ticari amaçlarla yetiştirilen büyük ölçekli plantasyonlara kadar, yerel üretim yapıldığını bildirmektedir.

Yerel olarak üretilen bitkisel kenevirin kapsamı ve nispi pazar payı hâlâ bilinmediğinden, EMCDDA buna karşılık olarak Avrupa'daki esrar pazarının haritalandırılmasına yönelik bir çalışma gerçekleştirmektedir. Ayrıca gelişen esrar pazarının yol açtığı sonuçlara ilişkin tartışmalar da büyümektedir. Dile getirilen endişeler arasında, esrar üretim alanlarının suç oranlarını artırmasına bağlı olarak yerel topluluklar üzerinde

### Bir bakışta – Avrupa'da uyuşturucu kullanımına ilişkin tahminler

Burada sunulan tahminler yetişkin nüfusu (15-64 yaş) ifade etmekte olup elde bulunan en yeni verilere dayanmaktadır. Verilerin tümü ile yöntemibilim hakkında bilgi için bkz. ilişikteki istatistik bülteni.

#### Esrar

Yaşam boyu yaygınlık: en az 71 milyon (Avrupalı yetişkinlerin % 22'si)

Bir önceki yılda kullanım: yaklaşık 23 milyon Avrupalı yetişkin veya yaşam boyu kullanıcıların üçte biri

Bir önceki ayda kullanım: 12 milyonun üzerinde Avrupalı

Bir önceki yılda kullanım oranlarında ülke varyasyonu: genel aralık % 0,8 ila % 11,2

#### Kokain

Yaşam boyu yaygınlık: en az 12 milyon (Avrupalı yetişkinlerin % 3,6'sı)

Bir önceki yılda kullanım: 4 milyon Avrupalı yetişkin veya yaşam boyu kullanıcıların üçte biri

Bir önceki ayda kullanım: yaklaşık 2 milyon

Bir önceki yılda kullanım oranlarında ülke varyasyonu: genel aralık % 0,1 ila % 3,0

#### Ecstasy

Yaşam boyu yaygınlık: yaklaşık 9,5 milyon (Avrupalı yetişkinlerin % 2,8'i)

Bir önceki yılda kullanım: 2,6 milyonun üzerinde veya yaşam boyu kullanıcıların üçte biri

Bir önceki ayda kullanım: 1 milyonun üzerinde

Bir önceki yılda kullanım oranlarında ülke varyasyonu: genel aralık % 0,2 ila % 3,5

#### Amfetamin

Yaşam boyu yaygınlık: yaklaşık 11 milyon (Avrupalı yetişkinlerin % 3,3'ü)

Bir önceki yılda kullanım: yaklaşık 2 milyon veya yaşam boyu kullanıcıların beşte biri

Bir önceki ayda kullanım: 1 milyondan az

Bir önceki yılda kullanım oranlarında ülke varyasyonu: genel aralık % 0,0 ila % 1,3

#### Opioidler

Sorunlu opioid kullanımı: 1.000 yetişkin başına 1 ila 6 vaka 2005-06'da, uyuşturucu kaynaklı ölümler 15-39 yaşındaki Avrupalı ölümlerinin % 3,5'ine karşılık geliyordu ve bunların yaklaşık % 70'inde opioid bulunuyordu

Tüm tedavi taleplerinin yaklaşık % 50'sinde başlıca uyuşturucu

2006 yılında 600.000'in üzerinde opioid kullanıcısı ikame tedavisi görmüştür

yol açtığı olumsuz etki ile yerel olarak üretilen esrarın etki gücünün tipik olarak yüksek olması bulunmaktadır. Üretim alanları tüketiciye yakın, gizlenmesi nispeten kolay

olduğundan ve uyuşturucunun ulusal sınırlardan geçirilmesini gerektirmediğinden, yerli üretim ayrıca kanun uygulama organları için de sorun teşkil etmektedir.

### **Avrupa'daki bölünmüş bir uyarıcı uyuşturucu pazarında kokain kullanımı artmaya devam ediyor**

Uyarıcı uyuşturucular sadece Avrupa'daki kronik ve marjinalleşmiş sorunlu uyuşturucu kullanıcıları arasında bulunan uyuşturucu kullanma alışkanlıklarında değil, ayrıca uyuşturucuyu daha çok eğlence amaçlı kullanan, sosyal olarak daha iyi bütünleşmiş gençler arasında da önemli bir rol oynamaktadır. Ne var ki uyarıcı kullanım alışkanlıkları Avrupa'da farklılık göstermektedir: kokain şu anda Avrupa'nın güneyi ve batısında en yaygın olarak kullanılan uyarıcı olup, kullanımı artmaya devam etmektedir. Buna karşın, amfetamin ve ecstasy kullanımına ilişkin göstergeler genel olarak kararlı ya da düşen bir tablo ortaya koymaktadır. Bununla beraber, bazı durumlarda uyuşturucu sorununun önemli bir bölümünü teşkil ettikleri orta, kuzey ve doğu Avrupa'daki çoğu ülkede amfetamin hâlâ en çok kullanılan uyarıcıdır. Metamfetamin kullanımı Çek Cumhuriyeti ve Slovakya dışında nadir olmakla beraber, bu uyuşturucunun bulunabilirliği ya da kullanımı diğer ülkeler tarafından da düzensiz olarak rapor edilmektedir.

Hem farklı uyarıcı uyuşturucuların kullanıldığı ortamlarda hem de bunların kullanıma gerekçelerinde benzerlikler bulunduğundan, bu maddeler Avrupa uyuşturucu pazarında bir ölçüye kadar rakip ürünler olarak kabul edilebilir. Bundan dolayı, müdahalelerde münferit maddelerin hedeflenmesi kadar, uyarıcı uyuşturucuların münferit sorunlardan ziyade bir grup olarak ele alınması gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Bu maddelerden birinin bulunabilirliğini etkilemeye yönelik tedbirler yalnızca tüketicilerin alternatif ürünlere geçmesiyle sonuçlanacaksa ve alınacak olan tedbirleri baltalayacaksa bu önemli bir nokta teşkil edebilir.

### **Avrupa'da sentetik uyuşturucu üretimindeki gelişmeler çevresel maliyetler hakkındaki endişeleri artırıyor**

Avrupa ülkeleri en büyük amfetamin ve MDMA üreticileri arasında bulunmakla beraber, başka yerlerdeki üretimin artmasıyla Avrupa'nın göreceli önemi azalmış olabilir. Tipik olarak, her yıl 70 ila 90 üretim birimi ortaya çıkarılmakta olup, bunlar esasen batı ve doğu Avrupa'daki birkaç ülkede yoğunlaşmıştır. Kanun uygulama verileri, metamfetamin de dahil olmak üzere, sentetik uyuşturucu üretiminin gelişmekte olabileceğini göstermekte olup daha büyük reaksiyon kapları, endüstriyel ve ısıtılma donanım ve gezici ünitelerin kullanımıyla, üretim koşullarının ölçeği büyümektedir.

Tipik üretim koşullarının büyüklüğündeki artış atık dökme sorununu daha da zorlaştırabilir. Tipik olarak bir kilogram amfetamin ya da MDMA üretimi, çevresel bir tehlike oluşturan toksik ve yanıcı kimyasallar da dahil, 15-20 kilogram civarında atık madde oluşmasına yol açmaktadır. Çevresel hasar ve sentetik uyuşturucu üretiminin yol açtığı kimyasal atıkların yasadışı tasfiyesi için kullanılan alanların temizlenmesi anlamındaki maliyetler de önemli bir oranda artış gösterebilir.

### **Batı Afrika üzerinden kokain ticareti: endişelenecek bir konu ve müdahale edilmesi gereken bir alan**

Avrupa'da kokain kullanımı artmaya devam ettikçe, kokainin yasaklanmasına odaklanan çabalar da artmaktadır. Hem kokain ele geçirme vakalarının sayısı hem de ele geçirilen miktarlar büyümeye devam ederken, yıllık ele geçirme vakaları şu anda 120 tonun üzerinde olup bunun dörtte üçünden İspanya ve Portekiz sorumludur. Avrupa'ya kokain kaçakçılığıyla mücadeleye yönelik çabalar; yasaklama faaliyetlerinin koordinasyonunda ve Üye Devletler arasında istihbarat paylaşımında önemli bir rol oynayan Lizbon'daki Deniz Analizi ve Operasyon Merkezi – Narkotik Maddeleri (MAOC-N) kurumu tarafından desteklenmiştir.

Kokain Avrupa'ya birkaç yoldan girmekle beraber, batı Afrika ülkeleri üzerinden yapılan ticaret son derece artmış olup şu anda Avrupa pazarını hedefleyen kokain için en önemli yollardan birini teşkil etmektedir. Bu durumun hali hazırda pek çok sosyal, politik ve sağlık sorunuyla karşı karşıya bulunan bir bölgedeki kalkınma çabalarını baltalama ve bozma potansiyeli bulunmaktadır. Özellikle, kokain ticaretinden elde edilen gelirin cezai adalet sistemlerini zayıflatarak yolsuzluğu teşvik etme potansiyeli yüksektir. Avrupa Birliği ile Üye Devletleri bu büyüyen tehditle mücadele etmek için bir dizi tedbir geliştirmek üzere batı Afrika ülkeleri ile birlikte çalışmaktadır.

### **Sentetik opioid kullanımının arttığına dair raporların yanı sıra eroin sorunları da azalmıyor**

En yeni tahminlere göre, neredeyse 733 ton olan potansiyel küresel eroin üretimi artmaya devam etmiştir. Bununla beraber, bu artışın Avrupa'da bu uyuşturucunun bulunabilirliği ve kullanımı üzerindeki etkisinin ölçümü güçtür. Eldeki veriler bu alanda sonuç çıkarmayı güçleştirmektedir. Örneğin, Avrupa Birliği'nde ele geçirilen eroin miktarı hafifçe düşmüş olmakla beraber, Türkiye'de kaydedilen önemli artışlar bu duruma karşı denge oluşturmuştur.

Eroin sorunlarında, 1990'larda Avrupa'nın pek çok yerinde yaşananlara benzer epidemik bir büyüme gerçekleştiğini düşündürecek yönde güçlü bir kanıt bulunmamaktadır; genel olarak, veriler kararlı ama artık küçülmeyen bir soruna

işaret etmektedir. Bu şekliyle Avrupa'da eroin kullanımı ciddi bir halk sağlığı konusu teşkil etmekte ve hâlâ uyuşturucu kullanımıyla ilişkili genel sağlık maliyetleri ile sosyal maliyetlerin önemli bir kısmına karşılık gelmektedir. Veriler opioid, bilhassa da eroin kullanımının Avrupa'da uyuşturucu tedavisi görenlerin yaklaşık %60'ına karşılık geldiğini göstermektedir. Tedaviye yeni başlayanlar arasında, opioid kullanıcılarının – gerçek sayıları değil ama – göreceli oranı düşmekteydi ama bu eğilim artık dengelenmiş gibi görünmektedir. Ayrıca Avrupa'nın opioid kullanan kesiminin yavaş yavaş yaşlanmakta olduğuna dair kanıtlar bulunsada, veriler yeni tedavi vakalarının yakın gelecekte sorunun kapsamında önemli bir küçülme yaşanmasına olanak vermeyecek bir hızda meydana geldiğini ortaya koymaktadır.

Afganistan'daki durum göz önüne alındığında, belki de beklenmeyecek bir şekilde, hem saptırılmış hem de yasadışı üretilen sentetik opioidle ilgili sorunların bazı ülkelerde giderek yaygınlaştığı görülmektedir. Örneğin Letonya, Litvanya ve Estonya'da, AB dışında yasadışı olarak imal edilen 3-metilfentanil bulunabilirliğinden kaynaklanan sorunun büyümekte olduğuna dair işaretler bulunmaktadır. Bu uyuşturucunun kullanımı, kuvvetinden dolayı (fentanilin etki gücü eroinden önemli oranda fazladır), 2006 yılında Estonya'da rapor edilen fentanile bağlı 70'in üzerinde ölümcül zehirlenme vakasında da görüldüğü gibi, son derece tehlikeli olabilir. Diğer ülkeler terapötik amaçlardan saptırılmış olduğu düşünülen opioid kullanımına bağlı sorunlar için yardım isteyen kişilerin sayısında bir artış kaydetmektedir ve bu durum artık Avrupa'nın bazı bölgelerindeki kronik uyuşturucu kullanımını karakterize eden çoklu uyuşturucu sorununun büyümesine katkıda bulunmaktadır.

### **Uyuşturucu enjekte etme ve HIV: genel tablo olumlu ama önemli ulusal farklar bulunmakta**

Ayakta tedaviye başlayan tüm eroin kullanıcılarının %40'tan fazlası uyuşturucuyu enjekte ettiğini rapor etmekte olup bu durum özellikle zararlı olan bu uygulama yolunun Avrupa'da önemli bir sağlık hususu olmaya devam ettiğinin altını çizmektedir. Enjekte etme, HIV ve hepatit C de dahil kan yoluyla bulaşan enfeksiyonların yayılmasını da içeren ama bununla sınırlı olmayan bir dizi sorunla ilişkilidir. Tedaviye başlayanlar arasında enjekte edenlerin oranında meydana gelen değişimler, pek çok ülkede genel eğilimin enjekte etme dışındaki yollara kaydığını göstermekle beraber, verilerde belirgin bölgesel ve ulusal farklılıklar görülmektedir. Bazı ülkelerde, bilhassa da doğu Avrupa'da, uyuşturucu enjekte etme hâlâ eroin uygulamanın başlıca yolunu teşkil etmekte olup tedaviye başlayan eroin kullanıcılarının %80'den fazlası tarafından rapor edilmektedir. Bazı Üye Devletler'de, nispeten yüksek oranda genç ve yeni enjekte

eden uyuşturucu kullanıcısı bulunduğu işaret eden çalışmalardan, uyuşturucuya başlama seviyesinin hâlâ yüksek düzeylerde olduğu anlaşılmıştır.

Bazı ülkelerde meydana gelen yerel salgınlar bu on yılın başında ani bir çıkışa yol açtığından beri, Avrupa'da yeni HIV enfeksiyonlarının oranı genel olarak düşmektedir. Enjekte etme oranlarındaki azalmalar, tedavi ve hasar azaltma hizmetlerinin de artmasıyla birlikte, genel anlamda iyileşen bir duruma yol açmış gibi görünmektedir ve yeni enfeksiyon oranlarında belli bir artış gözlenen durumlarda da, bu artışlar küçük olmuştur. Ne var ki ülkeler arasında yine önemli farklılıklar vardır. Veriler Estonya, Letonya ve Portekiz'de düzelen bir duruma işaret etmekle beraber, bu ülkeler hâlâ orantısız şekilde yüksek olan yeni enfeksiyon oranları rapor etmekte ve Avrupa'da uyuşturucu kullanımına atfedilen tüm yeni HIV vakalarının önemli bir oranına karşılık gelmektedir. Bölgesel veya yerel çalışmalardan elde edilen veriler de HIV enfeksiyonu yayılmasının İspanya ve İtalya'da hâlâ sorun olduğunu düşündürmekle beraber, ulusal vaka raporlama verilerinin yokluğu bu ülkelerde eğilimlerin takip edilmesini güçleştirmektedir. Diğer yerlerde risk davranışı sürmekte olup hâlâ yeni salgınların meydana gelme olasılığı bulunduğundan, ihtiyatın elden bırakılmamasını gerektirmektedir. Örneğin, Bulgaristan 2006 yılında 34 yeni vaka rapor etmiş ama 2000-03 yıllarında neredeyse hiç enfeksiyon rapor etmemiştir.

### **Uyuşturucuya bağlı ölümler: halk sağlığı için önemli bir yük**

EMCDDA doğrudan uyuşturucu kullanımına atfedilebilir olan ölümcül zehirlenmeleri (uyuşturucu kaynaklı ölümler) izlemektedir. Avrupa'da her yıl rapor edilen ortalama 7.000-8.000 dolayında uyuşturucu kaynaklı ölüm meydana gelmekte ve bilinen yetersiz raporlamaya bağlı olarak, bu rakam minimum bir tahmini ifade etmektedir. Eroin başta olmak üzere, opioidler aşırı dozla en sık ilgisi bulunan uyuşturucular olmakla beraber, başka uyuşturucular ve alkol de yaygın olarak görülmektedir. Uyuşturucu kaynaklı ölümlerdeki eğilim bu on yılın başlarında birkaç yıl boyunca düştükten sonra, şu anda dengelenmiş bulunmaktadır. Bunun sebepleri belirsiz olup hem aşırı dozla ilişkili faktörler hem de önleme tedbirlerinin etkisi hakkında daha fazla araştırma yapılması ihtiyacına işaret etmektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada beklenenin sekiz-on kat üzerinde ölüm oranları rapor edilmesine bağlı olarak cezaevinden çıkan uyuşturucu kullanıcıları bilhassa risk altında olabilir. Genel olarak aşırı dozun önlenmesi alanında yapılan yatırımların artırılması gerekmektedir.

Çalışmalar ayrıca, hastalık, kaza ve şiddet olayları dikkate alındığında, genel ölüm oranının uyuşturucu kullanıcıları

arasında halkın genelinde olduğundan elli kat kadar daha fazla olabildiğini ortaya koymuştur. Bundan dolayı, genel uyuşturucuya bağlı ölüm oranının sebepleri ve kapsamının daha iyi anlaşılması ve tahliye olan mahkumların ve tedaviyi bırakanların maruz kaldığı riskler gibi farklı risklerin araştırılması için iyi tasarlanmış kohort (uydu) çalışmalarına yatırım yapılması gerekmektedir.

### **İnternet ve pazardaki yenilikler uyuşturucu politikası için güçlükler yaratıyor**

Yeni bir EMCDDA anketi Avrupa'daki çevrimiçi dükkanlarda 200'ün üzerinde doğal, yarı-sentetik ve sentetik psikoaktif ürün satıldığını ortaya koymuştur. Maddelerin pek çoğu 'yasal uyuşturucu maddeler' veya 'bitkisel uyuşturucu maddeler' olarak sınıflandırılmış olup kontrol edilen maddelere alternatif olarak pazarlanmakla beraber, gerçek hukuki statüleri Avrupa'da önemli oranda farklılık gösterebilir. Raporlar, bu ürünlerin çevrimiçi perakendecilerinin sayısının büyümekte olduğunu ve bunların, sözgelimi piyasaya yeni ürünler sunmak yoluyla, pazarın kontrol edilmesine yönelik girişimlere hızla ayak uydurduğunu ortaya koymaktadır. Buna ek olarak, görünürde meşru amaçlarla psikoaktif madde satan çevrimiçi eczaneler ve çevrimiçi perakendeciler de yasadışı uyuşturucu arzı için potansiyel olarak yeni yollar sağlamaktadır. Bunlar birlikte alındığında, İnternet satışları şu anda hem uluslararası hem de ulusal uyuşturucu politikaları ve kontrol mekanizmaları için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Yeni ürünlerin sunulma ve dağıtılma hızı düşünüldüğünde, çevrimiçi faaliyetlerin izlenmesi, geliştirilmesi gereken önemli bir alan haline gelmektedir.

### **Sivil toplumla diyalogun önemi artıyor**

Uyuşturucu sorunları bir dizi başka sosyal ve sağlık hususuyla içiçe geçmiştir. Bunun sonucunda, bu alandaki başarılı müdahaleler geniş bir katılımcı yelpazesıyla ittifak kurulmasını gerektirmekte olup uygulamaya kondukları toplulukların desteğinin faydasını görebilirler. Bu anlayış, politika

tartışmasının sivil toplumla diyalog içerisinde yürütülmesi gereğine verilen önemin artmasında da görülmektedir. Bu amaçla, Avrupa'daki uyuşturucu tartışmaları dahilinde yakın zamanda bazı eylemler gerçekleştirilmiştir. En dikkate değer olanlar arasında Avrupa Komisyonu tarafından bir sivil toplum forumu kurulması bulunmakta olup bu forum ön plandaki deneyimlerin sürece yedirilerek yeni AB uyuşturucu stratejisini şekillendirmesini ve AB uyuşturucu eylem planının değerlendirmesini bilgilendirecek bir fırsat sunmaktadır. Sivil toplum kuruluşları ve yerel toplulukların temsilcileriyle müzakerede bulunmanın önemi ayrıca AB uyuşturucu stratejisinde de tanınmış olup Avrupa Parlamentosu tarafından Mart 2008'de kabul edilen ve uyuşturucu politikalarının geliştirilmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ve izlenmesinde sivil toplumun temel rolünü vurgulayan bir raporda da yinelenmiştir.

### **Avrupa uyuşturucu araştırmaları ve uluslararası işbirliği ihtiyacı**

Son on yılda, uyuşturucuya bağlı araştırmalar ile bunu destekleyen altyapı (araştırma merkezleri, bilimsel dergiler, finansman mekanizmaları) Avrupa'da son derece gelişmiş olup bu durum EMCDDA tarafından 2008 yılında yayımlanan araştırma hakkındaki bir seçili konuda da ortaya konmuştur. Ne var ki, AB Üye Devletleri'nde uyuşturucuya bağlı araştırmalara yönelik çabalar için işbirliğinde ve bunların koordinasyonunda bu ilerlemeyle kıyaslanabilir bir artış meydana gelmemiştir. Bu hususa verilen önem arttığından Avrupa Komisyonu, Avrupa ve dünyanın diğer bölgelerinde mevcut bulunan altyapıların karşılaştırmalı bir analiziyle birlikte araştırma faaliyetlerinin bir envanterinin çıkarılması amacıyla yeni bir çalışma başlatılmasını istemiştir. Bu raporda AB düzeyinde işbirliğinin nasıl iyileştirilebileceğine dair tavsiyeler yer alacak ve rapor, Avrupa'daki araştırma finansman olanakları ile araştırma ve politika ihtiyaçları arasındaki bağlantıların nasıl iyileştirilebileceğine dair bir tartışmaya da katkıda bulunacaktır.



## Bölüm 1

### Politikalar ve kanunlar

#### Giriş

Uyuşturucu politikası 2008 yılında önemli bir husus teşkil edecektir. Bu yılda, gerek Birleşmiş Milletler gerekse de Avrupa Birliği yasadışı uyuşturucu kullanımı ve bunun yol açtığı zararlara ilişkin uyuşturucu politikalarının sonuçlarını değerlendirmektedir. Birleşmiş Milletler, dünyadaki uyuşturucu sorunu hakkındaki 1998 BM Genel Kurulu Özel Oturumu (UNGASS) sırasında karar verilen hedeflere ulaşılmasında ve tedbirlerin uygulanmasında kaydedilen ilerlemeyi gözden geçirmektedir. Avrupa’da, 2008 yılında mevcut AB uyuşturucu eylem planı (2005-08) son kez değerlendirilmekte olup, 2009-12 dönemine yönelik eylem planı tasarlanmaktadır. Bunun yanı sıra, daha önce görülmemiş sayıda AB Üye Devleti de yine bu yıl içerisinde ulusal uyuşturucu stratejilerini ve eylem planlarını gözden geçirmekte ve uyuşturucu politikasına yönelik yeni belgeler<sup>(1)</sup> oluşturmaktadır.

EMCDDA, 2008 yılında elde edilen bulguları ve kaydedilen gelişmeleri bir sonraki yıllık raporunda tartışacaktır. Bu yıl, Bölüm 1 uyuşturucu politikasında yapılan yeni değişikliklere odaklanmakta, uyuşturucuya bağlı kamusal giderler hakkında yeni veriler sunmakta, uyuşturucu kanunlarının üç özel boyutunu incelemekte – kişisel kullanım amaçlı bulundurma, cezaya alternatifler ve halkın korunması hususu – ve uyuşturucuyla ilgili suçlardaki en son eğilimlere dikkat çekmektedir. Bölüm AB Üye Devletleri’nde uyuşturucuya ilişkin araştırmaların genel bir değerlendirmesiyle son bulmaktadır.

#### Uluslararası ve AB düzeyindeki politik gelişmeler

##### UNGASS 10-yıllık değerlendirme

Haziran 2008’de, 20. BM Genel Kurulu Özel Oturumu (UNGASS), dünyadaki uyuşturucu sorununu tartışmak üzere, New York’ta bir araya gelmiştir. Bu ‘uyuşturucu zirvesi’, uluslararası topluluğun yeni gündemini belirlerken üç anahtar

belge<sup>(2)</sup> kabul etmiştir: siyasi bir bildiri; uyuşturucu talebinin azaltılmasına yönelik kılavuz ilkelere ilişkin bir bildiri ve uluslararası işbirliğinin artırılmasına yönelik tedbirlerle birlikte, beş bölümden oluşan bir ilke kararı. BM Üye Devletleri, siyasi bildiriye kabul etmekle, yasadışı uyuşturucu arzı ve talebinin 2008’e kadar azaltılması hususunda ölçülebilir sonuçlar elde etmeyi taahhüt etmişlerdir.

Birleşmiş Milletler’in bu yılki Narkotik Uyuşturucu Komisyonu (CND) oturumu, 1998 yılındaki UNGASS sırasında belirlenen amaç ve hedeflere ulaşılmasında kaydedilen ilerlemeye ilişkin 10 yıllık bir değerlendirmeyi sunmuştur. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından sunulan bir raporda, son on yılda önemli gelişmeler kaydedilmekle beraber, bazı alanlarda ve bölgelerde, BM Üye Devletleri’nin siyasi bildiride yer alan amaçlara ve hedeflere tam olarak ulaşamadığı tartışılmıştır<sup>(3)</sup>. Bu değerlendirmeyi bir yıllık bir düşünme dönemi izleyecek olup bu sırada önce hükümetlerarası uzman çalışma gruplarında, daha sonra da oturumlararası toplantılarda tartışmalar yapılacaktır. Bu, 2009’daki CND’de iki günlük, üst düzeyde, yoğun bir hazırlık bölümü yapılmasına olanak sağlayacak olup burada ileriye dönük olası siyasi bildiri ve tedbirlere ilişkin kararlar alınacaktır.

Avrupa Birliği, UNGASS değerlendirmesinde aktif bir rol oynamaktadır. AB tarafından hazırlanan ilke kararları CND’nin 2006 (49/1), 2007 (50/12) ve 2008 (51/4) oturumlarında kabul edilmiş olup bunların hepsi bilimsel ve şeffaf bir değerlendirme süreci gerektirmektedir. Avrupa Komisyonu’nun finanse ettiği ve UNODC’nin gerçekleştirdiği uzman danışma toplantılarına EMCDDA da katılmış ve bu bağlamda Avrupa’da 1998’den beri uygulanan uyuşturucu stratejileri ve tepkilere ilişkin genel bir değerlendirme sunmuştur.

##### AB uyuşturucu eylem planının değerlendirilmesi

Aralık 2007’de, Avrupa Komisyonu AB uyuşturucu eylem planı (2005-08)’in uygulanmasına ilişkin ikinci ilerleme raporunu sunmuştur. AB Üye Devletleri, EMCDDA, Europol

(1) ‘Ulusal uyuşturucu politikası belgesi’ tabiri, resmi olarak bir uyuşturucu stratejisi, eylem planı, programı veya diğer politika belgesi olarak sunulduğu durumda, uyuşturucu alanındaki genel ilkeleri ve özel müdahaleleri ya da hedefleri belirleyen, hükümet onaylı, her türlü resmi belge anlamına gelmektedir.

(2) <http://www.un.org/ga/20special/>

(3) <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

ve Avrupa Komisyonu'ndan gelen verileri içeren rapor, 2007 için planlanan tedbirlerin ne ölçüde gerçekleştirildiğini değerlendirmektedir. Değerlendirmede varılan başlıca sonuçlardan biri, Üye Devletler'in uyuşturucu stratejilerinin kesiştiği bazı noktalar bulunduğuudur. Değerlendirme ayrıca, arz azaltma faaliyetlerine ilişkin veri toplamadaki ve planlanan bazı eylemleri, bunların uygulamalarını değerlendirmek için seçilen göstergelerle ilişkilendirmedeki güçlüklerle dikkat çekmiştir.

Mevcut AB uyuşturucu eylem planının nihai değerlendirmesi 2008 yılında yapılmış olup AB Üye Devletleri, Europol ve EMCDDA katkıda bulunmuştur. Değerlendirme raporu Komisyon tarafından 2008 sonbaharında yayımlanacak ve bulguları mevcut AB uyuşturucu stratejisi (2005-12) kapsamındaki ikinci eylem planının (2009-12) şekillendirilmesine katkı sağlayacaktır.

### AB'deki diğer gelişmeler

Eylül 2007'de, Konsey ve Avrupa Parlamentosu, 2007-13 finansal çerçevesi ve genel medeni adalet ve temel haklar programı kapsamında 'Uyuşturucu önleme ve bilgilendirme' programını <sup>(4)</sup> kabul etmiştir. Programın genel hedefleri: uyuşturucu kullanımının önlenmesi ve azaltılması, bağımlılık ve uyuşturucuya bağlı hasar; uyuşturucu kullanımına ilişkin bilgilerin iyileştirilmesine katkı sağlanması ve AB uyuşturucu stratejisi (2005-12) kapsamında yapılan eylemlerin desteklenmesidir. Program kapsamında, Komisyon çalışmaları, Avrupa'daki uyuşturucu alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarının operasyon maliyetleri ve uluslararası projeler için 21,35 milyon EUR tahsis edilecektir. Diğer Topluluk programlarıyla ortak eylemler de yapılabilecektir; örneğin, sağlık alanındaki ikinci Topluluk eylem programının (2008-13) okullar ve işyerleri gibi belirli ortamlarda yasadışı uyuşturuculara karşı eylemler ve farklı sağlık belirteçlerini ele alan sağlık teşvikine ilişkin bölümü, <sup>(5)</sup>.

Haziran 2006'da, Avrupa Komisyonu, mevcut uyuşturucu eylem planında belirtildiği gibi, uyuşturucu politikasında sivil toplumun rolü hakkında bir Yeşil Kitap yayımlamıştır. Bunu 2007 yılında uyuşturucuyla ilgili yeni bir sivil toplum forumuna yönelik bir seçim süreci izlemiştir. Forumun amacı, Komisyon ile AB'deki sivil toplum kuruluşları, aday ülkeler ve uygun olduğu durumda, Avrupa komşuluk politikası ülkeleri arasında resmi olmayan görüş ve bilgi alışverişine yönelik bir platform görevi görmesidir. Forumda, geniş bir görüş yelpazesini temsilen, 26 örgüt bulunmaktadır. Aralık 2007'de ilk kez toplanan forum, mevcut AB uyuşturucu eylem

planının değerlendirmesi ile yeni eylem planını tartışmak üzere Mayıs 2008'de ikinci kez bir araya gelmiştir.

## Ulusal uyuşturucu stratejileri

### Yeni gelişmeler

2007'nin ikinci yarısında dört AB Üye Devleti (Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan Finlandiya), Türkiye ve Norveç tarafından yeni uyuşturucu eylem planları ya da programları kabul edilmiştir. Tüm bu belgeler üç ila dört yıllık bir dönemi kapsamakta olup Türkiye'nin eylem planı haricinde, daha önceki planlar ve programların devamı niteliğindedirler. Aynı yıl, İspanya da kokaine karşı ek bir ulusal eylem programı kabul etmiştir (2007-10).

2008 yılının başlarında, üç Üye Devlet daha yeni politika belgeleri kabul etmiştir. İtalya'nın ilk eylem planı'nın zaman çerçevesi bir yıl olup bunu yeni AB uyuşturucu eylem planıyla senkronize edilecek olan dört yıllık bir eylem planı (2009-12) takip edecektir. Malta'nın ilk ulusal uyuşturucu politikası belgesi, zaman çerçevesi belirtilmeksizin, gelecek yıllarda uygulamaya konacak neredeyse elli eylem içermektedir. Son olarak, Birleşik Krallık'ın yeni 10 yıllık uyuşturucu stratejisi (2008-18) ilk kez yakın gelecekte uygulamaya konacak anahtar eylemleri belirleyen üç yıllık bir eylem planıyla (2008-11) tamamlanmaktadır.

2007'nin sonu ile 2008'in başında kabul edilen ulusal uyuşturucu politikası belgelerinin birçoğu esasen yasadışı uyuşturuculara odaklanmış olup bazıları ayrıca alkol, tütün, ilaç ve performans artırıcı uyuşturucular gibi maddeleri de ele almaktadır. Bu durum Avrupa ülkeleri arasındaki bir eğilime işaret etmektedir; yasadışı maddelerle yasal maddeler arasındaki ilişki ve benzerlikler bulunduğu kabul edilmekte ama uyuşturucu politikası belgeleri yasadışı uyuşturucular dışındaki maddeleri nadiren kapsamlı bir şekilde ele almaktadır <sup>(6)</sup>. Yeni kabul edilen eylem planına yasadışı uyuşturucuları ve alkolü bütünüyle eklemiş bulunan Norveç, buna istisna teşkil eden durumlardan biridir. Yeni kabul edilenlerle birlikte 2009 için geliştirilecek çok sayıda ulusal uyuşturucu stratejileri ve eylem planları, EMCDDA'nın, 2006 seçili konusunda belirleştirilerek yasal ve yasadışı uyuşturucuların ulusal uyuşturucu politikalarıyla daha fazla bütünleştirilmelerine yönelik olan eğilimin sürüp sürmediğini araştırmasına olanak verecektir.

### Genel durum

Her bölgesinde bölgesel bir uyuşturucu ya da bağımlılık stratejisi veya eylem planı bulunmasına rağmen, ulusal

<sup>(4)</sup> 2007-2013 dönemi için, genel 'Temel haklar ve adalet' programının bir parçası olarak özel 'uyuşturucuyu önleme ve bilgilendirme' programını oluşturan 1150/2007/AT sayılı Avrupa Parlamentosu ve 25 Eylül 2007 tarihli Konsey kararı (RG L 257, 03.10.2007, s. 23).

<sup>(5)</sup> Sağlık alanında ikinci bir Topluluk eylem programı oluşturan 1350/2007/AT sayılı Avrupa Parlamentosu ve 23 Ekim 2007 tarihli Konsey kararı (RG L 301, 20.11.2007, s. 3).

<sup>(6)</sup> Bkz. 2006 seçili konusu 'Avrupa uyuşturucu politikaları: yasadışı uyuşturucuların ötesine mi geçti?'.

bir uyuşturucu stratejisi ya da eylem planı kabul etmemiş tek ülke Avusturya'dır. Diğer 26 Üye Devlet'in yanı sıra Hırvatistan, Türkiye ve Norveç'te de, uyuşturucu politikası ulusal uyuşturucu politikası belgelerinde belirlenmiştir. Bir karşılaştırma noktası olarak 1995 yılında, bu 30 ülkeden yalnızca 10 tanesi bu tür bir araç geliştirmiştir (Şekil 1).

Uyuşturucu stratejileri ve eylem planlarının formatında da kesişim noktaları görmek mümkündür. Ondört ülke şimdi ulusal uyuşturucu politikası belgelerini mevcut AB uyuşturucu stratejisi ve eylem planına benzer çizgilerle yapılandırmaktadır. Bunun yanı sıra, aynı sayıda ülke artık ulusal uyuşturucu politikalarını birbirini tamamlayıcı iki araç kullanarak düzenlemektedir: stratejik bir çerçeve ile bir eylem planı (Şekil 1). 2000 yılında, Avrupa Birliği bu yaklaşımı ilk kez kullandığında, iki tamamlayıcı uyuşturucu politikası belgesine sahip sadece iki Üye Devlet bulunuyordu.

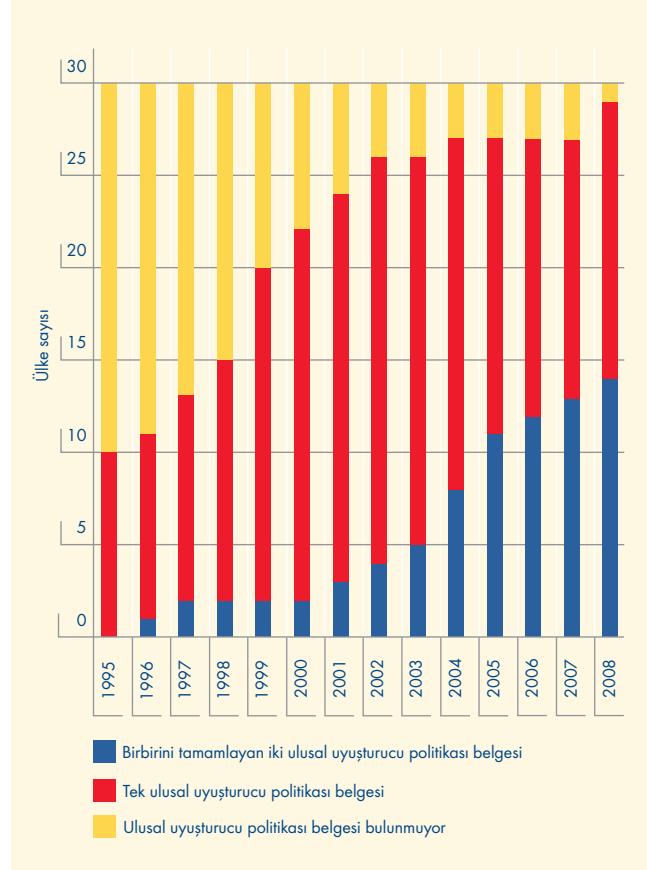
Ulusal uyuşturucu politikası belgelerinin içeriklerinin AB Üye Devletleri, Hırvatistan, Türkiye ve Norveç arasında kesiştiğine dair işaretler bulunmasının yanı sıra farklı ülkeler tarafından benimsenen ulusal uyuşturucu stratejileri ile eylem planlarında ortak hedeflerin ve ortak müdahalelerin giderek arttığı görülmektedir. Bununla beraber, Avrupa ülkeleri uyuşturucu sorunlarının yanı sıra siyasi, sosyal ve ekonomik anlamda da birbirlerinden ayrıldıklarından, ulusal uyuşturucu politikaları arasındaki farklılıklar azalmakla birlikte bir ihtimal bu farklılıklar gelecekte de bir ölçüye kadar sürecektir. Bu farklılıklara ilişkin kimi örneklerin Bölüm 2'de altı çizilmiştir.

## Değerlendirme

2008 yılında, 13 Üye Devlet ulusal uyuşturucu politikası belgelerini hali hazırda yeniden tasarlamış ya da yeniden inceleme ve yeniden tasarlama aşamasında bulunduğundan, bu yıl ulusal düzeyde politika yapıcılık açısından şimdiye kadarki en faal yıl olacaktır. İtalya, Malta ve Birleşik Krallık'ta takiben, 2008 yılında İrlanda da uyuşturucu stratejisini yenileyecektir; Fransa, Portekiz ve Romanya uyuşturucu eylem planlarını yenileyecektir; Bulgaristan, İspanya, Kıbrıs, Litvanya ve Slovakya hem uyuşturucu stratejilerini hem de eylem planlarını yenileyecektir. Son olarak, Avrupa'daki en eski ulusal uyuşturucu politikası belgesine sahip Hollanda da 2008'de yeni bir belge oluşturmayı amaçlamaktadır.

Avrupa'da ulusal uyuşturucu stratejileri ve eylem planlarında asli bir unsur olarak izleme faaliyetinin de eklenmesine yönelik ihtiyaç giderek daha fazla öne çıkmaktadır. Yukarıda sözü geçen ülkelerin hemen hepsi uyuşturucu stratejileri veya eylem planlarının uygulanmasına ilişkin bir ilerleme raporu üretmiş ya da üretmeyi planladığı gibi bazıları, örneğin; İrlanda, Kıbrıs ve Portekiz 2008'de daha ayrıntılı değerlendirmeler üretebilir.

**Şekil 1: 27 AB Üye Devleti, Hırvatistan, Türkiye ve Norveç arasında ulusal uyuşturucu politikası belgelerine sahip ülkelerin sayısındaki eğilim**



Kaynaklar: Reitox ulusal odak noktaları.

Ne var ki, AB Üye Devletleri ulusal uyuşturucu stratejileri ve eylem planlarının değerlendirilmesine yönelik yöntemleri ve yaklaşımlarında ayrılmaktadır; ve bu alandaki en iyi uygulamaların saptanması gerekmektedir. Eylül 2007'de Portekiz'in AB dönem başkanlığında düzenlenen, değerlendirme hakkındaki bir konferansta bu noktaya dikkat çekilmiştir. Bu soruna yönelik olarak, EMCDDA, Üye Devletler'le işbirliği içerisinde, bu alanda Avrupa kılavuz ilkeleri geliştirilmesi olasılığını araştırmaktadır.

## Uyuşturucuyla ilgili kamusal harcamalar

2006 için, dört AB Üye Devleti (Çek Cumhuriyeti, İrlanda, Polonya, Portekiz) uyuşturucuyla mücadeleyle ilgili kamusal harcamalar hakkında ayrıntılı bilgi sunmuştur (Tablo 1'de özetlenmiştir). Dört ülkeden iki tanesi, uyuşturucuyla ilgili harcamaların merkezi hükümet ile bölgesel veya yerel hükümet arasında bölüştürülmesine ilişkin bilgiler sunmuş, bu da farklı hükümet sektörlerinin oynadığı rollerin karşılaştırılmasını mümkün kılmıştır. Veri bulunan ülkelerde, rapor edilen uyuşturucuyla ilgili kamusal harcamalar

merkezi hükümet tarafından finanse edilen faaliyetlere tahsis edilmiştir.

Onbir Üye Devlet, devletin uyuşturucu sorununa tepki mahiyetinde başlatılan belirli faaliyetlere ilişkin harcamaların ayrıntılarını vermiştir. Başka iki ülke daha uyuşturucu sorunuyla ilgili genel kamusal harcamaların kaba tahminlerini sunmuş olmakla beraber (İspanya, Malta), paranın harcadığı faaliyetler hakkında bilgi vermemişlerdir.

2005 yılında, Avrupa ülkelerinin uyuşturucuyla ilgili toplam kamusal harcamalarının 13 milyar EUR ile 36 milyar EUR arasında olduğu hesaplanmıştır (EMCDDA, 2007a). Bu rakam, altı ülkenin (Belçika, Macaristan, Hollanda, Finlandiya, İsveç, Birleşik Krallık) uyuşturucuyla ilgili toplam kamusal harcamalarının diğer devletlere ekstrapole edilmesiyle hesaplanmıştır. Yakın zamanda, başka ülkelerden (Çek Cumhuriyeti, Fransa, Lüksemburg, Polonya, Slovakya) alınan verileri de içeren yeni bir tahmin sunulmuştur (EMCDDA, 2008d). Avrupa'da uyuşturucuyla ilgili kamusal harcamalara ilişkin yeni tahmin 34 milyar EUR (% 95'lik güven aralığı, 28-40 milyar EUR) olup bu tüm AB Üye Devletleri'nin toplam gayri safi yurt içi hasılasının % 0,3'üne denktir. Bu durum, uyuşturucu sorununa yönelik devlet harcamalarının ortalama AB yurttaşına maliyetinin yılda 60 EUR olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, bu rakamlar yine de dayandıkları sınırlı verilerden dolayı mutlak kabul edilmemelidir.

#### Uyuşturucu kullanımının sosyal maliyetine ilişkin raporlar

Uyuşturucu kullanımının sosyal maliyetine (uyuşturucu kullanımından kaynaklanan doğrudan ve dolaylı maliyetlere) ilişkin veriler dört Üye Devlet tarafından rapor edilmiştir. Bu raporlar, üretildikleri ülkelerdeki uyuşturucu kullanımının

etkisine ilişkin faydalı içgörüler sunabilmekle birlikte, yöntemlerdeki ve sonuçların rapor edilme şekillerindeki farklılıklar, bu ülkeleri kıyaslamının mümkün olmadığı anlamına gelmektedir. Farklı ülkelerden elde edilen verilerin kıyaslanabilir olmaması, Avrupa'da uyuşturucu kullanımının sosyal maliyetinin izlenmesine yönelik ortak bir yaklaşım benimsenmesi ihtiyacına dikkat çekmektedir.

İtalya'da, yasadışı uyuşturucu kullanımının sosyal maliyetinin 6.473 milyon EUR olduğu tahmin edilmiş ve bunun en büyük bölümü kanun uygulama faaliyetlerinden kaynaklanırken (% 43) geri kalanı sağlık bakım hizmetleri ile sosyal hizmetler (% 27) ve uyuşturucu kullanıcılarının verimlilik kaybı ile uyuşturucu kullanımından dolayı olarak etkilenen kişiler (% 30) arasında bölünmüştür. Buna ek olarak, uyuşturucu kullanıcılarının yasadışı uyuşturucu satın almak için 3.980 EUR harcadığı tahmin edilmiştir. Bu veriler temelinde, İtalya'da uyuşturucu kullanımının maliyetinin gayri safi yurt içi hasılasının % 0,7'sini temsil ettiği hesaplanmıştır. Avusturya için rapor edilen verilerde, 2004'te, doğrudan ve dolaylı maliyetler arasındaki ayrılma İtalya için bildirilenin tam tersiydi: uyuşturucu kullanımından kaynaklanan tahmini 1.444 milyon EUR'luk sosyal maliyetin % 72'sini dolaylı maliyetler oluşturuyordu.

Birleşik Krallık, 2003/4 yıllarında, İngiltere ve Galler'de A sınıfı (?) uyuşturucu kullanımından kaynaklanan ekonomik ve sosyal maliyetlerin 22,26 milyar EUR olduğunu rapor etmiş ve bu rakam her sorunlu uyuşturucu kullanıcısı için yıllık 63.940 EUR'luk bir maliyet ifade ediyordu. Sorunlu uyuşturucu kullanımının toplam maliyetlerin % 99'una karşılık geldiği öne sürülmüştü. Uyuşturucuya bağlı suçtan kaynaklanan maliyetler, kanun uygulama ve uyuşturucuya bağlı suç mağdurlarına olan maliyetlerle birlikte, toplam maliyetin en büyük kısmını oluşturuyordu (% 90 ya da 20,1 milyar EUR).

**Tablo 1: Seçilmiş AB Üye Devletleri tarafından uyuşturucu olarak etiketlenirilmiş kamusal harcamalar <sup>(1)</sup>**

| Ülke                   | Hükümet sektörüne göre rapor edilen etiketlenmiş giderler (EUR) |           |            |             | Toplam kamusal harcamaların bir oranı olarak toplam <sup>(2)</sup> (%) |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|------------|-------------|------------------------------------------------------------------------|
|                        | Merkezi                                                         | Bölgesel  | Yerel      | Toplam      |                                                                        |
| Çek Cumhuriyeti        | 12 821 000                                                      | 3 349 000 | 1 699 000  | 17 869 000  | 0,04                                                                   |
| İrlanda <sup>(3)</sup> | 214 687 000                                                     | -         | -          | 214 687 000 | 0,39                                                                   |
| Polonya                | 68 476 000                                                      | 644 000   | 13 253 000 | 82 373 000  | 0,08                                                                   |
| Portekiz               | 75 195 175                                                      | -         | -          | 75 195 175  | 0,11                                                                   |

<sup>(1)</sup> Resmi muhasebe belgelerinde açıkça uyuşturucuyla ilgili olarak 'etiketlenmiş' kamusal harcamalar.

<sup>(2)</sup> Yıllık genel toplam hükümet harcamaları.

<sup>(3)</sup> İrlanda'da bakanlıklar ve devlet kurumlarının uyuşturucuyla ilgili yıllık harcamalarını koordinasyondan sorumlu Topluluk, Kırsal ve Gaeltach İşleri Bakanlığına bildirmeleri istenmektedir. Bu harcamalar resmi muhasebe belgelerinde uyuşturucuyla ilgili olarak etiketlenirilmiş olmayabilir.

Kaynak: Reitox ulusal odak noktaları ve Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

(?) A sınıfı uyuşturucular, en zararlı kabul edilen uyuşturucular olarak tanımlanmakta.

### **Avrupa'da uyuşturucuya bağlı kamusal harcamaların daha iyi anlaşılmasına doğru – EMCDDA 2008 seçilmiş konu**

EMCDDA, 2005-08 AB uyuşturucu eylem planı'na karşılık, uyuşturucuya bağlı kamusal harcamaların ölçülmesine yönelik yöntemler belirlenmesi, geliştirilmesi ve test edilmesini hedefleyen bir proje geliştirmiştir. Bu mesele hakkındaki seçilmiş bir konu, 2005'te AB Üye Devletleri ile Norveç'te uyuşturucuya bağlı kamusal harcamalara ilişkin genel rakamların bir değerlendirmesini sunmaktadır. Belirlenen harcamaların çoğu orijinal olarak uyuşturucuya bağlı 'etiketlenirilmiş' olup genellikle resmi muhasebe belgelerinin ayrıntılı olarak incelenmesiyle bulunmuş olduğundan, muhtemelen devletlerin uyuşturucu alanındaki gönüllü faaliyetlerini yansıtmaktadır. Mümkün olduğu durumlarda, daha geniş hedefli programların içinde gizli bulunan ya da 'etiketsiz' harcamalar, modelleme teknikleriyle tahmin edilmiştir. Bu yeni ikili yaklaşım, kamusal masrafların uyuşturucu ve uyuşturucuyla mücadelede geçerliliği ile ülkeler arası karşılaştırılabilirliğini maksimum eden standartlaştırılmış tahminler sunmaktadır.

Bu seçili konu basılı olarak ve İnternet üzerinde sadece İngilizce olarak bulunmaktadır (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

### **Ulusal mevzuat geliştirme**

Uyuşturucu hakkındaki 1998 UNGASS'ından beri uyuşturucu mevzuatında yapılan değişikliklerin incelenmesi, uyuşturucu politikası belgelerinin uluslararası düzeyde, Avrupa ve ulus düzeyinde gözden geçirildiği ve değerlendirildiği bu yılda özellikle önem arz etmektedir. Bu bölüm, üç ana alanda gözlemlenen değişiklikleri göz önünde bulundurarak, şu soruyu sormaktadır: Hukuki tanımlardaki ve uyuşturucu kullanıcılarına yönelik tepkilerdeki değişiklikler ülkelerin uyuşturucu kullanıcılarına yönelik yaklaşımlarında yeni ve daha kapsamlı bir eğilime mi işaret etmektedir?

### **Kişisel kullanım amaçlı bulundurma**

Geçen 10 yıl içerisinde, çoğu Avrupa ülkesi suçlu kabul edilen uyuşturucu satıcısı ile daha ziyade tedaviye ihtiyacı olan hasta olarak görülen uyuşturucu kullanıcıları arasında bir ayrım yapan bir yaklaşıma yönelmişlerdir. Bununla beraber, Üye Devletler son yıllarda kabul ettikleri yeni kanunlarda bu kategorilerin tanımlanma şekilleri açısından önemli farklılıklar sergilemektedir.

Üye Devletler'in en fazla ayrıldıkları hususlardan biri, kişisel bulundurma için eşik miktarlar belirleyip belirlememe konusudur. 2004-06 döneminde, Bulgaristan kişisel bulundurma kavramını kaldırmış, İtalya 12 yıl sonra tekrar yürürlüğe koymuş ve Birleşik Krallık da kavramı yürürlüğe koymakla birlikte, uygulamama yoluna gitmiştir. Kıbrıs

ve Belçika, 2003 yılında, sırasıyla tüm uyuşturucular ve esrar için sınır miktarlar belirlerken; Almanya'da Länder, 'belirsiz miktarlar'a yapılan atıf tanımsız olduğu için 3 ve 30 gram arasında olarak yorumlanan bir anayasa mahkemesi kararının daha tutarlı bir şekilde uygulanması için çalışmaktadır. 2005 yılında, Slovakya'da, kişisel kullanıma ilişkin hukuki tanımlarda maksimum oran bir doz yerine 3 doz ve daha büyük miktarlar için de 10 doz olacak şekilde genişletilmiştir. Ancak aynı zamanda, bundan daha fazlasını bulundurmanın cezası, ticaret suçu için olduğu gibi, net olarak en az dört yıl hapis cezasına çıkarılmıştır.

Küçük gruplar içerisinde uyuşturucu kullanımı da kullanıcılar ve tedarikçilerin ayırt edilmesine yönelik çabalara engel teşkil eden bir diğer husustur. Belçika'da, ceza gerektiren özel bir suç olarak bir grup içerisinde kullanma suçu 2003'te yürürlükten kaldırılmıştı; aynı yıl, Macaristan ceza kanununda yapılan bir değişiklik, 'ortaklaşa' tüketilecek küçük bir miktarı tedarik eden kişinin (hukuki açıdan belirsiz olarak temyiz edildiğinden) tedaviye sevk edilmesine olanak vermiştir. 2006'da, Malta, tedarikçilere yönelik minimum altı aylık cezanın paylaşma durumlarında her zaman uygun olmadığına karar vererek, istisnalara olanak verecek şekilde kanunu değiştirmiştir.

Cezaya ilişkin olarak, kullanım ya da kişisel kullanım amaçlı bulundurmaya yönelik maksimum ya da muhtemel cezalar, ağırlaştırıcı koşulların yokluğunda, çeşitli Avrupa ülkelerinde 2001 itibarıyla indirilmiştir – ya tüm uyuşturucular için (Estonya, Yunanistan, Macaristan, Portekiz, Finlandiya) ya da esrarla sınırlı (Belçika, Lüksemburg, Birleşik Krallık) ya da daha az riskli uyuşturucular için (Romanya). Bununla beraber, bu dönemde, cezaları indirmeyen ülkeler de olmuştur: Fransa ve Polonya istisnalarından sonra kanunlarını değiştirmemeye karar vermiş ve Danimarka da 'normal' cezaları yükselterek, ihtarlardan (artırılan) para cezalarına çevirmiştir. İtalya'da yeni çıkarılan bir kanun uyuşturucu tüketimini idari bir suç konumuna iade etmiş ve esrar da eroin ve kokain gibi diğer yasadışı uyuşturucularla aynı ceza kapsamına alınmak üzere yeniden sınıflandırılmıştır. Birleşik Krallık'ta esrarın yukarıya doğru yeniden sınıflandırılacağı beyan edilmiştir.

### **Cezaya alternatifler**

Uyuşturucu kullanıcılarının cezai adalet sistemi yoluyla tedaviye erişiminde meydana gelen değişiklikler tipik olarak iki ortak özelliği paylaşmaktadır. Öncelikle, hepsi uyuşturucu kullanıcılarını tedaviye yönlendirme kapsamını genişletmektedir. Ancak, tedavi önerisinin yapıldığı aşamaya yönelik olarak ülkeler arasında bazı farklılıklar bulunmakta olup, çoğu ülke tedaviyi, polis veya savcıyla tanışmanın erken aşamalarından ziyade, mahkeme aşamasında önermektedir. İkinci olarak, bu değişiklikler koşulludur; tedavi emrinin ihlali

cezai suçlama, adli kovuşturma ya da cezalandırma usulünü tekrar başlatacaktır.

Ülkeler, UNGASS ve AB eylem planı hedeflerine uygun olarak, cezaya veya hapse alternatif olarak, suçluların tedavi veya danışmaya sevk edilmelerine yönelik seçenekler ya da sistemler getirmiş veya bunların kapsamını genişletmişlerdir. İrlanda ve Malta'da, uyuşturucu kullanıcıları artık tutuklandıktan sonra tedaviye yönlendirilebilmektedir; tutuklanma üzerine uyuşturucu testi yapılmasına bazı koşullarda izin verilen Birleşik Krallık'taki durum da budur. İrlanda, Birleşik Krallık (İngiltere ve İskoçya) ile Norveç'te özel uyuşturucu mahkemeleri oluşturulmuş ve bu konu Malta'da da tartışılma aşamasındadır; Portekiz bir avukat, bir doktor ve bir sosyal hizmetliden oluşan bir 'uyuşturucu kullanımından caydırma kurulları' sistemi oluşturmuştur. Diğer ülkelerdeki yeni kanunlar cezaya alternatif bir tedavi şekli getirmiştir: Fransa'da 'bağımlı olmayan uyuşturucu kanunu suçluları' bilinçlendirme kurslarına gidebilmekte veya bunların parasını ödeyebilmektedir; İspanya, Macaristan ve Letonya'da, tedaviye başlayan uyuşturucu kullanıcıları için hürriyet bağlayıcı cezalar ertelenebilmekte ve Bulgaristan, Macaristan, Romanya ile Türkiye'de, gözaltı süreci tedaviyle birleştirilebilmektedir. Hollanda, cezaevinden erken tahliye olmanın bir koşulu olarak tedavi seçeneğinin kullanılmasını artırmayı hedeflemektedir. Finlandiya'da, uygun bulunduğu durumda, hüküm giymiş suçlular temiz kaldıkları takdirde açık bir cezaevine yönlendirilebilmektedir; Yunanistan'da, bunlar özel bir tedavi birimine gönderilebilmektedir. Uyuşturucu tedavisi programlarına uygunluk, İtalya'da (söz konusu suç, eskiden dört yılken artık altı yıla kadar hapisle cezalandırılabilir bir suç ise) ve İspanya'da (üç yıldan beş yıla çıkarılmıştır) daha ağır cezalardan hüküm giymiş olanları içerecek şekilde genişletilmiştir. Belçika'da, cezai adalet sürecinin tüm seviyelerinde, uyuşturucu kullanan suçluları tedaviye yönlendirmek üzere alternatifler mevcuttur.

Cezaya alternatif teşkil eden çeşitli tedavi şekilleri ve bunların ne ölçüde kullanıldığına ilişkin ayrıntılı tanımlar ELDD'nin 'Konu değerlendirmesi' ve 'Hukuki raporlar' bölümlerinde bulunmaktadır <sup>(8)</sup>.

### Halkın korunması hususu

Geçtiğimiz on yılda, ceza hukuku, giderek daha fazla oranda, halkı uyuşturucu kullanıcısından korumaya yönelik olarak kullanılmış ve 'hasta' kullanıcı ile 'suçlu' satıcı arasında yapılan ayırma paralel olarak, 'kullanıcı' kategorisi de toplumun diğer mensuplarına rahatsızlık veya zarar verenler ve vermeyenler olarak hukuki bakımdan kendi içinde ayrılmıştır. Yukarıda açıklanan, kişisel kullanıma yönelik cezaları indiren ya da cezaya alternatif sunan tedbirler de bu gelişmenin bir parçasıdır. Bu tedavi seçenekleri ya da

ceza indirimleri, söz gelimi, kullanıcının halkta herhangi bir rahatsızlığa sebep olmaması koşuluyla verilmektedir.

Toplumun diğer mensuplarına zarar verebilecek suçlara yönelik kriterler de genişletilmiş ve cezalar artırılmıştır. Çoğu yasama faaliyeti, uyuşturucu aldıktan sonra araba kullananlar üzerinde yoğunlaşmıştır (Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İspanya, Fransa, Letonya, Litvanya, Portekiz, Finlandiya). İrlanda, Finlandiya ve Norveç'te işyerinde uyuşturucu testini düzenleyen yeni kanunlar, esasen uyuşturucu etkisi altında olmanın önemli bir tehlike veya risk arz edeceği durumlarda test yapmaya izin verildiğini vurgulamaktadır. Çeşitli ulaşım araçlarında uyuşturucu almak yeni kanunlarla kontrol edilmektedir: İrlanda'da tren ve gemiler; Letonya'da tekneler; Finlandiya'da uçaklar. Son birkaç yılda ayrıca, uyuşturucuya bağlı olarak halka rahatsızlık vermenin önlenmesi ya da cezalandırılmasına yönelik kanun ve stratejiler (bkz. 2005 seçili konu); bar veya başka tesislerin kapatılmasına ya da insanların buralara girmesinin önlenmesine yönelik yeni yetkiler (Belçika, İrlanda, Hollanda) ve ticari olarak uyuşturucu dağıtılan ya da sistematik olarak uyuşturucu kullanılan yerlerdeki özel ikametgahların kapatılmasına yönelik yetkiler (sırasıyla, Hollanda, Birleşik Krallık) getirilmiştir. Buna paralel olarak, bu dönemde, kullanıcı olmayanları tütün kullanımından korumak üzere yeni kanunlar da Avrupa genelinde uygulamaya konmuştur: 2004 itibarıyla, 24 Avrupa Üye Devleti (Yunanistan, Macaristan ve Polonya dışında hepsi) kapalı kamusal alanlarda sigara içmeyi, genellikle ihlal edenlere yönelik önemli para cezalarıyla birlikte, yasaklamış ya da sıkı sınırlandırmalar getirmiştir.

Burada gözden geçirilen hukuki değişiklikleri özetlemek gerekirse: cezai yaptırımların çoğunun ağırlaştırıcı koşulları bulunmayan münferit kullanıcı için indirildiği ama neredeyse bir karşı denge unsuru olarak eylemleri toplumun diğer mensuplarını etkileyebilecek kişiler için artırıldığı görülmektedir. Bu sonucunu ceza hukukunun halkın korunması için kullanılmasına verilen artan önemi yansıtmaktadır.

### Uyuşturucuya bağlı suç

Uyuşturucuya bağlı suç, bir şekilde uyuşturucuyla bağlantılı olarak işlenmiş tüm suçları içerebilen, geniş bir kavramdır <sup>(9)</sup>. Pratikte, Avrupa'da rutin veriler sadece uyuşturucu kanunu suçlarına ilişkin ilksel raporlardan, en başta da polisten elde edilmektedir. Bu veriler genellikle uyuşturucu kullanımı ya da satışının dolaylı göstergeleri olarak kabul edilmekle beraber, ulusal mevzuattaki ve kanunların uygulanma şekillerindeki farklılıkları yansıttıkları da unutulmamalıdır. Veriler ayrıca belirlenen önceliklerdeki ve cezai adalet kurumlarının

<sup>(8)</sup> <http://eldd.emcdda.europa.eu>

<sup>(9)</sup> Uyuşturucu ve suç arasındaki ilişkilere dair bir tartışma için bkz. EMCDDA (2007b).

belirli suçlar için tahsis ettiği kaynaklardaki farklılıkları da yansıtmaktadır. Buna ek olarak uyuşturucu kanunu suçlarına ilişkin ulusal bilgi sistemlerinde, özellikle raporlama ve kaydetme faaliyetlerine ilişkin farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar ülkeler arasında karşılaştırma yapmayı güçleştirdiğinden, mutlak rakamlardan ziyade eğilimlerin kıyaslanması daha doğrudur.

Genel olarak, AB Üye Devletleri'nde rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarının sayısı 2001 ve 2006 arasında ortalama % 36 oranında artmıştır (Şekil 2). Veriler, beş yıllık dönem boyunca genel bir düşüş rapor eden Bulgaristan, Yunanistan, Letonya ve Slovenya dışında, rapor eden tüm ülkelerde artış eğilimleri ortaya koymaktadır <sup>(10)</sup>.

### Kullanım ve arzla ilgili suçlar

Kullanımla ilgili uyuşturucu kanunu suçları ile arzla ilgili (satış, ticaret, üretim) olanlar arasındaki denge önceki yıllarda rapor edilenlere benzerdir. Çoğu Avrupa ülkesi suçların çoğunluğunun uyuşturucu kullanımı ya da kullanım amaçlı bulundurma ile ilgili olduğunu bildirmiş ve 2006 oranları İspanya'da % 93'e kadar ulaşmıştır <sup>(11)</sup>. Ne var ki, Çek Cumhuriyeti, Hollanda, Türkiye ve Norveç'te arzla ilgili suçlar ağırlıkta olduğundan dolayı, 2006'da rapor edilen tüm uyuşturucu kanunu suçlarının % 52'si (Türkiye) ile % 88'ine (Çek Cumhuriyeti) karşılık gelmekteydi.

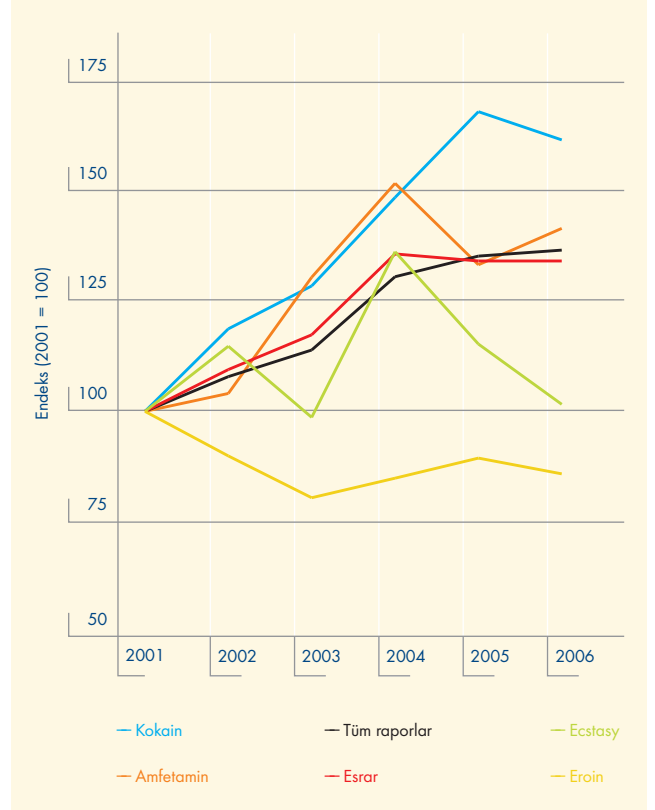
Kullanımla ilgili uyuşturucu kanunu suçlarının sayısı Avrupa Birliği'nde 2001 ve 2006 arasında ortalama % 51 oranında artmış, rapor eden ülkelerin üçte ikisi artış eğilimi gösterirken, sadece Slovenya ve Norveç beş yıllık dönemde bir düşüş eğilimi sergilemiştir <sup>(12)</sup>. Bunun yanı sıra, tüm uyuşturucu kanunu suçlarının bir kısmına oranla kullanımla ilgili suçların aynı dönemde rapor eden ülkelerin yarısında artmış olması da dikkate değer bir husustur.

Uyuşturucu arzıyla ilgili suçlarda da 2001-06 döneminde Avrupa Birliği'nde, çok düşük bir hızda olmakla beraber, ortalama % 12'lik bir artış kaydedilmiştir. Bu dönemde, arzla ilgili suçların sayısı rapor eden ülkelerin yarısından fazlasında artmış, dört ülkede (Almanya, Kıbrıs, Hollanda, Slovenya) ise azalmıştır <sup>(13)</sup>.

### Uyuşturucuya göre eğilimler

2006 yılında çoğu Avrupa ülkesinde, 'esrar' rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarında en çok adı geçen yasadışı uyuşturucu olmaya devam etmiştir <sup>(14)</sup>. Bu durumun geçerli olduğu ülkelerde, esrarla ilgili suçlar tüm uyuşturucu kanunu suçlarının % 36-86'sına karşılık geliyordu. Birkaç ülkede, esrar dışındaki uyuşturucular ağırlıkta idi: Çek

**Şekil 2:** AB Üye Devletleri'nde uyuşturucu kanunu suçlarına ilişkin raporlardaki endekslenmiş eğilimler, 2001-06



Not:

Eğilimler, AB Üye Devletleri'ndeki tüm kanun uygulama kurumları tarafından rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarına (cezaî olan ve olmayan) ilişkin ulusal rapor sayısı hakkındaki mevcut bilgileri ifade etmektedir; tüm seriler genel bir AB eğilimi oluşturmak üzere, 2001'de 100'lük bir taban üzerinden endekslenmiş ve ülke nüfusu büyüklüğüne göre ağırlıklandırılmıştır; eğilimlerde yer alan ülkelerde 2006'da rapor edilen suçların toplam sayısı (ağırlıklandırmadan önce) şöyledi: amfetamin, 41.069; esrar, 550.878; kokain, 100.117; ecstasy, 17.598; eroin, 77.242; tüm raporlar, 936.866.

İki veya daha fazla ardışık yıl için veri bulunmayan ülkeler eğilim hesaplarına dahil edilmemiştir: genel eğilim Birleşik Krallık haricindeki tüm AB ülkelerine dayanmaktadır; esrara ilişkin eğilim 18 ülkeye, eroin 18 ülkeye, kokain 17 ülkeye, amfetamin 12 ülkeye ve ecstasy de 13 ülkeye dayanmaktadır. Yöntembilim hakkında daha fazla bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil DLO-3.

Kaynaklar: Reitox ulusal odak noktaları ve nüfus verileri için Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Cumhuriyeti'nde tüm uyuşturucu kanunu suçlarının % 60'ını metamfetamin oluşturuyordu; Malta'da, eroinin oranı % 41 idi. Lüksemburg'da, uyuşturucu kanunu suçları esrar, eroin ve kokain arasında neredeyse eşit dağılmıştı.

2001-2006 beş yıllık döneminde, esrar içeren uyuşturucu kanunu suçları sayısının rapor eden çoğu ülkede artması ya da aynı kalmasıyla, Avrupa Birliği'nde genel olarak

<sup>(10)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DLO-1.

<sup>(11)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DLO-2.

<sup>(12)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil DLO-2 ve Tablo DLO-4.

<sup>(13)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DLO-5.

<sup>(14)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DLO-3.

ortalama %34'lük bir artış meydana gelmiştir (Şekil 2). Ancak Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti (2002-06), İtalya ve Slovenya'da düşme eğilimleri rapor edilmiştir <sup>(15)</sup>.

Kokaine bağlı suçlar 2001-06 döneminde Bulgaristan, Almanya ve Slovenya dışındaki tüm Avrupa ülkelerinde artmıştır. AB ortalaması da aynı dönemde %61 oranında artmıştır.

2001-06 döneminde, eroinle ilgili uyuşturucu kanunu suçları esrar ya da kokainle ilgili olanlardan farklı bir tablo sergileyerek Avrupa Birliği'nde, esasen 2001 ve 2003 arasında ortalama %14 oranında bir düşüş göstermiştir. Bununla beraber, eroin suçlarındaki ulusal eğilimler bu dönem boyunca farklılıklar göstermiş ve ülkelerin üçte biri artış eğilimleri rapor etmiştir <sup>(16)</sup>.

Hem amfetamin hem de ecstasy'le ilgili suçlardaki ortalama AB eğilimleri 2004'te doruğa ulaşmıştır. Amfetaminle ilgili suçlara ilişkin eğilim artmayı sürdürürken (ortalama değer 2001-06 döneminde %41 oranında artmıştır), ecstasy'le ilgili suçlara ilişkin AB ortalaması 2001 ve 2006 arasında genel bir değişiklik olmaksızın bu dönem boyunca dalgalanmıştır.

## Uyuşturucuyla ilgili ulusal araştırmalar

Uyuşturucu sorununa dair araştırmalar tüm Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilmekte olup yasadışı uyuşturucuların ulusal düzeydeki etkisinin anlaşılması ve tanımlanması için esas olan bilgileri sağlamaktadır. 25 Üye Devlet, Hırvatistan ve Norveç'ten gelen raporlara dayanarak, Avrupa ülkelerinde yapılan uyuşturucuyla ilgili araştırmaların organizasyonuna ilişkin genel bir değerlendirme yapılabilir. Kanıt temelli müdahalelerin öneminin giderek daha çok farkına varıldığı bir zamanda, 21 ülke tarafından araştırma sonuçlarının, en azından bir ölçüye kadar, uyuşturucu politikasını bilgilendirdiğinin rapor edilmesi dikkate değer bir husustur.

## Koordinasyon ve finansman

Uyuşturucuyla ilgili araştırmalar, rapor eden 27 ülkeden 20'sinin ulusal uyuşturucu stratejisi ya da eylem planında özel bir başlık altında ya da kanıt temelli politikanın temel bir unsuru olarak yer almaktadır. Rapor eden 27 ülkeden 15'inde, uyuşturucuyla ilgili araştırmaları koordine etmeye yönelik yapılar ulusal düzeyde mevcuttur. Sadece beş ülke uyuşturucuyla ilgili araştırmaların ulusal stratejilerinde yer almadığını ya da bu alanda ulusal bir koordinasyon yapıları bulunmadığını bildirmektedir.

Üye Devletler tarafından rapor edilen uyuşturucu araştırmalarına yönelik başlıca finansman kaynağı, ya genel araştırmalara yönelik programlar ya da uyuşturucu

alanındaki araştırma programlarıyla, devlettir. Sağlık ve sosyal bilimler, uyuşturucuyla ilgili araştırmalar için finansman bulunabilecek başlıca genel araştırma alanlarından ikisidir. Özel olarak uyuşturucuyla ilgili araştırmalara tahsis edilmiş finansman imkanı, ulusal uyuşturucu koordinasyon organları yoluyla elde edilebilir (Çek Cumhuriyeti, İspanya, Fransa, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Norveç). Her iki türdeki finansman programları genellikle yasadışı uyuşturuculara ilişkin araştırmaları alkol, tütün ya da kumar gibi, bağımlılık alanındaki diğer araştırmalarla birleştirmektedir. Fonlar çoğunlukla atanan araştırmalara yönelik sözleşmeler ya da araştırmacıların başvuruda bulunduğu çerçeve programlar yoluyla elde edilebilmektedir. Rapor edilen diğer finansman kaynakları arasında vakıflar, bilim akademileri, özel enstitüler, uyuşturucuyla mücadeleye yönelik özel fonlar, Avrupa Komisyonu ve Birleşmiş Milletler bulunmaktadır.

## Yapılar ve projeler

Çoğu ülke araştırmaların genellikle üniversitelerde ve uzmanlık merkezlerinde gerçekleştirildiğini, bunların bazılarının ulusal odak noktalarına ev sahipliği yaptığını ve bunları özel ve kamusal araştırma merkezlerinin takip ettiğini rapor etmiştir. Bazı ülkeler (Almanya, İspanya, Portekiz ) tarafından ulusal araştırma ağıları bulunduğu rapor edilmiştir. Bunlar araştırmaların organizasyonu ve finansmanında önemli bir rol oynayabilir ve ayrıca araştırma ve uygulama arasında daha dolaysız bağlantılar kurulmasını teşvik edebilir.

Üye Devletler tarafından rapor edilen, 2000'den beri gerçekleştirilmekte olan belli başlı araştırmaların yarısından fazlası epidemiyoloji alanında ve yaklaşık üçte biri de uygulamalı araştırma alanında (özellikle önleme ve tedavideki müdahalelere ilişkin değerlendirmeler) gerçekleştirilmişti. Ayrıca bahsi geçen araştırma konuları arasında uyuşturucu kullanımına ilişkin belirleyici faktörler, risk ve koruyucu faktörler, uyuşturucu kullanımının sonuçları ile uyuşturucu mekanizmaları ve etkileri yer alıyordu.

Bazı ülkeler uyuşturucu araştırmalarında kısıtlamalar bulunduğunu rapor etmiştir. Saptanan sorunlar arasında aşağıdakiler bulunuyordu: koordinasyon eksikliği ve dağınık kaynaklar gibi organizasyon sorunları (Almanya, Fransa, Avusturya); vasıflı araştırma personeli eksikliği (Letonya, Macaristan) ve yöntembilimsel sorunlar (veri koruma hususları, gizli nüfus kesimlerine ulaşmadaki sorunlar, araştırma projelerinde süreksizlik). Bazı ülkeler uyuşturucu araştırmaları için sınırlı finansman imkanını temel kısıtlamalardan biri olarak belirtmiştir (Belçika, Yunanistan, Polonya, Romanya, Finlandiya).

<sup>(15)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DLO-6. Esrarla ilgili suçların bütünlüyci bir analizi için bkz. Bölüm 3.

<sup>(16)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DLO-7.

### Yaygın bildirme

Avrupa'da uzmanlık alanı uyuşturucu olan ve İngilizce dışında 11 dilde yayın yapan toplam 25 emsal taramalı dergi bulunduğu saptanmıştır. Bu ulusal dergilerin çoğu İngilizce özetler yayımlamakta ve uluslararası katkıları memnuniyetle karşılamaktadır. Uzmanlık alanı yasadışı uyuşturucular ve bağımlılık olan yayınlara ek olarak, yasadışı uyuşturucu kullanımına ilişkin makaleler de pek çok disipline ait emsal taramalı dergilerde ve meslek dergilerinde

yayımlanmaktadır. 2006 yılında, uyuşturucu alanındaki araştırma bulguları bu tür 100'ün üzerinde Avrupa dergisinde yayımlanmıştır. Ulusal odak noktalarınıninkiler de dahil, diğer türden yayınlar da yaygın bildirmede önemli bir rol oynamaktadır.

Reitox ulusal odak noktaları da özellikle ulusal raporları yoluyla tüm rapor eden ülkelerde, araştırma sonuçlarının yaygın bildirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

### Uyuşturucuyla ilgili araştırmalarda gelecek program

EMCDDA tarafından Reitox ulusal odak noktaları yoluyla Avrupa ülkelerinde uyuşturucu alanında yapılan araştırmalar hakkında ayrıntılı bilgi toplanmıştır. Üye Devletler tarafından sunulan bilgiler arasında ulusal araştırma kurumlarının ve finansman düzenlemelerinin bir açıklaması bulunmaktadır. Üye Devletler ayrıca 2000 yılından beri gerçekleştirilen başlıca çalışmaların listelerini de sunmuş ve ülkelerinde gerçekleştirilen uyuşturucuyla ilgili araştırma bulgularının yaygın olarak bildirildiği bilimsel belgeler, bilimsel gazeteler ve web siteleri belirlemişlerdir. EMCDDA, farklı yaygın bildirme ürünleri ve kanallarıyla bilgiyi erişime sunmaktadır (bkz. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Bu konuya ilişkin daha ayrıntılı bir değerlendirme için bkz. 2008 uyuşturucuyla ilgili araştırmalar hakkında seçili konu (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Avrupa Komisyonu, Avrupa Birliği'nde yasadışı uyuşturuculara ilişkin araştırmaların ayrıntılı bir karşılaştırmalı analizinin yapılmasını istemiştir. Söz konusu çalışma, araştırma hakkındaki seçili konunun sonuçlarına dayanarak ve kapsamını uyuşturucu arzının azaltılması ve güvenlik alanındaki araştırmaları da içerecek şekilde genişletilerek uyuşturucuyla ilgili araştırmalar için Avrupa Birliği ve Üye Devletler'den temin edilecek finansman seçeneklerinin genel bir özetini sunacaktır. Bu çalışma, Üye Devletler'de ve Avrupa düzeyindeki mevcut araştırma altyapısını inceleyecek ve Kuzey Amerika ve Avustralya gibi diğer bölgelerle karşılaştırmalar yapacaktır. Çalışma, bilgiyle ilgili eksikliklerin giderilmesi ve Avrupa düzeyinde işbirliğinin artırılmasına yönelik politika seçenekleri için tavsiyelerle sona erecektir. Ayrıca, EMCDDA ve Reitox ulusal odak noktaları da dahil olmak üzere, mevcut Avrupa ağlarını değerlendirecektir. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar 2009'un başında yayımlanacaktır.



## Bölüm 2

### Avrupa’da uyuşturucu sorunlarına tepki verme – genel bakış

#### Giriş

Bu bölüm Avrupa’da uyuşturucu sorunlarına yönelik tepkilerin genel bir değerlendirmesini sunmakta, mümkün olduğu yerde eğilimlere, gelişmelere ve kalite hususlarına dikkat çekmektedir. Burada gözden geçirilen tedbirler arasında önleme, tedavi, hasar azaltma ve sosyal yeniden bütünleşme yer almakta olup bunlar birlikte ele alındığında kapsamlı bir talep azaltma sistemi oluşturmaktadır. Bu bölüm ayrıca cezaevlerindeki uyuşturucu kullanıcılarının ihtiyaçlarına ilişkin mevcut verilerin bir incelemesine ve bu özel ortamdaki mevcut tepkilere de yer vermektedir. Buna ek olarak, uyuşturucu politikasının diğer bir alanı olan uyuşturucu arzının azaltılması hususundaki ileriye dönük sorunlar da kısaca tartışılmaktadır.

#### Önleme

Uyuşturucuyu önleme, çevresel önlemeden gerekli önlemeye kadar, ideal olarak birbiriyle yarışmayıp birbirini tamamlayan farklı seviyelere ya da stratejilere ayrılabilir. Avrupa’daki mevcut durumun ve eğilimlerin aşağıdaki açıklaması 2007’de EMCDDA’ya rapor edilen evrensel ve seçici önleme faaliyetlerine ilişkin nicel verilere <sup>(17)</sup> ve endike önlemeye ilişkin bir literatür taramasına dayanmaktadır (EMCDDA, 2008f).

#### Evrensel önleme

Avrupa’da evrensel okul temelli uyuşturucu önlemenin hedefleri son yıllarda değişmiş görünmektedir. 2007’de, önleme faaliyetlerinin en sık rapor edilen hedefi yaşam becerilerinin geliştirilmesi (rapor eden 28 devletten 12’si), 2004’te, ülkelerin yarısı (13/26) başlıca hedefleri olarak bilinçlendirme ile bilgilendirmeyi rapor etmiştir. Yapısal bir müdahale biçimi olan koruyucu okul ortamları oluşturulması hususu da 2004’te olduğundan (dört ülke) daha sıkça (altı ülke) başlıca hedeflerden biri olarak belirtilmiştir. Rapor edilen hedeflerdeki değişiklikler daha akılcı ve kanıt temelli bir yaklaşımı yansıtabilir ama hedeflerdeki bu değişikliğin mevcut durumu ne ölçüde yansıttığı açık değildir.

Veliler için etkinlikler ve sadece bilgi vermeye yönelik stratejiler (okullarda bilgi günleri, uzman ya da polis

#### Uyuşturucu arzının azaltılmasına ilişkin izleme faaliyetinin iyileştirilmesi

Uyuşturucu arzının azaltılması hususunun, yasadışı uyuşturucuların kullanıcılara ulaşmasını engellemeye yönelik tüm faaliyetleri kapsadığı söylenebilir. Bunlar arasında, uluslararası sözleşmeler, AB düzeyinde ve ulusal mevzuat ve politikalar gibi araçların yanı sıra yasadışı uyuşturucu üretimi ve ticaretinde ve ayrıca yasal maddelerin (ilaçlar, öncül kimyasal maddeler) yasadışı amaçlarla ve para aklamak için yasadışı imalatı ya da saptırılmasında yer alan farklı süreç ve aktörleri ele alan eylemler de bulunmaktadır. Kanun uygulama faaliyetleri, alternatif kalkınma girişimleri ve uyuşturucuya bağlı suçun önlenmesine yönelik projelerin hepsi yasadışı uyuşturucu arzının azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Uyuşturucu talebinin azaltılmasında olduğu gibi, izleme ve analiz bu faaliyetlerin ve bunların değerlendirilmesinde önemli bir destek görevi görmektedir.

AB uyuşturucu eylem planı ile UNGASS değerlendirmesi’nde (bkz. Bölüm 1) yer alan yıllık ilerleme değerlendirmeleri çerçevesindeki yeni veri toplama uygulamaları, arz azaltma alanında karşılık verilerin bulunurluğuna ilişkin karışık bir tablo ortaya koymaktadır. Uluslararası projelere bağlı faaliyetler genellikle iyi belgelendirilmişken ulusal düzeydeki faaliyetler hakkındaki veriler çoğu zaman erişimi ve karşılaştırılması güç niteliktedir. Avrupa Komisyonu, Eurostat, Europol ve EMCDDA, bir sonraki AB uyuşturucu eylem planı (2009-12) çerçevesinde bu durumu iyileştirmek üzere çalışmaktadır. Mevcut kavramsal çerçeveler ve bilgi sistemlerinin yanı sıra Üye Devletler’de arz azaltma faaliyetlerinin izlenmesi ve analiz edilmesine yönelik potansiyel bilgi kaynakları da gözden geçirilecektir. Ayrıca uyuşturucu pazarlarının, bilhassa da arz ve dağıtım düzenlemelerinin, hem ekonomik hem de sosyal boyutlarıyla daha iyi anlaşılmasına yönelik bir ihtiyaç bulunmaktadır. Avrupa Komisyonu tarafından finanse edilen iki çalışma hem uyuşturucu arzını azaltmaya ilişkin bilgi sistemleri ve kaynaklarını hem de uluslararası uyuşturucu pazarlarını inceleyecektir.

memuru ziyaretleri) en çok sayıda ülke tarafından rapor edilen okul temelli müdahale türleri arasındadır (Şekil 3). Bu müdahalelerin ne derece etkili olduğu bilinmemektedir. Buna karşın, daha fazla kanıta dayalı müdahaleler sadece birkaç ülkede rapor edilmiştir. Bunlar arasında; standartlaştırılmış programlar, akran yaklaşımları ya da özellikle erkek çocuklara yönelik müdahaleler bulunmakta olup bunların hepsi iletişim becerilerinin iyileştirilmesini, çatışmalar, stres

<sup>(17)</sup> Veriler Üye Devletler’deki ulusal uzmanlar tarafından sunulmuştur.

ve hayal kırıklığıyla başa çıkma yeteneklerinin artırılmasını ya da uyuşturucu kullanımı hakkındaki normatif yanlışların düzeltilmesini hedeflemektedir. Kanıt temeli olmayan ya da zayıf olan müdahalelerin genel baskınlığı daha az kaynak ve yetersiz eğitilmiş personele bağlanabilir.

Okullarda özel olarak uyuşturucu kullanımını hedef alan faaliyetlere ek olarak, yapısal müdahaleler de bulunmaktadır. Yapısal müdahaleler, koruyucu ve normatif sosyal ortamlar oluşturulmasını hedeflemek suretiyle, gençlerin uyuşturucu kullanımı hakkındaki tercihlerini etkilemeyi hedeflemektedir (Toumbourou vd., 2007). Bu yaklaşım, okullarda tütün ve alkolle ilişkin giderek daha sıkı düzenlemeler benimseyen genel önleme politikalarına da paraleldir. Bu tarzda, yirmi ülkenin tüm okullarda sigara yasağı uyguladığı ve 18 ülke de uyuşturucu politikalarının okullarda tam ya da yaygın olarak uygulandığını rapor etmektedir <sup>(18)</sup>. Bilhassa orta ve batı Avrupa’da, Üye Devletler okullarda tütün ve alkol kullanımını azaltmaya yönelik yapısal müdahaleler uygulamaya konduğunu rapor etmektedir. Bu önleme tedbirleri ayrıca okul binalarının tasarımının ve okul hayatının iyileştirilmesi gibi başka yapısal tedbirlerle de tamamlanabilir.

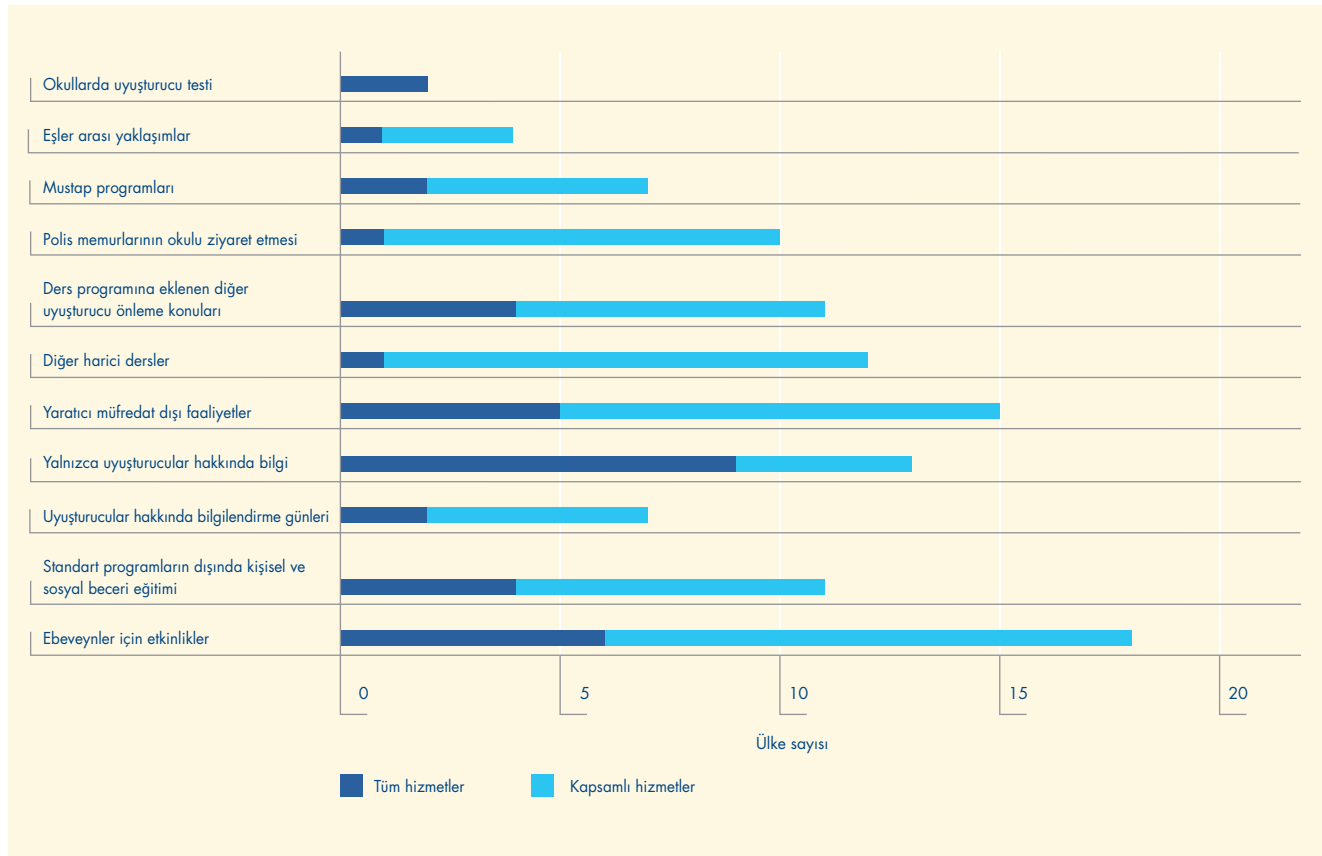
Aile temelli önleme de yaygın olarak faydalanılan diğer bir önleme yaklaşımıdır. Onbir ülke aile toplantılarının tam ya da yaygın olarak yapıldığını rapor etmiştir. Okul temelli önlemeyle aynı şekilde, aile tabanlı önleme de bilgilendirme odaklı görünmektedir. Çalışmalar arasında istikrarlı bir etki sergilemiş bir yaklaşım olan, ailelere yönelik yoğun destek verme ve eğitim uygulamaları (Petrie vd., 2007) sınırlı oranda sunulmakta olup sadece yedi ülke en yüksek uygulama düzeyleri rapor etmiştir.

### Seçici önleme

Seçici önleme işsizlik, suça yatkınlık ya da okulu asma oranları gibi sosyal ve demografik göstergelerle yönlendirilmektedir. İnsanların, sosyal bağları ve kaynaklarının sınırlı olmasına bağlı olarak, uyuşturucu kullanmaya başlama ya da bağımlılık geliştirme olasılıklarının daha fazla olabildiği özel gruplar, aileler ya da toplumlara müdahale etmektedir.

Onüç ülke, aile temelli önleme faaliyetlerinin seçici olduğunu rapor etmektedir. Bununla beraber, ailelerin önemli risk

**Şekil 3:** Evrensel okul temelli önlemede en yaygın müdahale türleri



Not: Basılı materyalle birlikte mustap, birden çok oturumlu, standartlaştırılmış programlar.  
Kaynak: Reitox ulusal odak noktaları.

<sup>(18)</sup> Yaygın uygulama: müdahale, hedef kitlenin büyüklüğünün uygulamaya konması için yeterli olduğu birçok yerde sunulmaktadır. Tam uygulama: müdahale, hedef kitlenin büyüklüğünün uygulamaya konması için yeterli olduğu yerlerin hemen hepsinde bulunmaktadır.

koşulları Avrupa'da nadiren ele alınmaktadır. Rapor eden 30 ülkeden sadece yedi tanesi ailelerde madde kullanımına yönelik bütünsel ya da yaygın uygulamalar bulunduğunu rapor etmekte ve beş ülke de aile içi çatışmalara ve ihmale yönelik müdahaleler bulunduğunu bildirmektedir. Bunun yanı sıra, aşağıdaki müdahale kategorilerinin her biri dört ülke tarafından rapor edilmiştir: sosyal dezavantajla (örneğin işsizlik) mücadele, cezai adalet sorunlarına yardımcı olunması ya da etnik azınlıklara mensup marjinalleşmiş ailelere yardım edilmesi. Üstelik ruhsal sağlık sorunlarıyla uğraşan ailelerin ihtiyaçlarına yönelen sadece üç ülke bulunmaktadır.

Genç korunmasız grupların, örneğin genç suçluların, evsizlerin, okul kaçaklarının, dezavantajlıların ve azınlık mensubu gençlerin risk koşulları da, artan siyasi önemine rağmen, nadiren ele alınmaktadır. 2004'ten beri, artan sayıda uyuşturucu politikası bunları önleme müdahaleleri için birincil hedef olarak göstermekle birlikte, rapor edilen uygulama düzeyi bu dönemde artmamıştır. Korunmasız gençler hakkındaki 2008 seçili konusunda bu hususta daha ayrıntılı veriler sunulmaktadır.

### Gerekli önleme

Gerekli önleme, yaşamlarının daha sonraki bir aşamasında madde kullanmanın habercisi olabilecek davranışlarda bulunan ya da psikolojik sorunları olan bireyleri saptamayı ve bunları özel müdahalelerle ayrı ayrı hedeflemeyi amaçlamaktadır. Bu tür bireyler arasında okulu terk edenler ve psikiyatrik bozuklukları, antisosyal davranışları ya da erken uyuşturucu kullanma belirtileri olanlar bulunmaktadır. EMCDDA (2008f) tarafından yakın zamanda yayımlanan bir raporda sorun izleklerini tanımlayan boylamasına araştırmalar, nörodavranışsal çalışmalar ve beynin esnekliği ve nörotransmitterlerin rolü hakkındaki bilgiler sunulmakta ve Üye Devletler tarafından rapor edilen müdahalelerden elde edilen bulguların altı çizilmektedir.

Birlikte görülen dikkat bozukluğu (hiperaktivite) ve davranış bozukluğu gibi davranışsal sorunlara sahip çocuklarda madde kullanımı sorunları geliştirme riski yüksektir. Davranış bozuklukları olan çocuklara erken müdahale etme tıbbi hizmetler, sosyal hizmetler ve gençlik hizmetleri ile yakın işbirliği yapılmasını gerektirmektedir. Örneğin, Almanya'daki 'çok modüllü tedavi kavramı', anne babalar ve bakıcılar için danışma hizmeti; eş zamanlı tıbbi, psikoterapötik ve psikososyal destek ve anaokulunda ya da okulda eğitim desteği sunmaktadır. İrlanda'nın gençlere yönelik hedefli eğitim ve psikolojik danışmanlık yaklaşımı, özellikle okullarda, eğitim merkezlerinde ve ailede gelişim sorunlarının önlenmesine yönelik olarak, genel anlamda olumlu değerlendirme sonuçları sergilemiştir. Hollanda'da,

orta çocukluk dönemindeki (8-13 yaş) gençlerde yıkıcı davranışların tedavisinin, önlemedeki uzun vadeli etkilerine ilişkin olarak yapılan bir çalışma, kılavuzlara göre yapılan davranış terapisinin sigara ve esrar kullanımı üzerinde geleneksel tedaviye kıyasla çok daha iyi izleme sonuçları sergilediğini ortaya koymuştur (Zonnevylle-Bender vd., 2007).

### Müdahalelerin etkisi ve riskleri

Çocuklar arasında ve ailelerde uyuşturucu kullanımı Avrupa'da hedefli önleme faaliyetlerinin başlıca odak noktası olmayı sürdürmektedir. Madde kullanımı geliştirmeye yönelik sosyal ve nörodavranışsal belirtilere ilişkin çok sayıda çalışma, uyuşturucu odaklı olmayan önleme girişimlerinin de uyuşturucu kullanımı üzerinde bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Gerek seçici gerekse endike önleme, erken aşamadaki bir gelişimsel dezavantajın etkisini, bunun sosyal marjinalleşmeye dönüşmesini ve sonrasında madde bağımlılığına doğru ilerlemesini hafifletebilir. Bazı araştırmalar, okulun ilk yıllarında eğitim ortamlarını iyileştirmeye ve sosyal dışlamayı azaltmaya yönelik olarak yapılan müdahalelerin de daha sonraki madde kullanımında hafifletici etkisi olduğunu göstermiştir (Toumbourou vd., 2007).

### Uyuşturucular ve korunmasız genç grupları – EMCDDA 2008 seçili konusu

Belli gruplardan gençler sosyal olarak dışlanma riskiyle karşı karşıya olup bu da uyuşturucu kullanma ve uyuşturucu kullanımı sorunları geliştirme olasılığıyla bağlantılı olabilmektedir. Uyuşturucu kullanımını ve uyuşturucuya bağlantılı hasarı azaltma müdahalelerinin belirli gruplara odaklanmasıyla bu grupların ihtiyaçlarının karşılanması şansı ile birlikte müdahalenin başarılı olması olasılığı da artırılmaktadır.

Bu seçili konuda, belirli gruplarla ilgili risk faktörleri ve korunmasızlık profilleri hakkında derinlemesine bilgi verilirken bu gruplarda uyuşturucu kullanımı ve uyuşturucuya bağlantılı sorunlar da araştırılmaktadır. Ayrıca, okul asma, akademik başarısızlık, sosyal dezavantajlar, ailevi sorunlar ve suç gibi faktörlerin sonuçları da incelenmektedir. Ele alınan diğer bir husus da yasal değişiklikler, önleme ve tedavi dahil olmak üzere korunmasız gruplarda uyuşturucu kullanımı ve uyuşturucu sorunlarına belirli tepkilerdir.

Bu seçili konu basılı olarak ve İnternet'te yalnızca İngilizce dilinde bulunmaktadır (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Okul temelli önlemenin genel etkinliği sorgulanmıştır (Coggans, 2006; Gorman vd., 2007). Ancak, yeni literatür taramaları<sup>(19)</sup>, okul temelli önlemenin normatif inançlar ve yaşam becerilerine verilen önem gibi bazı özelliklerinin etkili olduğunu göstermektedir. Söz gelimi, okul temelli bir önleme programı geliştirmek ve değerlendirmek amacıyla Avrupa’da, Avrupa Komisyonu’yla ortaklaşa finanse edilen kontrollü bir örneklem çalışma olan EU-Dap çalışması, olumlu sonuçlar bildirmiştir<sup>(20)</sup>. Bir takip çalışması, müdahaleden onbeş ay sonra, programın etkisinin sabit kaldığını ortaya koymuş, buna göre katılımcılar arasında sarhoşluk ve esrar kullanımının azaldığı gözlemlenmiştir. Çalışmada kullanılan ‘Unplugged’ program gençler arasında madde kullanımı yaygınlığının kabulü ve buna ilişkin inançlar hakkındaki normları sorgulamıştır.

Önleme sadece etkili değil, aynı zamanda güvenli de olmalıdır – istenmeyen etkiler minimumda tutulmalıdır. Dolayısıyla, müdahale tasarlama ve değerlendirme sürecinde olumsuz etki oluşması riski iyi düşünülmelidir. Bu, geniş ve çeşitli bir hedef kitleye uygulanan evrensel okul temelli önleme hususunda özellikle önem arz etmektedir. Örneğin, Avrupa’da yaygın bir yaklaşım olan, yalnızca uyuşturucunun etkilerine yönelik bilgilendirme, sadece faydasız olmakla kalmayıp, ayrıca pek çok istenmeyen etki oluşması riskini de taşımaktadır (Werch ve Owen, 2002). Aynı durum, madde kullanma eğilimini artırma riskleri taşıyabilen kitle iletişim araçları kampanyaları için de geçerlidir<sup>(21)</sup>.

Önleme programlarının kanıt temelli olmasını ve istenmeyen etkilere ilişkin risklerin azaltılmasını sağlamanın bir yolu, önleme projelerinin uygulanması ve içeriğine ilişkin standartlar geliştirilmesidir. Proje tasarımı ve değerlendirmeye yönelik standartlar rapor eden Üye Devletlerin sayısı 2004’te üçten 2007’de dokuza çıkmıştır. Bazı Üye Devletler programların kalitesini ve kamu bütçelerinden elde edilen kaynakların verimli kullanılmasını garanti etmeye yönelik belgelendirme süreçleri geliştirmekte olduklarını rapor etmektedir (Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Portekiz). Örneğin, Çek Cumhuriyeti’nde, önleyici faaliyetlerin belgelendirilmesi devlet bütçesinden ödenek almak için bir koşul oluşturmaktadır.

## Tedavi

Bu bölüm Avrupa’da uyuşturucu tedavisine ilişkin genel bir bakış sunmayı amaçlamakta olup hizmetlerin verilme şeklini ve organizasyonunu açıklamaktadır.

## Organizasyon

Uyuşturucu tedavi hizmetleri, genel olarak, AB Üye Devletleri’nde esasen kamu sektörü tarafından sunulmakta

## EMCDDA en iyi uygulama portalı

EMCDDA, bu yıl uyuşturucuyla ilgili müdahalelere (önleme, tedavi, hasar azaltma ve sosyal yeniden bütünleşme) yönelik en iyi İnternet uygulama portalının ilk modülünü yayına sokmuştur. Portal, farklı müdahalelerin etkinliği ve verimliliğine dair en son kanıtların bir değerlendirmesiyle birlikte, müdahalelerin kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen araç ve standartlar sunmanın yanı sıra tüm Avrupa’dan değerlendirilmiş uygulama örneklerine dikkat çekmektedir. Uyuşturucu alanında çalışanları, politika yapımcıları ve araştırmacıları hedef almakta olup Avrupa’nın geneline odaklanmaktadır.

Portalın ilk modülü evrensel önlemeye, özellikle de 2000 yılından beri yayımlanan bazı değerlendirmelere dayanan etkinlik kanıtlarına odaklanmaktadır. Bulgularla ilgili ayrıntılı bilgi için, bkz. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

Portal çeşitli müdahalelerin etkinliğine ilişkin bilgi sunmaktadır ama kanıt temelinin bazen sınırlı olduğu ve farklı müdahaleler arasında ihtiyatlı bir seçim yapılması gerekliliği unutulmamalıdır. Bunun yanı sıra, kontrollü çalışmalar programların etkinliğini ölçtüğünden, bazı müdahalelerin farklı ortamlarda nasıl bir performans sergileyeceği sonu açık bir sorudur. Portalda bulunan EDDRA veri bankasının yeni sürümü, farklı ülkeler ve ortamlardaki değerlendirilmiş müdahalelere örnekler sunmakta ve ek rehberlik bilgileri de sağlayabilmektedir.

birlikte, sivil toplum kuruluşları (STK’lar) da eşit bir rol oynayabilmekte (yedi Üye Devlet) ve hatta tedavi hizmetlerinin başlıca tedarikçisi olabilmektedir (beş Üye Devlet). Pratisyen hekimler de önemli bir rol oynamakta ve bazı ülkelerde ikame tedavisinin en önemli aktörleri olmaktadır. Ayrıca özel sektör de bazı ülkelerde, özellikle yatarak bakım konusunda, faaliyet göstermektedir. Yine de, uyuşturucu tedavisinin finansmanı çoğunlukla kamu bütçesinden sağlanmakta ya da sosyal sigortalara veya sağlık sigortalarına bağlı olarak sunulmaktadır.

## Hizmet sunma

Uyuşturucu tedavisi, yatakta ve ayakta tedavi merkezleri, pratisyen hekimlik, ulaşılması kolay kurumlar ve cezaevleri de dahil olmak üzere, çeşitli ortamlarda gerçekleştirilmektedir. Avrupa’da uyuşturucu kullanımı tedavisinin çoğu, bilhassa ikame tedavisi genellikle bu gibi ortamlarda yapıldığından, pratisyen hekimler de dahil, ayakta tedavi merkezleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayakta tedavi merkezlerinde tedaviye başlayan uyuşturucu kullanıcıları, tedavi talep göstergesinden elde edilen son verilere göre, ortalama 30 yaş civarında ve ağırlıklı olarak erkeklerden oluşmaktadır<sup>(22)</sup>.

<sup>(19)</sup> Bkz. En iyi uygulama portalı (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

<sup>(20)</sup> <http://www.eudap.net>

<sup>(21)</sup> Bkz. bu raporda Bölüm 3 ve 2007 yıllık raporu.

<sup>(22)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-10 bölüm (iii) ve TDI-21 bölüm (ii).

Yaklaşık üçte biri tedaviye kendi isteğiyle başlarken, %22'si tedaviye cezai adalet sistemi tarafından sevk edilmekte ve bu oran son yıllarda artmaktadır. Geri kalanlar ise sosyal hizmetler ile sağlık hizmetleri ya da resmi olmayan ağlar yoluyla tedaviye yönlendirilmektedir <sup>(23)</sup>.

Ayakta tedavi merkezlerinde tedaviye başlayan hastaların yarısı birincil opioid kullanımı rapor ederken, %21'i birincil uyuşturucu olarak esrarı ve %16'sı da kokaini belirtmiştir. Opioid dışındaki uyuşturucu sorunları için tedaviye sevk edilen hasta, özellikle de yeni hasta oranındaki artışlar, bazı Üye Devletler'de esrar ve kokain kullanıcılarına yönelik tedaviye erişimdeki gelişmelerin yanı sıra bu uyuşturucular için tedavi görmek isteyen kullanıcı sayısındaki bir artışı yansıtıyor olabilir (bkz. Bölümler 3 ve 5). Bununla beraber, özel olarak opioid dışındaki uyuşturucu kullanıcılarının ihtiyaçlarını hedef alan hizmetlerin genel bulunabilirliği hâlâ sınırlıdır.

Yataklı merkezlerde tedavi çoğunlukla tedavi topluluklarında, psikiyatri hastanelerinde ve tam teşekküllü hastanelerin uzmanlık bölümlerinde gerçekleştirilmektedir. Verilen hizmetler kısa süreli detoksifikasyondan uzatmalı psikiyatrik tedavi ve tamamen uyuşturucuyu kesme tabanlı tedavi programlarına kadar değişmektedir. Yatarak bakım hizmetleri, uyuşturucu sorununa eşlik eden fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarından dolayı, karmaşık tedavi ihtiyaçları olan uyuşturucu kullanıcıları için özellikle uygun olabilir. Yatarak tedavi gören hastaların, ortalama olarak ayakta tedavi gören hastaların özellikleriyle benzerlikleri bulunmaktadır: 30 yaş civarında, çoğunlukla erkek ve tedaviye birincil opioid kullanımı yüzünden başlayanlar <sup>(24)</sup>. Bununla beraber, karşılaştırma yapmanın mümkün olduğu çoğu ülkede, işsiz olup kalacak sürekli bir yeri olmayan uyuşturucu hastaları arasında yatarak tedavi görenlerin oranı ayakta tedavi görenlerden daha yüksektir <sup>(25)</sup>.

Uyuşturucu tedavi hizmetleri, tarihsel olarak hâlâ tedavide bulunan başlıca kullanıcı grubunu temsil eden opioid kullanıcılarının ihtiyaçlarına göre düzenlenmiştir. Üye Devletler'in çoğunluğunda, psikososyal bakımla birlikte sunulan ikame tedavisi, opioid kullanıcıları için en yaygın seçenek haline gelmiştir. Kıbrıs'ta 2007 yılında yüksek dozda buprenorfin tedavisi uygulanmaya başlamasıyla, ikame tedavisi şimdi tüm Üye Devletler'de ve Hırvatistan ile Norveç'te bulunur hale gelmiştir <sup>(26)</sup>. Türkiye'de ikame tedavisi henüz uygulamaya konmuş olmamakla beraber, tedavi merkezleri hakkındaki 2004 tarihli bir düzenleme kapsamında izin verilmektedir. Buprenorfin, metadondan sonra, en yaygın olarak reçete edilen opioid ikame maddesi

olup, opioid bağımlılığının tedavisinde kullanımı son yıllarda artmıştır (bkz. Bölüm 6). Artık Bulgaristan, Macaristan ve Polonya dışındaki tüm Üye Devletler'de bir tedavi seçeneği olarak mevcuttur. 2006 yılında, Avrupa'da 594.000 opioid kullanıcısının ikame tedavisi gördüğü tahmin edilmiş olup veri sunan 22 ülkenin 16'sında bunun önceki yıla oranla bir artış gösterdiği rapor edilmiştir.

## Hasar azaltma

Uyuşturucuya bağlı hasarın önlenmesi ve azaltılması tüm Üye Devletler'de ve AB uyuşturucu stratejisi ile eylem planında bir kamu sağlığı hedefi olarak yer almaktadır (Avrupa Komisyonu, 2007a). Bu alandaki başlıca müdahaleler opioid ikame tedavisi ile iğne ve şırınga değişim programları (İŞP'ler) olup bunlar aşırı doz ölümlerini ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını hedef almaktadır. Bu tedbirlerin Türkiye haricindeki tüm ülkelerde bulunduğu rapor edilmektedir (ayrıca bkz. Bölümler 6 ve 8) ve verilen hizmetlerin kapsamında ve düzeylerinde önemli farklılıklar bulunurken Avrupa'daki genel eğilim, hasar azaltma tedbirlerinin büyümesi ve takviye edilmesi yönündedir.

Bunların yanı sıra, çoğu ülke ulaşılması kolay kurumlarda bir dizi sağlık bakım hizmeti ve sosyal hizmetler sunmaktadır. Ancak, bazı ülkeler hasar azaltma tedbirlerinin uygulamasının siyasi destek almamasına bağlı olarak geciktiğini bildirmektedir. Yunanistan'da, ulaşılması kolay hizmetler ile ikame tedavisinin büyümesi durmuştur; Romanya ve Polonya'da iğne ve şırınga programları, dış finansman durduktan sonra, 2006 yılında azaltılmıştır; Kıbrıs'ın tek iğne ve şırınga değişim programı resmi olarak desteklenmemektedir. İŞP'lerin ve sosyal yardım programlarının artmakta olduğu Macaristan'da, tedaviyi bırakmış kesim arasında yapılan bir çalışma verilen hizmetlerin hâlâ yetersiz ve erişimin önündeki engellerin de yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Baltık Ülkeleri ve Romanya'nın HIV/AIDS hususundaki özel profilinden ötürü, uluslararası bağışçılar bu ülkelerde önemli bir rol oynamayı sürdürmektedir. Hasar azaltma faaliyetlerine yönelik finansal destek 'AIDS, sıtma ve veremle mücadele Programı' Global Fonu tarafından sağlanırken, Estonya, Litvanya ve Letonya'da, UNODC yakın zamanda 'enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasında ve cezaevlerinde HIV/AIDS önleme ve bakım' projesini başlatmıştır.

Son olarak, bazı Üye Devletler yakın zamanda hasar azaltma müdahalelerine başlanmasının sonuçlarını araştırmışlardır. Fransa'da, uyuşturucu kullanıcıları arasında

<sup>(23)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-16.

<sup>(24)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-10 bölüm (vii) ve TDI-21 bölüm (iv).

<sup>(25)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-13 ve TDI-15 bölüm (ii) ve bölüm (iv).

<sup>(26)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar HSR-1 ve HSR-2.

ölüm oranlarında gözlemlenen düşüş, üçlü antiviral tedavilere başlanması, bir hasar azaltma politikası geliştirilmesi ve opioid ikame tedavilerinin bulunur hale gelmesiyle aynı zamana denk gelmiştir; İspanya’da, enjekte edenlerin azalmasıyla birlikte metadon idame tedavisine kolay erişim, bulaşıcı hastalıkların ve uyuşturucu kullanıcıları arasında uyuşturucuya bağlı ölümlerin dengelenmesiyle ilişkilendirilmiştir (De la Fuente vd., 2006) ve Portekiz’de, eldeki veriler bulaşıcı hastalıkların azaldığını göstermekte olup bu durum kısmen hasar azaltmanın ve tedavi tepkilerinin artmasına atfolunabilir.

## Sosyal yeniden bütünleşme

Tedavi gören uyuşturucu kullanıcıları genellikle yüksek düzeylerde işsizlik ve evsizlik rapor etmektedir. Buna benzer dezavantajlar ayrıca belirli kullanıcı gruplarında, özellikle etnik azınlıklara mensup olan ve eşlik eden psikiyatrik sorunlara sahip kadın, eroin ve crack kullanıcılarında genellikle daha yaygındır.

Sosyal yeniden bütünleşme, kapsamlı uyuşturucu stratejilerinin temel bir unsuru olarak kabul edilmekte ve uyuşturucu kullanımının herhangi bir aşamasında ve farklı ortamlarda uygulanabilmektedir. Sosyal yeniden bütünleşme müdahalelerinin hedeflerine ulaşmanın yolları arasında; kapasite geliştirme, sosyal becerilerin artırılması, istihdamı kolaylaştıracak ve teşvik edecek tedbirler ve konut edinme sayılabilir. Pratikte yeniden bütünleştirme hizmetleri, mesleki danışmanlık, işe yerleştirme ve konut edinme desteği vermenin yanı sıra cezaevi temelli müdahalelerde, mahkumları tahliye edilmeden önce topluluk temelli barınma ve sosyal destek hizmetleriyle tanıştırabilir.

Evsizliğin yanı sıra istikrarsız barınma koşullarında yaşama, uyuşturucu kullanıcılarının karşı karşıya bulunduğu en ağır sosyal dışlama şekillerinden biri olup, 2006’da tedaviye başlayan uyuşturucu kullanıcılarının yaklaşık % 10’unu etkilemekteydi <sup>(27)</sup>. Konut edinme veya barınma desteği pek çok ülkede uyuşturucu tedavisi hastalarına sunulmakla birlikte, eksiklikler bulunduğu belgelenmiş ve iki ülke, normalde sorunlu alkol kullanıcıları tarafından kullanılan evsizlere yönelik genel hizmetlere erişim kazanmanın, uyuşturucu kullanıcıları için zor olduğunu bildirmiştir (İrlanda, İtalya). Uyuşturucu kullanıcılarının barınak ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olabilecek yeni tedbirlerin üç ülkede (Belçika, Danimarka, Hollanda) uygulamaya konulmasının yanı sıra, uzun süredir bağımlı olan evsizlere yönelik tesislerin merkezileştirilmekte olduğunu ve sorunlu davranışları ya da

eşlik eden hastalıkları bulunan uyuşturucu kullanıcıları için özel bakımevleri açılmakta olduğu rapor edilmektedir.

Tedaviye başlayan iki hastadan biri işsiz olduğundan, uyuşturucu tedavisi gören hastaların iş bulmalarına yardımcı olmak, sosyal yeniden bütünleşmede anahtar bir husustur <sup>(28)</sup>. Hastaların iş bulmasına ve işte kalmasına yardımcı olacak yeni yaklaşımların başarı gösterdiği bildirilmiş olup bunlar arasında aşağıdakiler bulunur: ‘rehberlik programları’, sübvansiyonlu işyerleri (2006’dan beri bu olanak Litvanya’da da bulunmaktadır) ve İrlanda’daki ‘Ready for work’ projesi kapsamında yapıldığı gibi işveren ve çalışanlara yönelik özel eğitim veya Çek Cumhuriyeti’ndeki çeşitli ‘iş kurumları ve sosyal kurumlar’.

## Cezaevinde sağlığa ilişkin ve sosyal tepkiler

Uyuşturucu kullanıcılarına sağlığa ilişkin ve sosyal müdahaleler sağlanmasında cezaevleri önemli bir ortam teşkil etmektedir. Bu bölümde, Avrupa’daki cezaevlerinde uyuşturucu kullanımı ve uyuşturucu kullanıcılarına ilişkin veriler, cezaevindeki uyuşturucu kullanıcılarına yönelik hizmetler ve cezaevinde uyuşturucu tedavisine ilişkin yeni kanunlar hakkındaki yeni bilgilerle birlikte değerlendirilmektedir.

### Uyuşturucu kullanımı

Çeşitli çalışmalardan elde edilen veriler Avrupa’daki cezaevlerinde uyuşturucu kullanıcılarının halkın geneline oranla aşırı temsil edildiğine işaret etmeye devam etmektedir. 2001 ve 2006 yılları arasında gerçekleştirilen anketler, hayatında en az bir kez yasadışı bir uyuşturucu kullandığını rapor eden mahkumların <sup>(29)</sup> oranının, cezaevindeki mahkumlar, ıslahevleri ve ülkeler arasında son derece farklılık gösterdiğini ortaya koymakta ve bu oran üçte bir veya daha az olarak (Bulgaristan, Macaristan, Romanya) çoğu araştırmada % 50’nin üzerinde ve İngiltere ve Galler’deki bir kadın cezaevinde de % 84’e kadar değişmektedir. Esrar, hâlâ mahkumlar tarafından en sık rapor edilen yasadışı uyuşturucu olup yaşam boyu yaygınlık düzeyleri % 78’e kadar çıkmaktadır. Diğer maddelerin yaşam boyu kullanım oranları bazı cezaevlerinde son derece düşük olabilmekle birlikte (% 1’e kadar) bazı çalışmalar, mahkumlar arasında eroin, amfetamin veya kokain için % 50-60 oranlarında yaşam boyu yaygınlık oranları bildirmektedir <sup>(30)</sup>. Uyuşturucu kullanımının en zararlı biçimleri de daha çok mahkumlar arasında görülebilmekte, bazı çalışmalar incelenen mahkumların üçte birinden fazlasının en az bir kez uyuşturucu enjekte ettiğini rapor etmektedir <sup>(31)</sup>.

<sup>(27)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde TDI-15.

<sup>(28)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-20.

<sup>(29)</sup> ‘Mahkumlar’ tabiri burada geniş anlamıyla kullanılmakta olup, hem tutuklu bulunan hem de hüküm giymiş hapisteki kişileri kapsamaktadır.

<sup>(30)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DUP-1.

<sup>(31)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DUP-2.

Uyuşturucu arzını azaltmak için alınan tüm tedbirlere rağmen, uyuşturucuların çoğu cezaevine girebildiği gerçeği, gerek cezaevi uzmanları gerekse de politika yapıcılar tarafından kabul edilmektedir. Avrupa'da 2001 ve 2006 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmalar mahkumların % 1 ila % 56'sının cezaevinde en az bir kez uyuşturucu kullandığını ve mahkumların üçte biri kadarının tutukluyken uyuşturucu enjekte etmiş olduğunu göstermektedir <sup>(32)</sup>. Bu durum, özellikle enjeksiyon teçhizatının paylaşılmasına ilişkin olarak, bulaşıcı hastalıkların olası yayılma ihtimaline ilişkin endişeler uyandırmaktadır.

Avrupa Birliği'nde cezaevlerinde bulunan nüfus, tahmini yıllık 860.000'den fazla mahkum devriyle, 607.000'in üzerindedir <sup>(33)</sup>. Çoğu ülkede, uyuşturucu kanunu suçlarından hüküm giymiş mahkumların oranı % 10-30 arasındadır. Eldeki verilere göre, geçmişte ya da hali hazırda yasadışı uyuşturucu kullanan 400.000'den fazla kişinin her yıl AB cezaevlerinden geçtiği tahmin edilebilir. Bunlar arasında da önemli oranda sorunlu uyuşturucu kullanıcısı bulunmaktadır. Avrupa cezaevlerindeki eski veya yeni uyuşturucu kullanıcılarından oluşan geniş kesimin sağlık bakım ihtiyaçları, bir ölçüye kadar, uyuşturucu kullanımına bağlı sağlık sorunlarıyla, bilhassa hepatit B ve C virüsleri ile HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklarla belirlenmektedir (bkz. Bölüm 7).

### Sağlık bakım hizmetleri

Cezaevinde sağlık bakım hizmetleri, çoğu ülkede, adalet bakanlığının sorumluluğundadır. Bununla beraber, bu durum değişmektedir ve artan sayıda Avrupa ülkesinde, bu sorumluluk sağlık sistemine geçmiştir (Fransa, İtalya, Birleşik Krallık'ta İngiltere ve Galler, Norveç). İspanya'da, ulusal uyuşturucu stratejisi eylem planı (2000-08) kapsamında tüm

cezaevlerinde uyuşturucu kullanıcılarına yönelik kapsamlı hizmetler geliştirilmiş olup Sağlık Bakanlığı ile İç İşleri Bakanlığı arasında 2005 yılında imzalanmış bir işbirliği protokolüne dayanmaktadır. Diğer ülkelerde, hapiste bulunan artan sayıdaki uyuşturucu kullanıcısının ihtiyaçlarını karşılamak üzere, cezaevleri kamu sağlık hizmetleri ile toplumdaki uyuşturucuyla ilgili uzman sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği oluşturmuştur.

Avrupa Birliği'nde uyuşturucu kullanan mahkumları hedef alan müdahaleler yaygınlaşmıştır. Beş yıl öncesine kıyasla, daha fazla sayıda ülke artık aşağıdaki alanlarda faaliyetler yapıldığını rapor etmektedir: uyuşturucuyla ilgili bilgilendirme ve önleme; bulaşıcı hastalık taramaları ve aşılama ile ikame tedavisi de dahil olmak üzere, uyuşturucu bağımlılığı tedavisi. Buna ek olarak bu müdahaleler ülkeler içinde de daha yaygın olarak bulunur hale gelmiştir. Cezaevi temelli ikame tedavisi Bulgaristan, Estonya, Letonya, Litvanya, Kıbrıs, Slovakya ve Türkiye dışındaki tüm ülkelerde resmi olarak bulunmakla beraber, pek çok ülkede, bu tedavi seçeneği genel erişilebilirlik anlamında sınırlıdır. İspanya hali hazırda cezaevlerinde çok çeşitli hasar azaltma tedbirleri sunan tek Avrupa ülkesidir.

2006 yılında, sadece dört Üye Devlet, ulusal tedavi izleme sistemleri yoluyla, uyuşturucu tedavisi gören mahkumların uyuşturucu kullanma alışkanlıklarına ilişkin sosyo-demografik veri ve bilgi sunmuştur. Fransa, Kıbrıs ve Slovakya'da uyuşturucu tedavisine başlayanlar tarafından en sık rapor edilen birincil uyuşturucu bir opioid, genellikle eroinken; İsveç'te, sebep olarak cezaevinde uyuşturucu tedavisine başlamaya, birincil amfetamin kullanımı gösterilmekte ve bu durum ülkedeki sorunlu uyuşturucu alışkanlıklarını oldukça iyi yansıtmaktadır.

### Cezaevinde uyuşturucu tedavisine ilişkin yeni mevzuat

2006 yılında ve 2007'nin başlarında, altı ülke mahkumların uyuşturucu tedavisi görme hakkını etkileyen hukuki çerçevelerini ve kılavuz ilkelerini gözden geçirmiştir.

Belçika'da, 2006 tarihli bir Adalet Bakanlığı direktifi mahkumların cezaevi dışında bulunanlarla aynı tedavi seçeneklerine sahip olma hakkı bulunduğunu belirtmektedir. İrlanda'da ise yeni Cezaevi Hizmeti kılavuz ilkeleri, toplumda bulunanlarla kıyaslanabilir ama aynı zamanda cezaevi ortamına da uygun olması gereken tedavi hizmetlerine yönelik sağlık bakım standardının altını çizmektedir.

Danimarka'daki bir kanun değişikliği Ocak 2007 itibarıyla hapisteki uyuşturucu kullanıcılarına uyuşturucu kullanımı için ücretsiz tedavi hakkı vermektedir. Kanun, normal olarak mahkum, Danimarka Cezaevi ve Şartlı Tahliye Servisi'nden tedavi talep ettikten en geç 14 gün sonra tedavinin başlamasını şart koşturmaktadır. Bununla beraber, suçlunun üç ay içerisinde tahliye

edilmesi bekleniyorsa ya da tedavi için uygun ya da motive olmadığı düşünülüyorsa bu tür bir hak söz konusu değildir.

Romanya'da, Mayıs 2006'da mahkumlar için bütünlük tıbbi, psikolojik ve sosyal yardım programlarına ilişkin olarak Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Yönetim ve İçişleri Bakanlığı'nın Ortak Kararıyla cezaevlerinde ikame tedavisi verilmesi için yeni bir hukuki temel oluşturulmuştur.

Norveç'te, 2006 yılında Adalet Bakanlığı ile Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı'nın çıkartmış olduğu bir yönerge, ceza sırasında ve sonrasında daha iyi takip yapılmasına yönelik, iki sektör arasındaki işbirliğini güçlendirmiştir. Daha spesifik olarak, Slovakya'da, 2006 yılında çıkarılan bir kanun, geri çekilme semptomlarından rahatsızlık duyan ve tutuklu bulunan uyuşturucu kullanıcıları için psikolojik hizmetler sunulmasına olanak sağlamıştır. Bu kanunun amacı bu tür hizmetleri uyuşturucu kullanıcılarına en çok ihtiyaçları olan zamanda, yani hapse girdikten hemen sonraki zorunlu geri çekilme sırasında sağlamaktır. Ayrıca hükümlü uyuşturucu kullanıcıları için mevcut özel tedavi birimlerinin desteklenmesine yönelik bir yasama çerçevesi oluşturmuştur.

<sup>(32)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar DUP-3 ve DUP-4.

<sup>(33)</sup> 1 Eylül 2006 tarihli bir cezaevi popülasyonu anketine dayanan, Avrupa Konseyi Yıllık Ceza İstatistikleri (SPACE).



## Bölüm 3

### Esrar

#### Giriş

Avrupa'daki esrar tablosu, bu uyuşturucunun yaygın kullanımına ne şekilde doğru tepki verilebileceğine ilişkin tartışmayla birlikte, son on yıl içinde son derece değişmiştir. 1990'ların başında ve ortalarında birkaç ülke yüksek yaygınlık oranlarıyla dikkat çekerken, Avrupa normları bugünün standartlarıyla düşük düzeylerde seyreliyordu. Neredeyse tüm ülkelerde, esrar kullanımı 1990'larda ve 2000'lerin başlarında artmış ve bu durum, ülkeler arasında hâlâ farklılıklar bulunsu da, Avrupa'daki tablonun bugün çok daha homojen olmasıyla sonuçlanmıştır. Üstelik, son birkaç yılda bu uyuşturucunun uzun süreli ve yaygın kullanımının kamu sağlığına etkileri hakkındaki anlayış gelişmiş ve esrara bağlı sorunlara yönelik olarak rapor edilen tedavi talepleri de artmıştır. Veriler dengelenmekte ve hatta azalmakta olan bir duruma işaret ettiğinden, Avrupa artık yeni bir aşamaya geçmekte olabilir. Bununla beraber, kullanım düzeyleri tarihsel standartlara göre hâlâ yüksektir ve esrar kullanımına yönelik olarak neyin etkili bir tepki teşkil ettiği sorusu Avrupa'nın uyuşturucu tartışmasında hâlâ anahtar konumdadır.

#### Arz ve bulunabilirlik

##### Üretim ve ticaret

Esrar çok çeşitli ortamlarda yetiştirilebilmekte ve dünyanın pek çok bölgesinde doğal olarak yetişmektedir. Hali hazırda bu bitkinin 172 ülkede ve bölgede yetiştirildiği düşünülmektedir (UNODC, 2008) <sup>(34)</sup>. Bu gerçekler birlikte göz önünde bulundurulduğunda, küresel esrar üretimine yönelik hassas tahmin yürütmenin çok güç olduğu anlamına gelmektedir. Dünya çapında bitkisel kenevir üretimine yönelik en son UNODC rakamı 41.600 ton (2006) olup bunun yarısından fazlasına Amerika Kıtası (Kuzey Amerika ve Güney Amerika) ve dörtte birine yakın bir bölümünden de Afrika sorumludur (UNODC, 2008).

Yaygın esrar tarımı ayrıca ticaretin önemli bir oranının da bölge-içi yapıldığı anlamına gelmektedir. Bu durum, yerli üretime ek olarak <sup>(35)</sup>, Arnavutluk ve Hollanda'nın da kaynak ülkeler olarak gösterildiği Avrupa'da bazı bitkisel kenevir

#### Uyuşturucu arzı ve bulunurluğu – veriler ve kaynaklar

Yasadışı uyuşturucu pazarları ile ticaretini tanımlamaya yönelik sistematik ve rutin bilgiler halen sınırlıdır. Eroin, kokain ve esrara ilişkin üretim tahminleri saha çalışması (toprakta alınan örnekler) ve hava ya da uydu araştırmalarına dayanan tarım tahminlerinden elde edilmektedir. Bu tahminlerin, söz gelimi, mahsul rakamlarındaki farklılıklara ya da kısıtlı coğrafi bölgelerde yetiştirilmeyen esrar benzeri ekinlerin izlenmesindeki zorluğa bağlı olarak bazı önemli sınırları bulunmaktadır.

Uyuşturucu ele geçirme vakaları genellikle uyuşturucu arzı, ticaret yolları ve bulunurluğunun dolaylı bir göstergesi olarak kabul edilmekle beraber, aynı zamanda kanun uygulamadaki öncelikleri, kaynakları ve stratejileri, kaçakçıların korunmasızlık derecesini ve raporlama uygulamalarını da yansıtmaktadır. Perakende uyuşturucu pazarlarının anlaşılması için yasadışı uyuşturucuların saflık derecesi ya da etki gücü ile perakende satış fiyatlarına ilişkin veriler de analiz edilebilir. Ancak, bu türden verilere erişim sınırlı olabileceği gibi, güvenilirliği ile karşılaştırılabilirliği de kuşku olabilir. Kanun uygulama kurumlarından gelecek istihbarat bilgileri tablonun tamamlanmasına yardımcı olabilir.

EMCDDA, Avrupa'daki uyuşturucu ele geçirme vakaları, saflık derecesi ve perakende fiyatları hakkında ulusal veri toplar. Uyuşturucu arzına ilişkin diğer veriler büyük ölçüde UNODC'nin bilgi sistemleri ve analizlerinden gelmekte olup Europol'un sunduğu ek bilgilerle tamamlanmaktadır. Uyuşturucu öncül maddelerine ilişkin bilgiler, yasadışı maddelerin imalatında kullanılan öncül kimyasalların saptırılmasının önlenmesine yönelik uluslararası girişimlerle ilgilenen INCB'den elde edilmektedir.

Dünyanın pek çok bölgesinde uyuşturucu arzına bağlı sağlam bilgi sistemleri bulunmadığından, rapor edilen tahminlerden ve diğer verilerden bazıları, eldeki en iyi yaklaşık değerleri temsil etmekle beraber, ihtiyatlı bir şekilde yorumlanmalıdır.

için de geçerlidir (Reitox ulusal raporları). Avrupa'da bitkisel kenevirin ayrıca dünyanın başka bölgelerinden de geldiği bildirilmekte olup, bunlar arasında batı ve güney Afrika (Nijerya, Angola), güney doğu Asya (Tayland), güney batı Asya (Pakistan) ve Amerika Kıtaları (Kolombiya, Jamaika) bulunmaktadır (CND, 2008; Europol, 2008).

<sup>(34)</sup> Uyuşturucu arzı ve bulunabilirliğine ilişkin veri kaynakları hakkında bilgi için, bkz. s. 36.

<sup>(35)</sup> Bkz. 'Avrupa'da esrar üretimi', p. 37.

Küresel kenevir reçinesi üretiminin 2004'teki 7.500 tondan 2006'da 6.000 tona düştüğü rapor edilmiş olup (UNODC, 2007) Fas hâlâ başlıca uluslararası üretici konumunu korumaktadır. Kenevir reçinesi üretimi yapılan alanlar 2003'te 134.000 hektardan 2005'te 1.066 ton üretilen 76.400 hektara düşmüştür (UNODC ve Fas Hükümeti, 2007). Reçine üretimi ayrıca, hızla artmakta olduğu Afganistan'ın yanı sıra Pakistan, Hindistan, Nepal ve Orta Asya ile diğer BDT ülkeleri tarafından da rapor edilmiştir (UNODC, 2008). Fas'ta üretilen kenevir reçinesi Avrupa'ya tipik olarak İber yarımadasından sokulmakta olup (Europol, 2008) bir kısmı Hollanda'dan dağıtılmaya devam etmektedir.

### Ele geçirme vakaları

2006 yılında, dünya çapında 5.230 ton bitkisel kenevir ve 1.025 ton kenevir reçinesi ele geçirilmiş olup bu oran 2004'teki doruk değerlerden düşmüştür. Kuzey Amerika ele geçirilen bitkisel kenevirin büyük kısmından (% 58) sorumlu olmayı sürdürürken ele geçirilen reçine miktarları yine çoğunlukla batı ve orta Avrupa'da yoğunlaşmıştır (UNODC, 2008).

Avrupa'da, 2006 yılında, 86 tona karşılık gelen, tahmini 177.000 bitkisel kenevir ele geçirme vakası olmuştur <sup>(36)</sup>. Birleşik Krallık en çok bitkisel kenevir ele geçirme vakası rapor eden AB Üye Devleti olmakla birlikte, henüz 2006'ya ilişkin veriler sunulmamıştır. Türkiye 2006'da rekor miktarlarda kenevir reçinesi ele geçirildiğini rapor etmiştir. Avrupa'daki bitkisel kenevir ele geçirme vakalarının sayısı 2001'den beri sürekli artarken, 2005'e kadar ele geçirilen miktarlarda genel bir düşüş meydana gelmiş, en yeni verilerde tekrar bir artış kaydedilmiştir.

Avrupa'da kenevir reçinesi ele geçirme vakaları bitkisel kenevir ele geçirme vakalarını hem sayı hem de miktar bakımından aşmaktadır: bitkisel kenevir ele geçirme vakalarının yaklaşık iki katı (325.000) ve ele geçirilen miktarların da yaklaşık sekiz katı (713 ton). Çoğu reçine ele geçirme vakası (2006'daki tüm ele geçirme vakalarının yaklaşık yarısından ve ele geçirilen miktarların yaklaşık üçte ikisinden sorumlu olan) İspanya tarafından rapor edilmeye devam etmekte, bunu uzak arayla Fransa ve Birleşik Krallık izlemektedir. 2001-03 yıllarındaki istikrarlı bir dönemden sonra, Avrupa'daki kenevir reçinesi ele geçirme vakalarının sayısı artarken, el konan miktarlar 2003-04'e kadar artmış ama daha sonra düşmeye başlamıştır.

2006'da, Avrupa'da tahmini 10.500 ele geçirme vakası sonucunda yaklaşık 2,3 milyon kenevir bitkisi <sup>(37)</sup> ve

### Avrupa'da esrar üretimi

Yerel esrar üretimi hususunun önemi Avrupa'da son yıllarda artmış olup bu durum, Avrupa ülkelerinin çoğunun artık esrar tarımının yerel olarak yapıldığını ve önemli miktarlarda kenevir bitkisi ele geçirildiğini rapor ettiği gerçeğini yansıtmaktadır. Avrupa'da yetiştirilen esrarın, çoğunlukla yoğun olarak yetiştirildiği kapalı tesislerin yanı sıra açık plantasyonlardan da geldiği rapor edilmektedir. Plantasyonların büyüklüğü, yetiştiricinin motivasyonu ve kaynaklarına bağlı olarak kişisel kullanım amaçlı birkaç bitkiden büyük alanlarda yetiştirilen ticari amaçlara yönelik binlercesine kadar önemli oranda farklılık göstermektedir.

Elde bulunan veriler tam olmadığı için Avrupa'da yapılan kenevir tarımının kapsamının hassas bir şekilde değerlendirilmesine olanak vermemektedir. Bununla birlikte, bazı ülkelerden gelen raporlar bu tür tarımın artık marjinal kabul edilmediğini düşündürmektedir. Örneğin, 2005 yılında Fransa'da yapılan nüfus anketleri 200.000 kadar kişinin hayatında en az bir kez esrar yetiştirmiş olduğunu tahmin etmektedir. Birleşik Krallık'ta, rapor edildiğine göre 2005-06 yıllarında Londra'da alan başına ortalama 400 bitki bulunan 1.500'ün üzerinde 'kenevir çiftliği' polis tarafından kapatılmıştır (Daly, 2007) ve şu anda bulunan çoğu bitkisel kenevirin ya yerel olarak ya da diğer Avrupa ülkelerinde üretildiği düşünülmektedir. Ayrıca, Hollanda'da esrar tarımı ülkenin bazı bölümlerinde yaygın olup 2005 ve 2006 yıllarında toplam 6.000 tarım alanının dağıtıldığı tahmin edilmektedir.

Bazı batı Avrupa ülkelerinde 1990'ların başından ortalarına kadar, kısmen esrar tüketicilerinin o zamanlar en yaygın kullanılan kenevir ürünü olan ithal reçinenin düşük kaliteli ve pahalı olduğunu düşünmelerine bağlı olarak esrar üretiminde keskin bir artış yaşanmış gibi görünmektedir. Bazı ülkelerde çoğu kullanıcının artık yerel olarak üretilen bitkisel kenevir tükettiği düşünülmektedir. İthal reçinenin yerine kısmen yerel olarak üretilen bitkisel kenevirin geçmesine, daha sonra İnternet yoluyla yayılan bahçecilik bilgisi ve teknolojisinde (mahsulü maksimal etmek ve yakalanmamak için) kaydedilen gelişmeler yol açmıştır (Hough vd., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Yerel olarak üretilen esrar, üreticiler için ülke sınırlarından geçirilmesine gerek olmaması gibi bir avantaja da sahiptir.

(% 64'ünden İspanya'nın sorumlu olduğu) 22 ton kenevir bitkisine el konmuştur. 2001'den itibaren sürekli bir artışı takiben, kenevir bitkisi ele geçirme vakalarının sayısı 2006'da istikrara kavuşmuştur <sup>(38)</sup>. 2001'de ele geçirilen rekor bir miktarı takiben 2002'deki keskin bir düşüşten sonra, Avrupa'da ele geçirilen bitki sayısı, 2006'da 2001'de rapor

<sup>(36)</sup> Bu bölümde sözü edilen Avrupa'daki uyuşturucu ele geçirme vakalarına ilişkin veriler için bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 ve SZR-6.

<sup>(37)</sup> Türkiye, 2001-04 döneminde yüksek oranlarda kenevir bitkisi ele geçirildiğini rapor ettikten sonra, 2005 ve 2006'da bu maddeden hiç ele geçirilmediğini bildirdiği için, Avrupa'ya ilişkin analizin dışında tutulmuştur.

<sup>(38)</sup> 2005'te ele geçirilen en fazla kenevir bitkisini rapor eden ülke olan Birleşik Krallık'a ilişkin 2006 verileri henüz sunulmadığından, bu tablo geçicidir.

## Nüfus anketleri: Avrupa'da uyuşturucu kullanma alışkanlıkları ve eğilimlerinin anlaşılmasında önemli bir araç

Halkın genelinde veya okulda uyuşturucu kullanımı, belirli zaman sürelerinde belirli uyuşturucuları kullanmış olduğunu bildiren kişilerin oranına ilişkin tahminler sağlayan, temsili nitelikteki anketler yoluyla ölçülebilir. Anketler ayrıca, kullanım alışkanlıkları, kullanıcıların sosyodemografik özellikleri ile risk ve bulunabilirliğe ilişkin düşünceler hakkında yararlı bağlamsal bilgiler sunmaktadır <sup>(1)</sup>.

EMCDDA, ulusal uzmanlarla yakın işbirliği içerisinde, yetişkin anketlerinde kullanılmak üzere ortak çekirdek maddeler geliştirmiştir ('Avrupa Model Anketi', EMQ). Bu protokol artık çoğu AB Üye Devleti'nde uygulamaya konmuş bulunmaktadır <sup>(2)</sup>. Bununla beraber, kullanılan yöntem bilimi ve veri toplama yılı bakımından ülkeler arasında hâlâ farklılıklar bulunmakta olup bu durum, özellikle ülkeler arasındaki küçük farklılıkların ihtiyatlı bir şekilde yorumlanması gerektiği anlamına gelmektedir <sup>(3)</sup>.

Anketlerin gerçekleştirilmesi pahalı olduğundan, her yıl bilgi toplayan az sayıda Avrupa ülkesi bulunmakta, pek çok ülke iki ila dört yıllık aralıklarla bilgi toplamaktadır. Bu raporda, veriler her ülkede bulunan en yeni ankete dayanarak sunulmuş olup çoğu durumda bu 2004 ve 2007 yılları arasına tekabül etmektedir.

Anket verilerinin rapor edilmesinde kullanılan üç standart zaman çerçevesinden en kapsamlı olanı yaşam boyu yaygınlıktır. Bu ölçüt yetişkinler arasındaki mevcut uyuşturucu kullanımını yansıtmamaktadır ama öğrencilere ilişkin rapor vermek ve kullanım alışkanlıkları ile görülme oranı hakkında fikir edinmek için faydalı olduğu görülmüştür. Yetişkinler için bir önceki yıl ve bir önceki ayda kullanıma odaklanılmaktadır <sup>(4)</sup>. Düzenli olarak kullanan ya da uyuşturucu kullanımıyla sorunları olanların belirlenmesi önemlidir ve halkın geneli, yetişkinler ve öğrenciler arasındaki daha yoğun kullanım şekillerinin değerlendirilmesine yönelik kısa ölçeklerin geliştirilmesiyle, bu anlamda gelişme kaydedilmektedir (bkz. 2007 yıllık raporunda psikometrik ölçeklerin geliştirilmesine ilişkin kutu).

(1) Anket yöntem bilimi hakkında daha fazla bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteni (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

(2) <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population> adresinde bulunmaktadır

(3) Ulusal anketler hakkında daha fazla bilgi için, bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo GPS-O.

(4) EMCDDA standart yaş aralıkları aşağıdaki gibidir: tüm yetişkinler (15 ila 65 yaş) ve genç yetişkinler (15 ila 34 yaş). Bu raporda 'yaşam boyu kullanım veya yaygınlık', 'bir önceki yılda yaygınlık' ve 'bir önceki ayda yaygınlık' tabirleri bazen de sırasıyla daha günlük olan 'yaşam boyu deneyimi', 'yakın zamanda kullanım' ve 'hali hazırda kullanım' tabirleri kullanılmaktadır.

edilen sayının yarısında kalmakla beraber, artmaya devam etmiştir. Aynı beş yıllık dönemde, Avrupa'da ele geçirilen ve kilogram olarak rapor edilen, ele geçirilen kenevir bitkisi miktarı, istikrarlı bir artış göstermekte olup, bu artış Litvanya'daki rekor ele geçirmelere bağlı olarak 2006'da hızlanmıştır.

### Etki gücü ve fiyatı

Kenevir ürünlerinin etki gücü, ana aktif bileşeni olan delta-9-tetrahidrokanabinol (THC) içeriğiyle belirlenir. Esrarın etki gücü ülkeler arasında ve içinde ve farklı esrar örnekleri ve ürünleri arasında geniş ölçüde farklılık gösterir. Bazı yöntem bilimsel gerekçelerle, bu alandaki verilerin yorumlanması güçtür ve analiz edilen ele geçirme vakalarının pazarın genelini ne ölçüde yansıttığı da tartışma götürür. Araştırmalar, yoğun koşullar altında yerel olarak üretilen esrarın etki gücünün genelde daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. 2006 yılında, rapor edilen reçine örneklerinin THC içeriği % 2,3 ile % 18,4 arasında değişirken bitkisel kenevirin içeriği % 1'in altından % 13'e kadar değişiyordu. 2001-06 döneminde, kenevir reçinesi ve bitkisel kenevirin etki gücü, yeterli veri sunan 16 Avrupa ülkesinin pek çoğunda aynı kalmış ya da azalmıştır; ne var ki, Hollanda'da ithal reçine ve başka yedi ülkede de bitkisel kenevir için artış eğilimleri kaydedilmiştir. Yerel olarak üretilen bitkisel kenevirin

etki gücüne ilişkin birkaç yıla yayılan tahminler, sadece 2004'teki % 20,3'lük bir doruk değerden 2006'da % 16,0'a düşen bir oran rapor eden Hollanda'da bulunmaktadır <sup>(39)</sup>.

Bitkisel kenevir ve kenevir reçinesine ilişkin tipik perakende fiyatları gram başına 2 EUR'dan 14 EUR'ya kadar değişmekte olup, çoğu Avrupa ülkesi her iki ürün için de 4-10 EUR arasında perakende satış fiyatları bildirmiştir. 2001-06 döneminde, Belçika ve Almanya dışında, (enflasyona göre düzeltilmiş) kenevir reçinesi fiyatlarının düştüğü rapor edilmiştir. Çoğu ülkeden gelen veriler bu dönemde bitkisel kenevir fiyatları için daha istikrarlı bir duruma işaret etmekte olup, fiyatların artmakta olduğuna dair işaretler bulunan Almanya ve Avusturya buna istisna teşkil etmektedir.

## Yaygınlık ve kullanım alışkanlıkları

### Halkın geneli arasında

İlimli bir tahmine göre, 70 milyonun üzerinde Avrupalı, yani 15 ila 64 yaşındaki beş Avrupalıdan en az biri en az bir kez (yaşam boyu yaygınlık) esrar kullanmıştır (verilerin bir özeti için bkz. Tablo 2). % 2 ila % 37 arasında değişen ulusal rakamlarla, ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmakla beraber, ülkelerin yarısı % 11-22 arasında oranlar rapor etmektedir.

(39) 2008 istatistik bülteninde etki gücü ve fiyata ilişkin veriler için bkz. Tablolar PPP-1 ve PPP-5.

Pek çok ülke esrara ilişkin önceki yıl ve geçmiş ay kullanma yaygınlığında nispeten yüksek düzeyler rapor etmektedir. 23 milyon civarında Avrupalı'nın, ya da 15 ila 64 yaşındakilerin yaklaşık %7'sinin bir önceki yıl esrar kullandığı tahmin edilmektedir. Geçmiş aya ilişkin tahminler bu uyuşturucuyu, yoğun bir şekilde olmasa da, daha düzenli olarak kullananları da kapsamaktadır (bkz. aşağıda). 12,5 milyon kadar Avrupalının, yani 15 ila 64 yaşındakilerin yaklaşık %4'ünün geçmiş ayda esrar kullandığı tahmin edilmektedir.

### Genç yetişkinler arasında esrar kullanımı

Esrar kullanımı genellikle (15-34 yaşındaki) gençler arasında yoğun olup, en yüksek kullanım düzeyleri 15 ila 24 yaşındakiler arasında rapor edilmektedir. Bu durum Belçika, Kıbrıs ve Portekiz dışında neredeyse tüm Avrupa ülkeleri için geçerlidir <sup>(40)</sup>.

Nüfus anketi verileri, (15-34 yaşındaki) Avrupalı genç yetişkinlerin ortalama %31'inin en az bir kez esrar kullandığını, bunların %13'ünün bu uyuşturucuyu önceki yılda ve %7'sinin de geçmiş ayda kullandığını ortaya koymaktadır. 15-24 yaş grubundaki daha fazla sayıda Avrupalı'nın bir önceki yılda (%17) ya da bir önceki ayda (%9) esrar kullandığı tahmin edilmekle birlikte, ortalama olarak, bu yaş

grubuna mensup daha az sayıda kişi uyuşturucuyu denemiştir (%30). Esrar kullanımına ilişkin ulusal yaygınlık tahminleri tüm yaygınlık ölçümleri bakımından ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermekte olup merdivenin en tepesinde bulunan ülkeler en düşük yaygınlık oranı gösteren ülkelere, 10 kat daha yüksek değerler rapor etmektedir.

Esrar kullanımı erkekler arasında kadınlar arasında olduğundan daha yaygın olmakla beraber (bkz. 2006 cinsiyet hakkında seçili konu), ülkeler arasında dikkate değer farklılıklar gözlenmiştir. Söz gelimi, önceki yıl esrar kullandığını rapor eden erkeklerin kadınlara göre oranı Portekiz'de her kadın için 6,4 erkekten, İtalya'da 1,6 erkeğe kadar değişiyordu.

### Öğrenciler arasında esrar kullanımı

Esrar, alkol ve tütünden sonra, öğrenciler tarafından en yaygın olarak kullanılan psikoaktif madde olmaya da devam etmektedir.

15 ila 16 yaşındaki öğrenciler tarafından en az bir kez kullanım oranının, bu maddeyi deneyimleme genellikle bu yaşlarda meydana geldiğinden, yakın zamandaki veya hali hazırdaki kullanımı yansıttığı kabul edilebilir. 15 yaşındakiler üzerinde yapılan 2005/06 HBSC anketinden alınan veriler, esrar kullanımının yaşam boyu yaygınlık oranlarında 27 ülke arasında önemli farklılıklar ortaya koymuştur. Beş ülke en az bir kez esrar kullanımına ilişkin olarak %10'un altında yaygınlık tahminleri rapor etmiştir; 11 ülke %10 ve %20 arasında değerler ve 11 ülke de %21 ve %31 arasında değerler rapor etmiştir (Currie vd., 2008) <sup>(41)</sup>. Bu yaş grubunda, erkek çocuklar genellikle kızlardan daha yüksek yaygınlıkta esrar kullanımı rapor etmiştir ama cinsiyetler arasındaki rapor edilen yaygınlığa ilişkin fark, en yüksek yaygınlık tahminlerine sahip bazı ülkelerde az ya da neredeyse sıfırdır.

Yaşam boyu kullanımda olduğu gibi, öğrenciler arasında son 30 günde kullanım tahminlerine ilişkin olarak ülkeler arasında büyük farklar bulunmaktadır. Bazı ülkelerde neredeyse rapor edilmemişken, diğerlerinde, soru sorulanların %15 kadarı son 30 gün içinde kullandığını rapor etmiş olup, bazen erkekler arasında daha yüksek oranlara bile rastlanmıştır. Daha önceki ESPAD anketlerinden toplanan verilere dayanarak AB Üye Devletleri, Hırvatistan ve Türkiye'de 2003 yılında 15 ila 16 yaşındaki yaklaşık 3,5 milyon (%21,1) öğrencinin hayatında en az bir kez esrar kullandığı ve yaklaşık 1,7 milyonun da (%11) uyuşturucuyu anketten bir önceki ayda kullandığı tahmin edilmektedir.

### Yeni okul anketleri

'Okul çağındaki çocuklarda sağlık davranışı' (HBSC) anketi, çocuk sağlığı ve sağlık davranışını araştıran bir DSÖ ortak çalışması olup 2001 yılından beri ankette 15 yaşındaki öğrenciler arasındaki esrar kullanımına ilişkin sorular yer almaktadır. Bu anketin, esrar kullanımına ilişkin sorular bulunan ikinci turu Ekim 2005 ve Mayıs 2006 arasında gerçekleştirilmiş ve 26 AB Üye Devleti ile Hırvatistan katılmıştır.

'Avrupa okul anketi projesinin alkol ve diğer uyuşturucular' hakkındaki dördüncü turu (ESPAD) 2007 yılında 25 AB Üye Devleti, Hırvatistan ve Norveç'in katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu anket, özel olarak sözü geçen takvim yılında 16 yaşına basan öğrenciler arasındaki madde kullanımını araştırmaktadır. En son anketlerden alınan sonuçlar Aralık 2008'de yayımlanacaktır.

Her biri dört yılda bir gerçekleştirilen bu uluslararası okul anketlerinin her ikisine de katılım oranı her defasında artmış ve şu anda çoğu Avrupa ülkesini kapsamaktadır.

2006 yılında İspanya, İtalya, Portekiz, Slovakya, İsveç ve Birleşik Krallık esrar kullanımına ilişkin olarak kendi ulusal okul anketlerinden elde edilen verileri de rapor etmişlerdir.

<sup>(40)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-1.

<sup>(41)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil EYE-5.

**Tablo 2: Halkın genelinde esrar kullanımına ilişkin yaygınlık – verilerin özeti**

| Yaş grubu                            | Kullanıma ilişkin zaman çerçevesi                                                                 |                                                                                                 |                                                                                                  |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | Yaşam boyu                                                                                        | Geçmiş yıl                                                                                      | Önceki ay                                                                                        |
| <b>15-64 yaş</b>                     |                                                                                                   |                                                                                                 |                                                                                                  |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı | 71,5 milyon                                                                                       | 23 milyon                                                                                       | 12,5 milyon                                                                                      |
| Avrupa ortalaması                    | % 21,8                                                                                            | % 6,8                                                                                           | % 3,8                                                                                            |
| Aralık                               | % 1,7–36,5                                                                                        | % 0,8–11,2                                                                                      | % 0,5–8,7                                                                                        |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler  | Romanya (% 1,7),<br>Malta (% 3,5),<br>Bulgaristan (% 4,4),<br>Kıbrıs (% 6,6)                      | Malta (% 0,8),<br>Bulgaristan (% 1,5),<br>Yunanistan (% 1,7),<br>İsveç (2,0)                    | Malta (% 0,5),<br>İsveç (% 0,6),<br>Litvanya (% 0,7),<br>Bulgaristan (% 0,8)                     |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler | Danimarka (% 36,5),<br>Fransa (% 30,6),<br>Birleşik Krallık (% 30,1),<br>İtalya (% 29,3 %)        | İtalya, İspanya (% 11,2),<br>Çek Cumhuriyeti (% 9,3),<br>Fransa (% 8,6)                         | İspanya (% 8,7),<br>İtalya (% 5,8),<br>Fransa, Çek Cumhuriyeti (% 4,8)                           |
| <b>15-64 yaş</b>                     |                                                                                                   |                                                                                                 |                                                                                                  |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı | 42 milyon                                                                                         | 17,5 milyon.                                                                                    | 10 milyon                                                                                        |
| Avrupa ortalaması                    | % 31,2                                                                                            | % 13                                                                                            | % 7,3                                                                                            |
| Aralık                               | % 2,9–49,5                                                                                        | % 1,9–20,3                                                                                      | % 1,5–15,5                                                                                       |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler  | Romanya (% 2,9),<br>Malta (% 4,8),<br>Bulgaristan (% 8,7),<br>Kıbrıs (% 9,9)                      | Malta (% 1,9),<br>Yunanistan (% 3,2),<br>Kıbrıs (% 3,4),<br>Bulgaristan (% 3,5)                 | Yunanistan, Litvanya, İsveç (% 1,5),<br>Bulgaristan (% 1,7)                                      |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler | Danimarka (% 49,5),<br>Fransa (% 43,6),<br>Birleşik Krallık (% 41,4),<br>İspanya (% 38,6)         | İspanya (% 20,3),<br>Çek Cumhuriyeti (% 19,3),<br>Fransa (% 16,7),<br>İtalya (% 16,5)           | İspanya (% 15,5),<br>Fransa, Çek Cumhuriyeti (% 9,8),<br>Birleşik Krallık (% 9,2)                |
| <b>15-64 yaş</b>                     |                                                                                                   |                                                                                                 |                                                                                                  |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı | 20 milyon.                                                                                        | 11 milyon.                                                                                      | 6 milyon                                                                                         |
| Avrupa ortalaması                    | % 30,7                                                                                            | % 16,7                                                                                          | % 9,1                                                                                            |
| Aralık                               | % 2,7–44,2                                                                                        | % 3,6–28,2                                                                                      | % 1,2–18,6                                                                                       |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler  | Romanya (% 2,7),<br>Malta (% 4,9),<br>Kıbrıs (% 6,9),<br>Yunanistan (% 9,0)                       | Yunanistan, Kıbrıs (% 3,6),<br>İsveç (% 6,0),<br>Bulgaristan, Portekiz (% 6,6)                  | Yunanistan (% 1,2),<br>İsveç (% 1,6),<br>Kıbrıs, Litvanya (% 2,0)                                |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler | Danimarka (% 44,2),<br>Çek Cumhuriyeti (% 43,9),<br>Fransa (% 42,0),<br>Birleşik Krallık (% 39,5) | Çek Cumhuriyeti (% 28,2),<br>İspanya (% 24,3),<br>Fransa (% 21,7),<br>Birleşik Krallık (% 20,9) | İspanya (% 18,6),<br>Çek Cumhuriyeti (% 15,4),<br>Fransa (% 12,7%),<br>Birleşik Krallık (% 12,0) |

Her ülke için mevcut son ankete dayanan bilgiler. Çalışma yılı 2001 ve 2007 arasında değişmektedir. Avrupa'ya ilişkin ortalama yaygınlık oranı, her ülkedeki ilgili yaş grubunun nüfusuna göre ağırlıklı bir ortalama ile hesaplanmıştır. Bilgi bulunmayan ülkelerde, ortalama AB yaygınlık oranı için yaklaşık değer verilmiştir. Temel alınan nüfuslar: 15-64 (328 milyon), 15-34 (134 milyon) ve 15-24 (64 milyon). Burada özetlenen veriler 2008 istatistik bülteninde 'Nüfus anketleri' kapsamında bulunmaktadır.

### Uluslararası karşılaştırmalar

Avrupa rakamları dünyanın başka bölgeleriyle karşılaştırılabilir. Söz gelimi, Amerika Birleşik Devletleri'nde, uyuşturucu kullanımı ve sağlık hakkındaki Ulusal Anket'te (Samhsa, 2005), (EMCDDA tarafından yeniden hesaplanan, 15-34 yaşındaki) genç yetişkinler arasında yaşam boyu esrar kullanma yaygınlığının %49 olduğu ve önceki yıl yaygınlığının da %21 olduğu tahmin edilmiştir. Aynı yaş grubu için, Kanada'da (2004) esrar kullanımının yaşam boyu yaygınlık oranı %58 ve önceki yıl yaygınlık oranı %28'ken, Avustralya'da (2004) bu oranlar %48 ve %20 idi. Tüm bu rakamlar, bunlara karşılık gelen ve sırasıyla %31 ve %13 olan Avrupa ortalamalarının üzerindedir.

### Esrar kullanma alışkanlıkları

Eldeki veriler esrar kullanımında çeşitli alışkanlıklar bulunduğuna işaret etmektedir. En az bir kez esrar kullanmış olan 15-64 yaşındakilerin sadece %30'u bunu önceki yılda yapmıştır<sup>(42)</sup>. Ancak, uyuşturucuyu önceki yılda kullanmış olanlar arasında, ortalama %56'sı geçmiş ayda kullanmıştır.

Yoğun ve uzun süreli kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesi önemli bir kamu sağlığı meselesidir. Her gün veya neredeyse her gün kullanım (son 30 gün içinde 20 gün veya daha fazla kullanım) yoğun kullanımın bir göstergesi olabilir. Avrupa'da bu kullanım şekline ilişkin veriler, 2007/08 yılında, EMCDDA tarafından koordine edilen ve 13 ülkeden ulusal uzmanlar ve Reitox odak noktaları ile ortaklaşa gerçekleştirilen bir 'saha deneyi'nin parçası olarak toplanmıştır. Sınırlı olmalarına rağmen, bu verilere dayanarak, tüm Avrupalı yetişkinlerin %1'inden fazlası yani yaklaşık 4 milyonunun her gün veya neredeyse her gün esrar kullandığı tahmin edilmektedir. Bu esrar kullanıcılarının çoğu, yani yaklaşık 3 milyon, 15 ila 34 yaşında olup, bu yaş grubundaki tüm Avrupalıların yaklaşık %2-2,5'ini temsil etmektedir<sup>(43)</sup>.

Avrupa'daki yoğun esrar kullanımına ilişkin eğilimlerin değerlendirilmesi güçtür ancak, 2004 ve 2007'deki her iki saha deneyine katılan ülkeler (Fransa, İspanya, İrlanda, Yunanistan, İtalya, Hollanda, Portekiz) arasında, ortalama artış %20 civarında olmakla beraber, bu tahmin büyük oranda Fransa, İspanya ve İtalya'dan elde edilen rakamlardan etkilenmiştir.

Yinelenen esrar kullanımı, daha genç kullanıcılar arasında dahi, uzun bir süre boyunca oldukça istikrarlı seyredebilir.

Almanya'da 14-24 yaşındakilerden oluşan bir kohortun 10 yıl boyunca izlendiği ve yakın zamanda yayımlanan bir çalışmaya göre, araştırma döneminin başlangıcında yinelenen bir şekilde (hayatlarında beş kez ya da daha fazla) esrar kullanmış olanlar arasında, büyük bir oran uyuşturucuyu kullanmaya devam etmiş, %56'sı dört yıldan sonra kullanmaya devam ettiğini ve %46'sı da 10 yıldan sonra uyuşturucuyu hâlâ kullandığını rapor etmiştir. Diğer yandan, dönemin başında ara sıra esrar kullanımının (1-4 kez) daha sonra uzun süreli ve daha sorunlu kullanım alışkanlıkları geliştirilmesiyle ilişkili olduğu görülmemiştir (Perkonig, 2008).

Ciddiyeti ve sonuçları diğer psikoaktif maddelerde genelde olduğu kadar ağır görünmese de, esrar bağımlılığının, uyuşturucunun düzenli kullanımının olası bir sonucu olabileceği giderek daha çok kabul görmektedir. Yine de, düzenli olarak esrar kullanan kesimin nispeten büyük olmasına bağlı olarak, esrarın yoğun kullanım biçimlerinin kamu sağlığına genel etkisi önemli bir düzeyde olabilir. Amerika Birleşik Devletleri'ne ilişkin ulusal halk anketi verilerinin analizi, günlük kullanıcıların yaklaşık %20-30'unun 2000-06 arasında bağımlılık bakımından pozitif değerlendirildiklerini ortaya koymaktadır<sup>(44)</sup>. Avustralya'da yapılan bir çalışmada, uzun süreli esrar kullanıcılarının %92'si yaşamlarının bir noktasında bağımlı olarak sınıflandırılmış, bunların yarısından fazlası çalışma döneminde bağımlı kabul edilmiştir. Bir yıl sonra gerçekleştirilen bir takip çalışmasında, uzun süreli kullanıcılar arasında esrar kullanımı ve bağımlılığı ölçümlerinin bu süre boyunca değişmediği görülmüştür (Swift vd., 2000).

EMCDDA, bazı ülkelerle ortaklaşa, bağımlılık da dahil olmak üzere daha yoğun ve uzun süreli esrar kullanma alışkanlıklarının izlenmesine yönelik yöntemler geliştirmektedir. Birden fazla AB ülkesinde psikometrik ölçekler test edilmekte olup, elde bulunan kanıtlar bu yıl analiz edilecektir. Bu bilgiler, daha sorunlu esrar kullanma alışkanlıklarının kamu sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve doğru müdahalelerin planlanmasında AB Üye Devletleri'ne yardımcı olabilir<sup>(45)</sup>.

### Öğrenciler arasında esrar kullanma alışkanlıkları

HBSC verileri sık esrar kullanımının 15 yaşındaki öğrenciler arasında nadir olduğunu göstermektedir. Yalnızca altı ülke %2'nin üzerinde (burada geçmiş 12 ay boyunca 40 veya daha çok kez kullanım olarak tanımlanan) sık esrar

<sup>(42)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-2.

<sup>(43)</sup> Sunulan Avrupa ortalamaları, bilgi bulunan ülkeler için (nüfus için) ağırlıklı bir ortalamaya dayanan kaba bir tahmindir. Ortalama sonuçlar bilgi bulunmayan ülkeler için yaklaşık değer olarak hesaplanmıştır. Elde edilen rakamlar (15-64 yaşındaki) tüm yetişkinler için %1,2 ve (15-34 yaşındaki) genç yetişkinler için %2,3'tür. Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo GPS-7.

<sup>(44)</sup> NSDUH çevrimiçi analiz programı: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, 25 Şubat 2008'de girilmiş ve MJDAY30A ile DEPNDMRJ değişkenleri kullanılarak analiz edilmiştir.

<sup>(45)</sup> Müdahaleler, örneğin tedavi şekilleri, 'Tedavi sağlama, s. 44.

kullanma yaygınlığı rapor etmektedir. Bununla beraber, sık kullanım, yedi ülkede %5'e varan tahminlerle, genellikle erkekler arasında daha yaygındır. Raporlar göstermektedir ki daha sorunlu esrar kullanma alışkanlıkları ile korunmasız bir gruba (örneğin genç suçlular, okulu asanlar, eğitimde başarı düzeyi düşük olanlar) mensup olma arasında korelasyonlar bulunduğuna işaret etmekte olup, bu durum, özellikle korunmasız bu gençlere yönelik bir güvenlik ağı oluşturulması için belirli stratejiler gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu husus 2008 korunmasız gençler hakkındaki seçili konuda vurgulanmıştır.

ESPAD'la işbirliği içerisinde çoklu uyuşturucu kullanımına ilişkin bir inceleme yapılmış, burada 2003 yılında önceki 30 gün içinde esrar kullanmış 15 ila 16 yaşındaki öğrenciler diğer öğrencilerle karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma, esrar kullanmış öğrencilerin başka maddeler de kullanmış olma olasılığının ortalama olarak daha fazla olduğunu göstermektedir. Esrar kullanıcıları arasında, geçmiş ayda başka bir uyuşturucu kullanma yaygınlığı düşük olmakla beraber (%10'dan az), esrar kullanıcıları arasında sigara ve aşırı içki içme düzeyleri öğrencilerin geneline oranla yaklaşık iki kat fazlaydı (%80). Bu karşılaştırmalar esrar kullanımının hem yasal hem de yasadışı uyuşturucu kullanımına ilişkin olarak çok daha yüksek ortalama değerlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır <sup>(46)</sup>.

### Esrar kullanımındaki eğilimler

Sadece İsveç ve Norveç gençlere ve askerlere ilişkin olarak 1970'li yıllara kadar uzanan anket serileri rapor etmektedir. 1970'lerde bir ilk kullanım dalgası gözlemlenmiş, bunu 1980'lerde bir düşüş izlemiş ve 1990'larda tekrar önemli bir artış meydana gelmiştir. Yeni anketlerde başlama yılının analizi İspanya (1970'lerin ortalarında) ve Almanya'da (1990'ların başlarında) da esrar kullanımının önemli oranda yaygınlaştığını saptamıştır (bkz. 2004 ve 2007 yıllık raporları).

EMCDDA'ya rapor edilen ulusal anket verileri neredeyse tüm AB ülkelerinde esrar kullanımının 1990'lar boyunca, özellikle gençler (Şekil 4) ve öğrenciler arasında belirgin oranda arttığını göstermektedir. 2000 yılı civarında, 15-34 yaş grubunda esrar kullanımına ilişkin yaşam boyu yaygınlık oranının dokuz ülkede %30'u aştığı ve iki durumda %40'lara vardığı görülürken, önceki yıl yaygınlık oranı yedi ülkede %15-20'ye, geçmiş ayda kullanım yaygınlığı ise altı ülkede %8-15'e ulaşmıştır. Özellikle dikkate değer olan husus, 1990'ların başlarında ve

ortalarında Avrupa'daki en yüksek yaygınlık oranlarını rapor etmiş ülke olan Birleşik Krallık'taki (İngiltere ve Galler) esrar kullanımına ilişkin eğilimdir ama burada, daha yakın zamanda özellikle 16-24 yaş grubunda istikrarlı bir düşme eğilimi gözlemlenmiştir <sup>(47)</sup>.

Yeni ulusal anketlerden elde edilen bilgiler, esrar kullanımının pek çok ülkede dengelenmekte olduğu yönündedir. 2001 ve 2006 yıllarındaki eğilimi analiz etmenin mümkün olduğu 16 ülkeden altısında genç yetişkinler arasındaki önceki yıl yaygınlık oranları %15 oranında veya daha çok artmış, üçünde benzer bir oranda azalmış ve yedi tanesinde değişmeden kalmıştır <sup>(48)</sup>.

Kararlı ya da düşmekte olan eğilimler, öğrenciler arasında esrar kullanımına ilişkin en son yayımlanan verilerde de görülmektedir. 2001/2 ve 2005/6 HBSC verileri karşılaştırıldığında, çoğu AB ülkesinde 15 yaşındaki öğrenciler arasında yaşam boyu ya da diğer yoğun esrar kullanımında istikrarlı ya da düşmekte olan bir eğilim ortaya çıkmaktadır <sup>(49)</sup>. İspanya, Portekiz, Slovakya, İsveç ve Birleşik Krallık'ta gerçekleştirilen diğer yeni ulusal okul anketleri de kararlı veya düşmekte olan eğilimler rapor etmektedir.

Bir bütün olarak Avrupa'da esrar bulunabilirliğine ilişkin durum değişmemiş görüldüğünden ve fiyatlar, bilgi veren çoğu ülkede düşmekte gibi görüldüğünden, mevcut dengelenme veya düşme eğiliminin açıklaması başka yerlerde aranmalıdır. 2005 Fransa nüfus anketi (Baromètre Sante) esrar kullanmayı bırakmış olanların %80'inin bırakma sebebi olarak artık esrarın ilgilerini çekmediğini söylediğini ortaya koymuştur. Açıklamanın bir bölümü de bütün içmede gözlemlenen azalmada bulunabilir. Tütün, esrarla aynı şekilde kullanılmaktadır ve dolayısıyla, aralarında belli bir düzeyde davranış ilişkisi olabilir (Reitox ulusal raporları ve Currie vd., 2008).

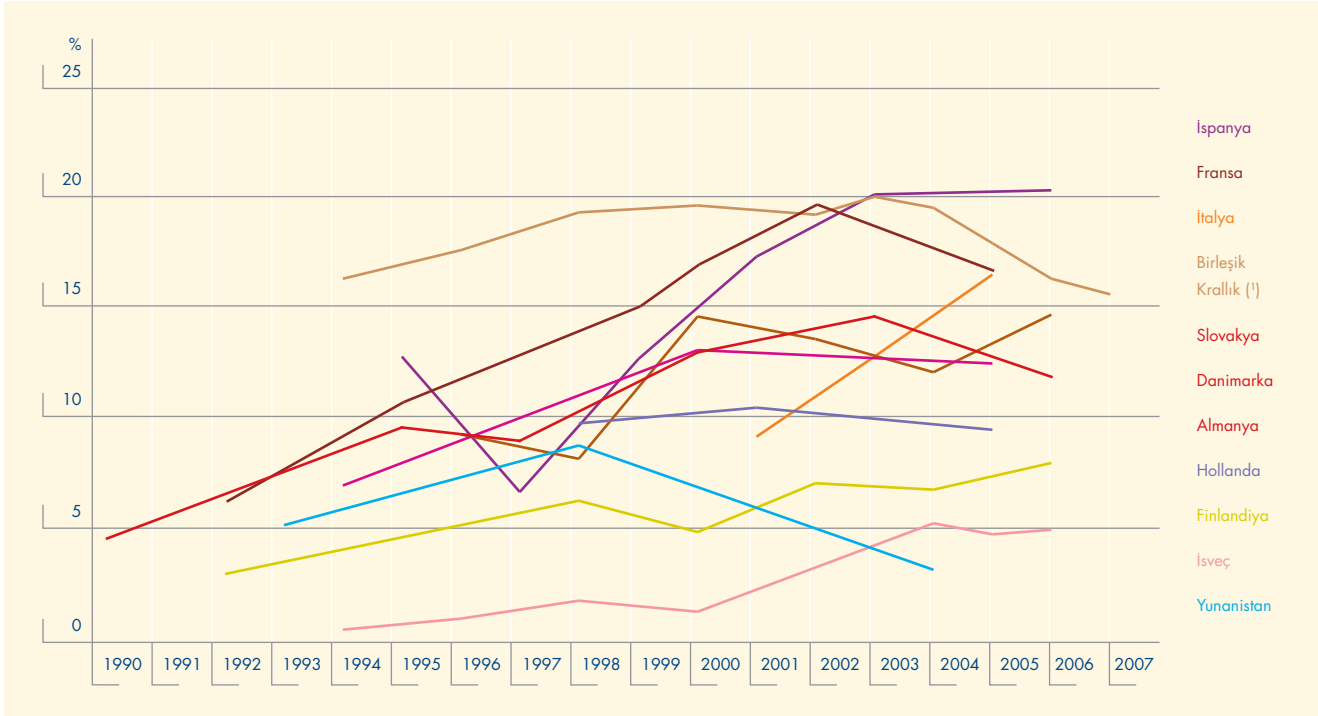
Esrarın deneysel ya da ara sıra kullanımında görülen azalmalar uyuşturucunun düzenli kullanımındaki eğilimlerle doğrudan ilişkili olmayabilir. Bu durum Almanya'da ergenler arasında yapılan iki ardışık anketten elde edilen verilerde de görülmekte olup, bunlar yaşam boyu ve önceki yıl yaygınlık oranlarında düşüşler gösterirken, esrarın 'düzenli kullanımı' (önceki yıla göre 10 kez daha fazla) değişmeden kalmıştır (%2,3) (BZgA, 2004 ve BZgA, 2007, Almanya ulusal raporundan alınmıştır).

<sup>(46)</sup> Analiz, alkol ve uyuşturucu hakkındaki Avrupa okul anketi projesi (ESPAD) kapsamında üretilen veritabanından alınan verilere dayanmakta olup, ESPAD veritabanının kullanımına ilişkin kurallara uygundur. Projenin kapsadığı her ülke için veri sağlayan ulusal baş araştırmacılar projenin web sitesinde bulunmaktadır ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

<sup>(47)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-10.

<sup>(48)</sup> Yıllara ilişkin kesin bilgi bulunmadığı durumda, önceki ya da sonraki yıla ilişkin bilgiler kullanılmıştır; bu bilginin bulunmadığı durumda, analiz yapılmamıştır.

<sup>(49)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekiller EYE-4 ve EYE-5.

**Şekil 4:** (15 ila 34 yaşındaki) genç yetişkinler arasında esrar kullanımına ilişkin bir önceki yılda yaygınlık eğilimleri

(1) İngiltere ve Galler.

Not: Ayrıntılı bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteni Şekil GPS-4.

Kaynaklar: Nüfus anketleri, raporlar veya bilimsel makalelerden alınan Reitox ulusal raporları (2007).

## Esrar tedavisi

### Tedavi talebi şekilleri

2006 yılında, rapor edilen 390.000 tedavi talebi (24 ülkeden alınan veriler) içinde, vakaların yaklaşık % 21'inde tedaviye başlamanın birincil sebebi esrar olup, eroinden sonra en çok rapor edilen ikinci uyuşturucuydu <sup>(50)</sup>. Bununla beraber, ülkeler arasındaki farklılıklar dikkate değer olup, esrar Bulgaristan, Litvanya, Lüksemburg ve Romanya'da tüm hastaların % 5'inden azı tarafından birincil tedaviye başlama sebebi olarak belirtilirken, Fransa, Macaristan ve Hollanda'da tedavi gören hastaların % 30'dan fazlası tarafından birincil uyuşturucu olarak rapor edilmişti <sup>(51)</sup>.

Ayrıca yeni tedavi taleplerine ilişkin olarak da dikkate değer farklar bulunmakta olup, esrar Bulgaristan, Litvanya ve Romanya'daki yeni hastaların % 10'undan daha azı tarafından, Danimarka, Almanya, Fransa ve Macaristan'da ise % 50'den fazlası tarafından birincil uyuşturucu olarak belirtilmişti <sup>(52)</sup>. Bu farklılıklar yoğun esrar kullanımının yaygınlığı, uyuşturucu tedavisi organizasyonu ya da tedaviye yönlendirme uygulamalarındaki farklılıklarla açıklanabilir.

Söz gelimi, yüksek oranlarda esrar hastası bulunan bazı ülkelerde (örneğin Almanya, Macaristan, Avusturya, İsveç), uyuşturucu tedavisi cezaya bir alternatif olarak sunulmakta ve bazen tutuklama durumunda zorunlu olmaktadır; Avrupa'daki en yüksek esrar hastası oranını rapor eden Fransa'da, yakın zamanda esrar kullanıcılarına yönelik uzmanlık merkezleri oluşturulmuştur ve bunun raporlama üzerinde doğrudan bir etkisi olacaktır.

Esrar kullanıcıları esas olarak ayakta tedavi merkezlerinde tedavi edilmektedir ama bazı ülkelerde (İrlanda, Slovakya, Finlandiya, İsveç) yaklaşık üçte birinin yataklı tedavi ortamlarında tedavi görmek istediği bildirilmektedir <sup>(53)</sup>. Çoğu esrar hastasının kendi isteğiyle tedaviye başladığı rapor edilmektedir ama bu başvuru şekli esrar hastalarında, başka uyuşturucularla olan sorunları için yardım isteyenler arasında olduğundan daha az yaygındır.

Birincil esrar kullanımı için ayakta tedavi merkezlerinde tedavi görmek isteyenler başka uyuşturucular da kullandıklarını bildirmektedir: % 21 ikincil madde olarak alkol, % 12 amfetamin ve ecstasy ve % 10 da kokain kullandığını rapor etmektedir. Başka birincil uyuşturucular

<sup>(50)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil TDI-2 bölüm (ii).

<sup>(51)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-5 bölüm (ii).

<sup>(52)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-4 bölüm (ii).

<sup>(53)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-24.

yüzünden tedavi görenler arasında, esrar, alkolden (%31) sonra en sık olarak belirtilen ikincil maddedir (%21) <sup>(54)</sup>.

### Yeni uyuşturucu tedavi taleplerindeki eğilimler

2006 yılında rapor edilen yaklaşık 160.000 yeni uyuşturucu tedavi talebi (24 ülkeden alınan veriler) arasında, esrar hastaları (%28), eroin hastalarından sonra (%34) en büyük ikinci grubu temsil etmektedir. Birincil uyuşturucu olarak esrar rapor eden tüm hastaların oranına kıyasla, yeni hastalar arasındaki oran daha yüksektir. Ülkelerin yarısı, birincil uyuşturucu olarak esrar için tedavi talebinde bulunan yeni hastaların oranının artmakta olduğunu bildirmektedir. Esrar tedavisine yönelik yeni taleplerin kesin sayısı 2002-06 döneminde artarken, birincil esrar kullanımı için tedaviye başlayan yeni hastaların oranı 2002 ve 2006 yılları arasında artmış ve 2006'da aynı düzeyde kalmıştır <sup>(55)</sup>.

Esrar tedavisi taleplerinde gözlemlenen artış eğilimi çeşitli faktörlere bağlı olabilir: esrar kullanımı veya yoğun ve uzun süreli kullanımdaki artışlar; veri kapsamındaki iyileşmeler; daha önceleri eroin kullanıcılarına odaklanan ama artık başka uyuşturucu kullanıcılarını da hedef alan tedavi sisteminin yakın zamanda yaygınlaşması ve çeşitlenmesi; bazen cezai adalet sistemi tarafından esrar tedavisine yapılan sevklerin artmasına yol açan, mevzuat ve politikadaki değişiklikler (EMCDDA, 2008a). Esrar kullanımıyla ilişkili yeni tedavi taleplerindeki yeni istikrar durumu, esrar kullanımına ilişkin daha yeni eğilimler, tedavi sistemindeki değişiklikler ya da tedaviye sevk şekillerinde yapılan değişikliklerle de açıklanabilir.

### Hasta profilleri

Ayakta tedavi merkezlerinde, tedaviye başlayan esrar kullanıcılarını ağırlıklı olarak genç erkekler oluşturmaktadır ve cinsiyet oranı her kadın için 5,2 erkeğe denk gelip ortalama yaş 24'tür. Esrar, daha genç yaş grupları arasında en sık rapor edilen birincil uyuşturucudur. İlk kez tedaviye başlayanlar arasında, birincil esrar kullanımı 15-19 yaşındakilerin %67'si tarafından ve 15 yaşından küçüklerin de %80'i tarafından rapor edilmiştir <sup>(56)</sup>.

Çoğu esrar hastası, başka türde bir uyuşturucu sorunu için yardım talebinde bulunanlara kıyasla, sosyal bakımdan nispeten iyi bütünleşmiş görünmektedir. Pek çoğu hâlâ eğitim görmekte olup, çoğunlukla ailelerinin yanında, istikrarlı bir barınma ortamında kalmaktadır; ancak yeni araştırmalar aynı zamanda, esrar hastalarının aynı yaş grubundaki halkın genelinden daha farklı bir sosyal profile sahip olduğunu ve daha dezavantajlı bir geri plandan geldiklerini rapor ettiklerini göstermektedir (EMCDDA, 2008a).

Genel olarak, tedaviye başlayan birincil esrar kullanıcıları kullanma sıklığı bakımından üç gruba ayrılabilir: ara sıra kullananlar (%30), haftada bir ya da birkaç kez kullananlar (%30) ve her gün kullananlar (%40) <sup>(57)</sup>. Bununla beraber, ülkeler arasında, özellikle tedaviye başlayan düzenli esrar kullanıcılarının oranı hususunda, önemli farklılıklar gözlemlenmektedir. Esrar hastalarının daha fazla olduğu ülkelerde, her gün kullananların oranı Hollanda ve Danimarka'da %70'ten İspanya, Fransa ve İtalya'da %40-60'a ve Almanya ve Macaristan'da %20-30'a kadar değişmektedir.

### Tedavi sağlama

EMCDDA tarafından yaptırılan bir anket, 19 ülkedeki uyuşturucu tedavi hizmetlerinden oluşan bir örnekte verilen esrar tedavisine ilişkin olarak, incelenen hizmetlerin yarısının esrar sorunlarına özel programları bulunmadığını ortaya koymuştur (EMCDDA, 2008a). Bu bulgu, pek çok esrar kullanıcısının başka uyuşturucu kullanıcılarıyla aynı ortamlarda tedavi edildiğini ve bunun hem tedavi personeli hem de hastalar için bir takım güçlükler teşkil edebileceğini ortaya koymaktadır.

İncelenen özel hizmetlerin çoğu esrar kullanımı için, genellikle 20 seanstan az olmak üzere, kısa tedavi programları sunuyordu. Tedavi genellikle bireysel danışmanlık ve terapi ya da esrar kullanımının olası etkileri hakkında danışmanlık şeklinde veriliyordu. Bazı kurumlar olası tedavi unsurları olarak esrar detoksifikasyonu, aile terapisi, terapi topluluğu ve karşılıklı yardımlaşma grupları bulunduğunu rapor ediyordu. Esrar tedavisi için yatarak bakım seçeneği bulunduğu durumda, bu genellikle sosyal davranış sorunları bağlamında uygulanıyordu.

Bu alandaki bilim literatürüne göre, esrar tedavisi için motivasyon terapisi ve bilişsel-davranışsal terapi de dahil, bir dizi psikoterapinin etkili olduğu görülmüş olmakla birlikte, hiçbir psikoterapi şeklinin bir diğerinden daha etkili olduğu görülmemiştir. (Nordstrom ve Levin, 2007). Esrar tedavisinin faydası hakkındaki çoğu araştırma Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'da gerçekleştirilmiş olmakla birlikte, artık Avrupa'da da çalışmalar yapılmaya başlanmakta ya da rapor edilmektedir. Almanya'da 2004 yılında esrar sorunu olan ergenlere yönelik bir tedavi programını inceleyen kontrollü bir örneklem çalışma olan 'CANDIS' başlatılmıştır. Program, motivasyon geliştirme, bilişsel davranışsal terapi ve psikososyal sorun çözmeye dayanmaktadır. İlksel sonuçlar, hastaların yarısının tedavi sonu itibarıyla esrar kullanmayı bıraktığını göstermektedir. %30'luk bir kesim esrar kullanmayı azaltmıştır. Üstelik, buna bağlı ruhsal ve sosyal sorunlarda

<sup>(54)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-22 ve TDI-23 bölüm (i) ve bölüm (iv).

<sup>(55)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekiller TDI-1 ve TDI-2 ve Tablolar TDI-3 bölüm (iv) ve TDI-5 bölüm (ii).

<sup>(56)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-10 ve TDI-21 bölüm (ii).

<sup>(57)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-18.

da belirgin bir düşme rapor edilmiştir. Bir takip çalışması yapılması tasarlanmaktadır.

Bazı ülkeler genç esrar kullanıcılarına yönelik tedavi sunma girişimleri bulunduğunu rapor etmiştir. Fransa'da, 2005'ten beri ülke çapında kullanıcılara ve ailelerine danışmanlık ve destek sunan 250 kadar esrar danışma merkezi kurulmuştur. Danimarka'da genç esrar kullanıcılarına yönelik hedefli programlar geliştirilmesi için yakın zamanda özel fonlar tahsis edilmiştir. Buna ek olarak, Belçika, Almanya, Fransa, Hollanda ve İsviçre, sorunlu esrar kullanımına yönelik kapsamlı bir aile temelli tedavi programının etkinliğine ilişkin uluslararası bir çalışmada işbirliği yapmaktadır (INCANT) <sup>(58)</sup>.

Almanya'da, ayakta tedavi merkezleriyle ortaklaşa olarak, belediye gençlik ve uyuşturucu bakım hizmetlerinin yapılarına veya uyuşturucu bağımlılığı önleme merkezlerine interaktif danışmanlık sunan 'Quit the shit' <sup>(59)</sup> adındaki internet tabanlı esrar bırakma programını transfer etmeye yönelik girişimler bulunmaktadır.

Uyuşturucu talebini azaltmaya yönelik müdahalelerde bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı Avrupa'da artmaya devam etmektedir. 2006/2007'de, dokuz Üye Devlet uyuşturucu kullanımına yönelik danışmanlık ve tavsiye programları bulunduğunu, bunlardan sekizi (Çek Cumhuriyeti, Almanya, Estonya, Hollanda, Portekiz, Avusturya, Slovakya, Birleşik Krallık) internet kullanıldığını rapor etmiş, Danimarka ise SMS kullanıldığını bildirmiştir. Bu internet tabanlı hizmetler gençleri hedeflemekte ve alkol ve esrara bağlı sorunlara odaklanmaktadır.

### Cezai adalet sistemiyle ilişkisi olan esrar kullanıcıları

Esrar, Avrupa'da uyuşturucu kanunu suçlarına ilişkin polis raporlarında en çok bahsi geçen yasadışı uyuşturucu olup <sup>(60)</sup>,

Avrupa Birliği'nde bu uyuşturucuya bağlı suçlar 2001 ve 2006 yılları arasında ortalama % 34 oranında artmıştır (Şekil 2). Eldeki veriler, rapor edilen esrar suçlarının çoğunun ticaret ve arzdan ziyade, kullanım ve kullanım amaçlı bulundurmaya bağlı olduğunu göstermektedir; rapor eden ülkelerin çoğunda kullanıma bağlı suçlar rapor edilen tüm esrar suçlarının % 62-95'ine karşılık gelmektedir.

Pek çok uyuşturucu kanunu suçlusunu, uyuşturucu hizmetleriyle aksi halde ilişkisi olmayacak genç esrar kullanıcıları oluşturduğundan, adli makamlar ile okul ve gençlik merkezlerindeki danışma hizmetleri arasında işbirliğinin arttığına dair veriler raporlarda bulunmuştur. Almanya, İspanya (Katalunya), Lüksemburg ve Avusturya uyuşturucu kanunlarını ihlal eden veya uyuşturucu, özellikle de esrar kullanmak ve bulundurmaktan hüküm giymiş gençlere yönelik protokol ve programlar uygulamaya koymuştur. Suçluya ceza ödemek yerine bir kursu tamamlama seçeneği verilebilmektedir. Çeşitli ülkelerde sunulan programlar uyuşturucu kullanımının daha da gelişmesinin ve tekrar suç işlemenin önlenmesini hedeflemekte ve bu programlar arasında aile, okul ya da psikososyal danışmanlık bulunabilmektedir.

Almanya'daki genç suçlulara yönelik FReD programına ilişkin bir takip değerlendirmesinde (ankete katılan 100 kişi), eski katılımcıların % 44'ünün alkol ve tütün kullanımını azalttığını, % 79'unun yasadışı uyuşturucu tüketimini azalttığını ya da bıraktığını ortaya koymuş ve % 69'u da kursu tamamladığından beri tekrar suç işlemediğini rapor etmiştir. Birleşik Krallık'ta benzer genç suçlu takımlarına (YOT) yönelik bir değerlendirmede de önemli oranda potansiyel faydaları bulunduğu görülmüştür (Matrix Research, 2007).

### Sigara yasağı ve esrar

Tütün politikaları ile esrar içme arasındaki olası bağlantılar dikkate değer bir husustur. Sigaranın yasaklanması Avrupa'da giderek yaygınlaşmakta ve şu anda dokuz Üye Devlet tam sigara yasağı (restoran ve barlar da dahil, kamuya açık yerler ve işyerlerinde) uygulamaktadır ve Belçika, Danimarka, Almanya, Hollanda ve Portekiz yakın zamanda kısmi sigara yasağı uygulamaya başlamıştır.

Tütün kullanımı ile yaşamın daha sonraki bir aşamasında yasadışı uyuşturucu kullanımı arasındaki bağlantı, ileriye dönük çalışmaların değerlendirilmesinin gösterdiği gibi, alta yatan risk faktörleri düzeltilindiğinde azalmaktadır (Mathers vd., 2006). Bununla beraber, Avrupa'da esrar kullanımı tütün içenler arasında içmeyenlerde olduğundan daha yaygındır ve sıkı tütün

düzenleme politikalarının, hem tütün hem de esrar kullanımı için gösterge niteliğinde algılanan normlar üzerinde olumlu etkileri olabilir.

Ayrıca esrarın sigaranın ekonomik bir bütünleyicisi (yani fiyat ve bulunurluğa karşı aynı yönde tepki vermektedir) olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Cameron ve Williams, 2001). Münferit çalışmalar sigara vergilerinin artmasının marihuana kullanımını azaltır gibi görüldüğünü ve erkekler arasında kullanım olasılığı üzerinde ılımlı bir olumsuz etkisi olabileceğini ortaya koymuştur (Farrelly vd., 2001).

Son olarak, Hollanda'da restoran ve barlarda sigara içme yasağının coffee shop'larda da geçerli olduğu ve Amsterdam şehrinin kamuya açık alanlarda esrar içilmesini yasaklamaya karar verdiğinin de belirtilmesi gerekmektedir.

<sup>(58)</sup> <http://www.incant.eu>

<sup>(59)</sup> <http://www.drugcom.de>

<sup>(60)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DLO-6.



## Bölüm 4

### Amfetamin, ecstasy ve LSD

#### Giriş

(Hem amfetamin hem de metamfetamini kapsayan genel bir terim olan) amfetamin ve ecstasy, dünya çapında, esrardan sonra en yaygın olarak tüketilen yasadışı uyuşturucular arasında bulunmaktadır. Bugün Avrupa'da, kesin rakamlar anlamında, kokain kullanımı daha yüksek olabilir ama kokain kullanımının coğrafi bakımdan birkaç ülkede yoğunlaşmış olması, Avrupa Birliği'nin çoğu için, sentetik olarak üretilen bir çeşit uyuşturucunun hâlâ en yaygın kullanılan ikinci yasadışı uyuşturucu olduğu anlamına gelmektedir. Üstelik, Avrupa'nın bazı bölgelerinde, amfetamin kullanımı uyuşturucu sorununun ciddi bir bölümünü oluşturmakta olup tedaviye ihtiyacı olanların önemli bir oranını teşkil etmektedir.

#### Amfetamin ve metamfetamin: farklılıklar ve benzerlikler

Yasadışı uyuşturucu pazarında, amfetamin grubunun başlıca temsilcileri (tuz formlarıyla birlikte) amfetamin ve metamfetamin olup bunlar fenetilamin ailesinden, iki yakın akraba sentetik maddedir. Her iki madde de merkezi sinir sistemi uyarıcısı olup aynı eylem mekanizmasını paylaşmakta ve benzer davranışsal etkiler, tolerans, geri çekilme ve uzatmalı (kronik) kullanım etkileri bulunmaktadır. Amfetaminin etki gücü metamfetaminden daha azdır ama kontrol edilmeyen durumlarda etkileri neredeyse ayırdedilemeyebilir.

Amfetamin ve metamfetamin ürünleri çoğunlukla tozdan oluşur ancak metamfetaminin saf kristalin hidroklorür tuzu olan 'buz' da kullanılmaktadır. Amfetamin ya da metamfetamin içeren hapların üzerinde MDMA ve diğer ecstasy haplarında görülenlere benzer logolar bulunabilir.

Bulundukları fiziksel formlara bağlı olarak, amfetamin ve metamfetamin yutulabilir, burundan içe çekilebilir ve daha nadiren, enjekte edilebilir. Amfetaminin sülfat tozundan farklı olarak, metamfetamin hidroklorür, özellikle de bunun kristal formu ('buz'), sigara gibi içilebilecek kadar uçucudur.

**Kaynaklar:** EMCDDA uyuşturucu profilleri (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

Amfetamin ve metamfetamin merkezi sinir sistemi uyarıcılarıdır. Bu iki uyuşturucudan amfetamin Avrupa'da açık arayla daha yaygın olarak bulunan uyuşturucu olup dikkate değer oranda metamfetamin kullanımı Çek Cumhuriyeti ve Slovakya'yla sınırlı görünmektedir.

Ecstasy, kimyasal olarak amfetaminle akraba olan ama etkileri bakımından bir ölçüye kadar bunlardan ayrılan sentetik maddeler anlamına gelmektedir. Ecstasy grubundaki uyuşturucuların en iyi bilinen üyesi 3,4-metilendioksi-metamfetamin (MDMA) olmakla beraber, ecstasy haplarında bazen başka analogları da bulunmaktadır (MDA, MDEA). Ecstasy kullanımı 1980'lerin sonlarından önce Avrupa'da neredeyse bilinmiyordu ama 1990'larda dramatik bir artış göstermiştir. Popülerliği tarihsel olarak dans-müzik ortamlarıyla ilişkili olmuş ve genel olarak, yüksek yaygınlıklı sentetik uyuşturucu kullanımı belirli kültürel alt gruplar veya sosyal ortamlarla ilişkilendirilmiştir.

Açık arayla en iyi bilinen halüsinojenik uyuşturucu olan liserjik asit dietilamide (LSD) ilişkin tüketim tahminleri, Avrupa'da oldukça uzun bir süre boyunca düşük ve bir miktar istikrarlı seyretmiştir. Bununla beraber, gençler arasında doğal yetişen halüsinojenik maddelere yönelik merakın arttığı gözlenmektedir.

#### Arz ve bulunabilirlik

##### Amfetamin

2006 yılında 126 ton olduğu tahmin edilen küresel amfetamin üretimi, 2006'da rapor edilen tüm amfetamin laboratuvarlarının %79'unun bulunduğu Avrupa'da yoğunluklu olmaya devam etmekle beraber (UNODC, 2008), Kuzey Amerika ve güney doğu Asya başta olmak üzere, dünyanın diğer bölgelerine de yayılmaktadır <sup>(61)</sup>. 2006'da dünya çapında 19 tonun üzerinde amfetamin ele geçirilmiş, bunun çoğuna, güney doğu Avrupa'da üretilen 'Captagon' haplarıyla <sup>(62)</sup> ilgili olarak, Yakın ve Orta Doğu'da (%67) el konmuş, bunu batı ve orta Avrupa'daki amfetamin ele geçirme vakaları (%27) takip etmiş olup,

<sup>(61)</sup> Uyuşturucu arzı ve bulunabilirliğine ilişkin veri kaynakları hakkında bilgi için, bkz. s. 36.

<sup>(62)</sup> Captagon, sentetik bir merkezi sinir sistemi uyarıcı olan fenetilinin tescilli ticari isimlerinden biri olmakla beraber, yasadışı pazarda bu logoyla satılan hapların yaygın olarak kafeinle karıştırılmış amfetamin içerdiği görülmektedir.

bu durum Avrupa'nın bu uyuşturucuya ilgili önde gelen bir üretici ve tüketici olarak rolünü yansıtmaktadır (CND, 2008; UNODC, 2008).

Avrupa'da ele geçirilen amfetaminin çoğu, önem sırasına göre, Hollanda, Polonya ve Belçika'da ve daha az bir ölçüde de Estonya ve Litvanya'da üretilmektedir. 2006 yılında, Avrupa Birliği'nde amfetamin üretimi, ambalajı ya da depolamasıyla ilişkili olan 40 lokasyon keşfedilmiştir (Europol, 2007a); ve UNODC (2008) Avrupa ülkelerinde 123 laboratuvarın dağıtıldığını rapor etmektedir.

Türkiye 'Captagon' logosuna sahip yaklaşık 20 milyon amfetamin hapi ele geçirme vakası rapor etmiştir. Bu biçimdeki amfetamin üretimi Bulgaristan ve Türkiye tarafından rapor edilmekte olup, bunun büyük ölçüde Yakın ve Orta Doğu'daki tüketici ülkelere ihracata yönelik olduğu düşünülmektedir.

Avrupa'da, 2006 yılında 6,2 ton amfetamin tozuna karşılık gelen, tahmini 38.000 ele geçirme vakası gerçekleşmiştir. 2006'ya yönelik geçici rakamlar 2004 ve 2005'te rapor edilen daha yüksek düzeylere oranla bir düşüş ortaya koymakla birlikte, hem ele geçirme vakaları hem de el konan amfetamin miktarı 2001-06 yılları arasında artmıştır <sup>(63)</sup>. Ne var ki, Avrupa'da tipik olarak en fazla ele geçirme vakası rapor eden ülke olan Birleşik Krallık'a ilişkin en yeni veriler henüz sunulmadığından, bu bulgu geçicidir. Amfetamin tozunun aksine, amfetamin hapi ele geçirme vakaları birkaç ülke tarafından giderek daha çok rapor edilmekte olup 2006 yılında Avrupa Birliği'nde (çoğunlukla İspanya'da) toplam 390.000 hap ele geçirilmiştir.

Avrupa'da 2006 yılında el konan amfetamin örneklerinin saflık derecesi öylesine çeşitlilik gösteriyordu ki tipik değerlere ilişkin her türlü yorum ihtiyatla yapılmalıdır. Yine de, 2006'ya yönelik veri rapor eden ülkeler iki gruba ayrılabilir: 10 ülke % 2 ve % 10 arasında değerler rapor ederken, diğerleri daha yüksek saflık düzeyleri (% 25-47) rapor etmektedir. Bu ikinci grup, tipik olarak amfetamin üretimi, ticareti ya da tüketimiyle daha fazla ilgisi olduğu bilinen ülkeleri kapsıyordu (Hollanda, Polonya, Baltık ve Kuzey ülkeleri). Son beş yılda, amfetaminin saflık derecesi analizi mümkün kılacak kadar yeterli veri bulunan 19 ülkenin çoğunda aynı kalmış ya da düşmüştür.

2006 yılında, amfetaminin tipik perakende fiyatı, rapor eden ülkelerin yarısında gram başına 10 EUR ve 15 EUR arasında değişmekteydi. 2001-06 döneminde, Çek Cumhuriyeti, İspanya ve Romanya dışında, analiz için yeterli veri sunan 16 ülkenin hepsinde amfetaminin perakende fiyatının düştüğü rapor edilmiştir.

### Sentetik uyuşturucu öncül maddelerinin imalatı ve saptırılmasına karşı uluslararası eylem

Kanun uygulama girişimleri, yasadışı uyuşturucu üretimi için gerekli olan öncül maddeleri, ek bir karşı tedbir olarak giderek daha fazla hedef almaktadır ve bu alan uluslararası işbirliği açısından özellikle önem arz etmektedir. Prizma Projesi, sentetik uyuşturucuların yasadışı imalatında kullanılan öncül kimyasalların saptırılmasını önlemek üzere oluşturulmuş uluslararası bir girişim olup yasal ticarete yönelik bir ihracat-öncesi bildirim sisteminin yanı sıra, şüpheli işlemler gerçekleştiğinde durdurulan sevkiyatların ve yapılan ele geçirmelerin rapor edilmesini kapsamaktadır. Bu alandaki faaliyetlere ilişkin bilgiler Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu'na rapor edilmektedir (INCB, 2008b).

Raporlar, 2006 yılında dünya çapında 11 tonun üzerinde (metamfetaminin başlıca öncülleri olan) efedrin ve psödö efedrin ele geçirildiğini ortaya koymaktadır. Bu toplamın yaklaşık yarısından Çin sorumlu olup bunu Kanada ve Myanmar izlemektedir. AB Üye Devletleri (başta Belçika ve Macaristan olmak üzere), Rusya Federasyonu ve Ukrayna'yla birlikte sadece 0,3 tondan sorumlu olmakla beraber, Europol (2008) bu maddelerin Avrupa Birliği'ne ihracatı, akarımı ve saptırılmasında yakın zamanda bir artış meydana geldiğini bildirmektedir.

Hem amfetamin hem de metamfetaminin yasadışı imalatında kullanılabilen küresel 1-fenil-2-propanon (P-2-P) ele geçirme vakaları 2006 yılında düşmüştür. Bu eğilime bir istisna AB Üye Devletleri (başta Danimarka, Hollanda ve Polonya) ile 2.600 litrelik küresel P-2-P ele geçirme vakalarının çoğunun meydana geldiği iki ülke olan Türkiye ve Rusya Federasyonu'ydu. Bu öncül madde Avrupa'da ağırlıklı olarak amfetamin üretimi için kullanılmakta ve 2004'ten beri Rusya Federasyonu'ndan da temin edildiği ve sokulduğu rapor edilmekle beraber, imalatı kullanılan P-2-P tipik olarak Asya ülkelerinden (Çin) gelmektedir (Europol, 2007a).

MDMA imalatında kullanılan küresel 3,4-metilendioksifenil-2-propanonun (3,4-MDP-2-P) ele geçirme vakaları 2006 yılında 7.500 litreye düşmüştür ve Hollanda tarafından ele geçirilen 105 litre dışında hepsinden Kanada sorumlu olmuştur. MDMA sentezinde 3,4-MDP-2-P'nin yerine geçebilen safrol ele geçirme vakaları 2006'da marjinal kalmış, çoğu Avustralya'da olmak üzere, tüm dünyada 62 litre ele geçirilmiştir; Avrupa'da, sadece Fransa tek bir safrol ele geçirme vakası rapor etmiştir (7 litre)

### Metamfetamin

Metamfetamin üretimi Kuzey Amerika ile doğu ve güney doğu Asya'da yoğunlaşmıştır. 2006'da, küresel metamfetamin üretiminin 266 ton olduğu tahmin edilmiş olup, bu oran diğer tüm yasadışı sentetik uyuşturucuların oranlarını aşıyordu. 2006'da dünya çapında 15,8 ton civarında metamfetamine el konmuş olup bunun çoğu doğu ve

<sup>(63)</sup> Bu bölümde bahsi geçen Avrupa'daki uyuşturucu ele geçirme vakalarına ilişkin veriler için bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar SZR-11 ile SZR-18. 2006'ya ilişkin verilerin bulunmadığı durumda, Avrupa'daki toplam değerleri tahmin etmek için 2005'e yönelik benzer verilerin kullanıldığı göz önünde bulundurulmalıdır.

güney doğu Asya'da, daha sonra da Kuzey Amerika'da ele geçirilmiş, ele geçirme vakalarının % 1'den azı Avrupa'da meydana gelmiştir (UNODC, 2007, 2008).

Yasadışı metamfetamin üretimi Avrupa'da da yapılmakla birlikte, üretim büyük ölçüde, 2006'da 400'ün üzerinde küçük ölçekli 'mutfak laboratuvarı' bulunduğu tespit edilen Çek Cumhuriyeti'yle sınırlıdır. Uyuşturucunun ayrıca Slovakya'da ve daha az ölçüde Litvanya'da da üretildiği rapor edilmiştir (INCB, 2008a).

2006 yılında, 17 Avrupa ülkesinde 154 kg uyuşturucuya karşılık gelen, yaklaşık 3.000 metamfetamin ele geçirme vakası rapor edilmiştir. En fazla ele geçirme vakası ve ele geçirilen en büyük miktarlardan Norveç sorumlu olup, bunu İsveç, Çek Cumhuriyeti ve Slovakya izlemektedir. Bu son iki ülkede, ele geçirmeler çoğu zaman küçük olup, genellikle birkaç gram ya da daha azı ele geçirilmiştir. 2001 ve 2006 yılları arasında, Avrupa'da hem ele geçirilen metamfetamin miktarı hem de ele geçirme vakalarının sayısı artmıştır; ancak yine de diğer uyuşturuculara kıyasla düşük kalmıştır. 2006 yılında, elde bulunan sınırlı veriler metamfetaminin tipik saflık derecesinin % 20 ila % 55 arasında olduğunu ortaya koymuştur.

### Ecstasy

UNODC (2007a) tarafından küresel ecstasy üretiminin 2006 yılında 102 ton civarına düştüğü rapor edilmiştir. Yerel tüketime yönelik imalat artık Kuzey Amerika'da ve doğu ile güney doğu Asya'da daha yaygın olduğundan, üretim coğrafi açıdan daha dağınık hale gelmiş gibi görünmektedir. Buna rağmen, Avrupa hâlâ ecstasy üretiminin ana merkezi konumunda olup imalat (üretimin birkaç yıllık bir düşüşten sonra 2006'da tekrar artmış olabileceği) Hollanda, Belçika ve daha az bir ölçüde de Polonya ve Birleşik Krallık'ta yoğunlaşmıştır.

Ecstasy tüketicisi ve üreticisi olarak Avrupa'nın görece önemi uyuşturucu ele geçirme vakalarına ilişkin verilerde de görülebilir. Avrupa, 2006 yılında neredeyse 14 milyon ecstasy hapına el konmasıyla sonuçlanan 20.000'in üzerinde ele geçirme vakası rapor etmiştir. Ele geçirilen en büyük ecstasy miktarından (4,1 milyon hap) Hollanda sorumlu olup, onu Birleşik Krallık, Türkiye, Fransa ve Almanya izlemektedir. Genel olarak ecstasy ele geçirme vakalarının sayısı 2001-06 döneminde düşmüş ve ele geçirilen miktarlar da 2002'de doruğa ulaştıktan sonra, düşmüştür <sup>(64)</sup>. 2006'da dünya çapında ele geçirilen 4,5 ton ecstasy'nin % 43'ünden batı ve orta Avrupa sorumlu olmuştur; karşılaştırma yapmak açısından, Kuzey Amerika'da bu oran % 34'tü (UNODC, 2008).

Avrupa'da 2006'da analiz edilen ecstasy haplarının çoğu mevcut tek psikoaktif madde olarak MDMA ya da başka

bir ecstasy-türü madde (MDEA, MDA) içeriyordu ve 17 ülke, analiz edilen toplam hap sayısının % 70'den fazlası için bu durumun geçerli olduğunu rapor etmişti. Ecstasy olarak pazarlanan hapların analizinde sıkça MDMA ya da bir analoguyla kombinasyon halinde amfetamin ya da metamfetamin bulunduğunu rapor eden İspanya ve Polonya buna istisna teşkil ediyordu. Letonya ve Malta'da analiz edilen hapların çoğu kontrol edilen hiçbir madde içermiyordu.

Çoğu ülke, ecstasy haplarının tipik MDMA içeriğinin 25 ve 65 mg arasında olduğunu rapor etmekle beraber, analiz edilen örnekler önemli farklılıklar (9-90 mg) gösteriyordu. Buna ek olarak, bazı ülkeler (Belçika, Danimarka, Almanya, Fransa, Hollanda, Norveç) tarafından 130 mg'ın üzerinde MDMA içeren yüksek dozlu ecstasy hapları rapor edilmiş ve yüksek kaliteli MDMA tozu artık bazı pazarlarda bulunur hale gelmiştir. Ecstasy haplarının MDMA içeriğinde belirgin bir orta vadeli eğilim gözlemlenmemektedir. Ancak, uyuşturucunun Avrupa'da ilk kez yaygın olarak bulunur hale geldiği 1990'ların başına kıyasla, ecstasy'nin önemli oranda ucuzladığı açıktır. 1 EUR'ya kadar düşen fiyatlarla satılan haplar bulunduğu ilişkin bazı raporlar bulunmakla beraber, çoğu ülke artık hap başına 3-9 EUR arasında tipik perakende satış fiyatları rapor etmekte ve 2001-06 dönemine yönelik veriler (enflasyona göre düzeltilmiş) perakende satış fiyatının düşmeye devam ettiğini ortaya koymaktadır.

### LSD

Avrupa'daki ele geçirme vakaları son yıllarda bu uyuşturucuya olan ilginin canlanmakta olabileceğine işaret etmekle beraber, LSD kullanımı ve ticareti hâlâ marjinal kabul edilmektedir. 1990'larda meydana gelen uzun süreli bir düşme eğilimini takiben, ele geçirme vakalarının sayısı ve ele geçirilen miktarlar 2003'ten beri artmaktadır. Geçici olarak bulunan veriler her iki ölçümde de hafif bir düşüşe işaret etmekle beraber, genellikle ele geçirilen en fazla LSD miktarlarını rapor eden ülke olan Birleşik Krallık henüz raporda bulunmadığından, mevcut durum belirsizdir. (Enflasyona göre düzeltilmiş) perakende LSD satış fiyatları 2001'den beri hafifçe düşmüş olup 2006 yılında çoğu Avrupa ülkesinde birim başına 5 EUR ile 11 EUR arasında değişmekteydi.

### Yaygınlık ve kullanım alışkanlıkları

AB Üye Devletleri arasında, amfetamin ya da ecstasy kullanımı Çek Cumhuriyeti, Estonya ve Birleşik Krallık'ta nispeten yüksek; bazı orta ve kuzey Avrupa ülkelerinde de genel ulusal uyuşturucu durumuna oranla nispeten yüksektir. Buna karşın, genel olarak, liserjik asit dietilamit (LSD) gibi sentetik halüsinojenik uyuşturucuların tüketim seviyeleri

<sup>(64)</sup> 2005'te en fazla ele geçirme vakası rapor eden ülke olan Birleşik Krallık'a ilişkin 2006 verileri henüz sunulmadığından, bu tablo geçicidir.

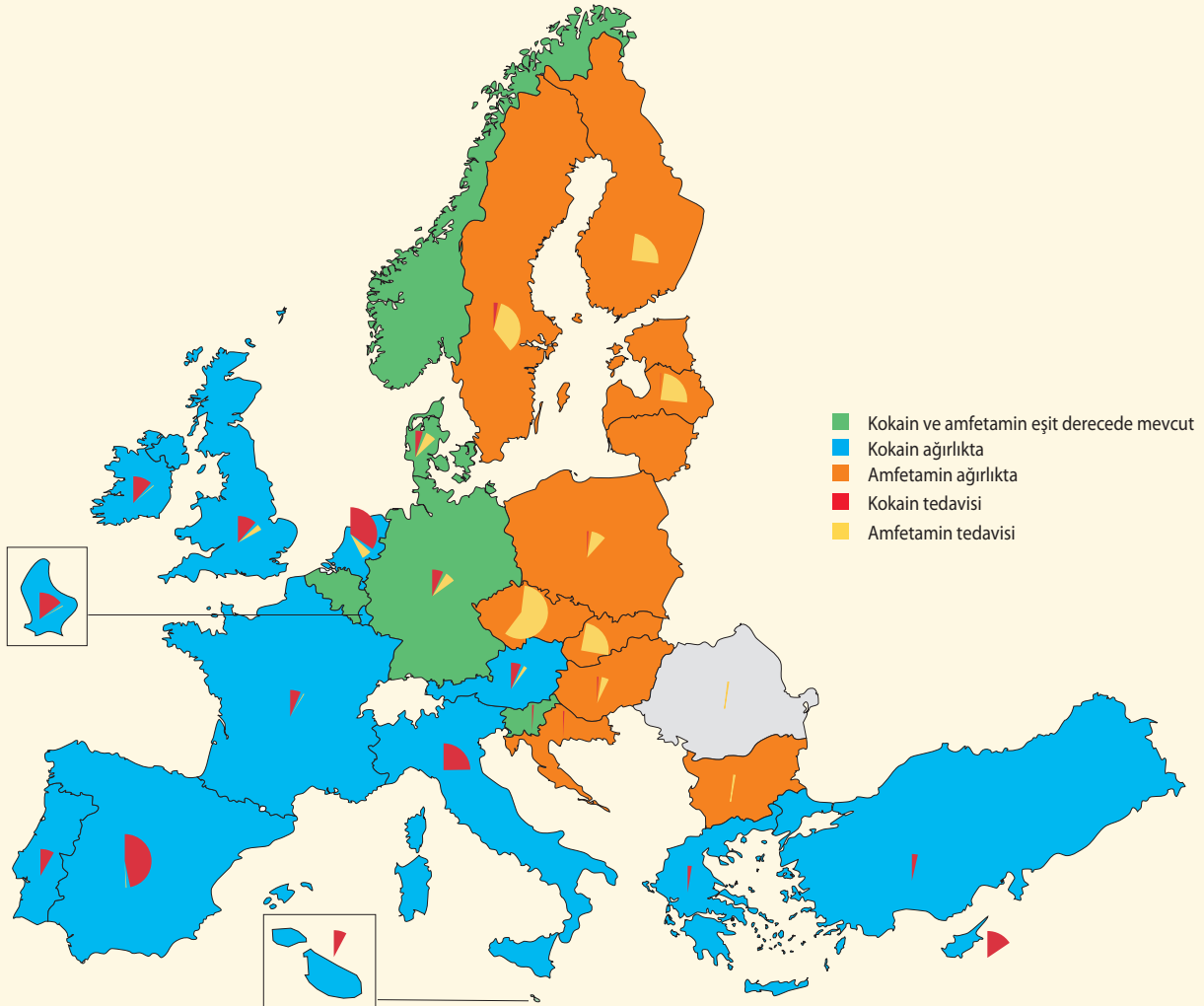
### Avrupa uyarıcı pazarı: 'kokain ülkeleri' ve 'amfetamin ülkeleri'?

Farklı kaynaklardan gelen bilgiler, farklı uyarıcı uyuşturucuların farklı ülkelerde benzer bir rol oynayabildiği ve dolayısıyla bu alanda politika geliştirirken sadece ayrı maddelerin değil, aynı zamanda bir bütün olarak uyarıcı pazarının da göz önünde bulundurulmasının daha mantıklı olabileceğini ortaya koymaktadır. Bazı ülkelerde, uyarıcı uyuşturucu olarak kokain daha baskın görünürken, diğerlerinde amfetamin ya da metamfetaminin daha yaygın kullanıldığı düşünülmektedir.

Genel nüfus anketlerinden ve ele geçirme raporlarından elde edilen verilerin birleştirilmesinden ortaya çıkan tablo, kuzey ve orta Avrupa ülkelerinin genellikle 'amfetamin grubu'na ait olduğunu, Avrupa'nın batısı ve güneyindeki ülkelerde ise kokain kullanımının önemli oranda baskın olduğunu göstermektedir.

Genel uyuşturucu sorununda amfetaminlerin görülebilir önemi de ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Bu durum

Avrupa'da uyuşturucu pazarları: ele geçirme vakaları ve nüfus anketlerinde kokain veya amfetaminin göreceli yaygınlığı ve bu maddeleri birincil uyuşturucu olarak rapor eden tedavideki uyuşturucu hastalarının oranı



tedavi verilerinde de görülmektedir; sınırlı bir ülke grubunda tüm uyuşturucu tedavi taleplerinin nispeten yüksek bir oranından uyarıcı uyuşturucular sorumluyken (Çek Cumhuriyeti ve Slovakya'da metamfetamin; Letonya, İsveç ve Finlandiya'da amfetamin; İspanya, İtalya ve Hollanda'da kokain); diğer yerlerde, başlıca yardım isteme sebebi olarak bu maddelerden herhangi birini rapor eden tedavideki hastaların sayısı az, hatta bazen yoksayılabılır.

Tedavi gören hastalardan elde edilen veriler de uyarıcı uyuşturucuların sebep olduğu sorunlar için tedavi görmekte olanların genellikle sadece tek bir uyarıcı sınıfla sorun yaşadığını ortaya koymaktadır. Örneğin, ayakta tedavi merkezlerinde kokain için tedavi görenler arasında (tüm talepler) sadece yaklaşık %8'i ikincil uyuşturucu olarak amfetamin rapor ederken; amfetamin hastalarının %9'dan azı ikincil sorunlu uyuşturucu olarak kokain rapor etmiştir. Bunun yanı sıra bazı ülkelerden gelen raporlar, bir uyarıcının uyuşturucu pazarında bazen bir diğerinin yerine geçtiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, bazı uyuşturucu kullanan kesimlerde kokain yerine amfetamin ve ecstasy'nin alınabileceğine ve Hollanda'da amfetaminin kentsel alanların dışında kokaine daha ucuz bir alternatif olarak kullanıldığına dair veriler bulunmaktadır.

Uyarıcı uyuşturucular etki ve sonuçları bakımından ayrılabilirken uyuşturucu tedavisine ilişkin olarak seçenekler, tedavide kalma oranları ve sonuçları büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (Rawson vd., 2000; Copeland ve Sorensen, 2001). Belli bir ölçüye kadar, bu uyuşturucuların kullanım şekilleri ve kullanıcıların genel topolojisinde de benzerlikler görülebilir. Örneğin, sosyal bakımdan iyi bütünleşmiş kullanıcılar arasındaki eğlence amaçlı ve daha az yoğun ve zarar verici kullanım alışkanlıkları, daha fazla bağımlılık sorunları ile enjekte etme ve içme gibi daha riskli uygulama yolları bulunan, daha marjinalleşmiş gruplar arasındaki yoğun kullanımla bir arada olabilir.

**Not:** Fondaki renk nüfus anketlerine (15-34 yaşındakiler arasında önceki yılda kullanım yaygınlığı) ve ele geçirme vakalarına ilişkin verilere göre kokain veya amfetaminin göreceli yaygınlığını göstermektedir; pasta grafikler, bu iki uyuşturucunun sorumlu olduğu tüm uyuşturucu tedavi taleplerinin oranını yansıtmaktadır - sadece kokain ve amfetamini temsil eden bölümler gösterilmiştir. İtalya, Hollanda ve Polonya için, ele geçirme vakalarına ilişkin verilerin bulunmadığı durumda, sadece nüfus anketlerinden alınan veriler kullanılmıştır. Hırvatistan için sadece ele geçirme vakalarına ilişkin veriler kullanılmıştır. Norveç ve Belçika için tedavi verileri bulunmuyordu. Romanya'ya ilişkin elde bulunan veriler, bir bütün olarak ülkeye yönelik çıkarımlar yapılmasına olanak vermemiştir. Çek Cumhuriyeti ve Slovakya'da metamfetamin en yaygın olarak kullanılan amfetamindir.

daha düşük olup önemli bir süre boyunca büyük ölçüde değişmeden kalmıştır.

Bazı ülkelerdeki daha yüksek yaygınlık oranlarının, en azından basit anlamda, iki farklı tüketim alışkanlığı bağlamında anlaşılması gerekmektedir. Sınırlı sayıda ülkede, amfetamin veya metamfetaminin, genellikle enjeksiyon yoluyla, kullanımı sorunlu uyuşturucu kullanıcılarının toplam sayısının ve uyuşturucu sorunu için yardım talebinde bulunanların önemli bir oranına karşılık gelmektedir. Bu kronik grupların aksine, ecstasy başta olmak üzere, sentetik uyuşturucular ile gece kulüpleri, dans müziği ve bazı alt kültürler arasında daha genel bir ilişki bulunmaktadır; bu durum gençler arasında, halkın geneline oranla, çok daha yüksek kullanım düzeyleri rapor edilmesine ve bazı ortamlarda ya da belirli alt gruplarda son derece yüksek kullanım düzeyleri bulunmasına yol açmaktadır.

### Amfetamin

Yeni nüfus anketleri Avrupa'da amfetamin kullanımına ilişkin yaşam boyu yaygınlık oranlarının <sup>(65)</sup> ülkeler arasında (15-64 yaşındaki) tüm yetişkinlerin %0,1'inden %0,9'una kadar farklılık gösterdiğine işaret etmektedir. Tüm Avrupalı yetişkinlerin ortalama %3,3'ü en az bir kez amfetamin kullandığını rapor etmektedir. Önceki yılda amfetamin kullanımı çok daha düşük olup Avrupa ortalaması %0,6 civarındadır (%0,0-1,3 arasında). Tahminler, 11 milyon civarında Avrupalının amfetamin denemiş olduğunu ve yaklaşık 2 milyonunun bu uyuşturucuyu önceki yılda kullandığını ortaya koymaktadır (verilerin bir özeti için bkz. Tablo 3).

(15-34 yaşındaki) genç yetişkinler arasında, amfetamin kullanımına ilişkin yaşam boyu yaygınlık oranları ülkeler arasında %0,2 ile %16,5 arasında değişen önemli farklılıklar göstermekte olup Avrupa ortalaması %5 civarındadır. Bu yaş grubunda amfetamine ilişkin önceki yıl kullanma oranları %0,1 ile %2,9 arasında değişmekte olup ülkelerin çoğu %0,7 ile %1,9 arasında yaygınlık tahminleri rapor etmektedir. Avrupalı gençlerin ortalama %1,3'ünün bir önceki yılda amfetamin kullandığı tahmin edilmektedir.

### Sorunlu amfetamin kullanımı

EMCDDA'nın sorunlu uyuşturucu kullanımı (SUK) göstergesi, maddenin enjekte ederek kullanımı ya da uzun süreli/düzenli kullanımı anlamına gelen kısıtlı anlamıyla amfetamin için kullanılabilir. Yalnızca tek bir Üye Devlet (Finlandiya) sorunlu amfetamin kullanımına ilişkin yeni bir ulusal tahmin sunmuş

<sup>(65)</sup> 'Amfetamin kullanımı' hakkındaki anket verileri genellikle amfetamin ve metamfetamin arasında ayırım yapmamakla birlikte, rapor edilen metamfetamin ele geçirme vakalarının dünyadakilerin %1'inden azını teşkil ettiği Avrupa'da metamfetamin kullanımı yaygın olmadığından, bu durum tipik olarak amfetamin (sülfat ya da deksamfetamin) kullanımına ilişkin olmaktadır.

olup, bunun 2005 yılında 12.000 ve 22.000 arasında sorunlu amfetamin kullanıcısına (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 4,3 ila 7,9 vaka) yani ülkedeki sorunlu opioid kullanıcıları sayısının yaklaşık dört katına karşılık geldiği tahmin ediliyordu.

Rapor edilen amfetamin kullanımına bağlı tedavi taleplerinin sayısı Avrupa ülkelerinde nispeten azdır. Amfetamin kullanımına yönelik tedavi, tedaviye başlayan uyuşturucu hastalarının % 25 ila % 35'inin birincil uyuşturucu sorunu olarak amfetamini belirttiği Letonya, İsveç ve Finlandiya'da rapor edilen genel tedavi taleplerinin önemli bir oranına karşılık gelmektedir. Bu ülkeler haricinde, amfetamin tedavisi, sadece tedavi gören kullanıcıların % 6 ila % 9'unun birincil uyuşturucu olarak amfetamini belirttiği Danimarka, Almanya,

Hollanda ve Polonya'da rapor edilen uyuşturucu tedavisinin % 5'inden fazlasına karşılık gelmektedir <sup>(66)</sup>.

İsveç ve Finlandiya dışındaki çoğu ülkede, birincil amfetamin kullanımı için tedaviye başlayan yeni hastaların oranı bu uyuşturucu için tedavi gören tüm hastaların oranından daha büyüktür. 2002'den 2006'ya kadar, birincil amfetamin kullanımı için tedaviye başlayan yeni hastaların oranı Avrupa genelinde nispeten aynı kalmış olmakla beraber, bu dönemde Letonya ve Danimarka'da bir artış rapor edilirken İsveç ve Finlandiya'da, muhtemelen yaşanmakta olan bir nüfusun belirtisi olarak yeni amfetamin hastalarının yüzdesi düşmüştür <sup>(67)</sup>.

Tedaviye başlayan amfetamin kullanıcıları, ortalama 29 yaş civarında ve erkektir. Erkeklerin kadınlara oranı 2:1 civarında

**Tablo 3: Halkın genelinde amfetamin kullanımına ilişkin yaygınlık – verilerin özeti**

| Yaş grubu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Kullanıma ilişkin zaman çerçevesi                                                                |                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Yaşam boyu                                                                                       | Bir önceki yıl                                                                         |
| <b>15-64 yaş</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |                                                                                        |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 11 milyon                                                                                        | 2 milyon                                                                               |
| Avrupa ortalaması                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | % 3,3                                                                                            | % 0,6                                                                                  |
| Aralık                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | % 0,1-11,9                                                                                       | % 0,0-1,3                                                                              |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Yunanistan (% 0,1),<br>Romanya (% 0,2),<br>Malta (% 0,4),<br>Kıbrıs (% 0,8)                      | Yunanistan (% 0,0),<br>Fransa (% 0,1),<br>Portekiz (% 0,2)                             |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Birleşik Krallık (% 11,9),<br>Danimarka (% 6,9),<br>Norveç (% 3,6),<br>İrlanda (% 3,5)           | Birleşik Krallık, Estonya (% 1,3),<br>Norveç, Letonya (% 1,1)                          |
| <b>15-64 yaş</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |                                                                                        |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 7 milyon                                                                                         | 2 milyon                                                                               |
| Avrupa ortalaması                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | % 5,1                                                                                            | % 1,3                                                                                  |
| Aralık                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | % 0,2-16,5                                                                                       | % 0,1-2,9                                                                              |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Yunanistan (% 0,2),<br>Romanya (% 0,5),<br>Malta (% 0,7),<br>Kıbrıs (% 0,8)                      | Yunanistan (% 0,1),<br>Fransa (% 0,2),<br>Kıbrıs (% 0,3),<br>Portekiz (% 0,4)          |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Birleşik Krallık (% 16,5),<br>Danimarka (% 12,7),<br>Norveç (% 5,9),<br>İspanya, Letonya (% 5,3) | Estonya (% 2,9),<br>Birleşik Krallık (% 2,7),<br>Letonya (% 2,4),<br>Danimarka (% 2,2) |
| Her ülke için mevcut son ankete dayanan bilgiler. Çalışma yılı 2001 ve 2007 arasında değişmektedir. Avrupa'ya ilişkin ortalama yaygınlık oranı, her ülkedeki ilgili yaş grubunun nüfusuna göre ağırlıklı bir ortalama ile hesaplanmıştır. Bilgi bulunmayan ülkelere, ortalama AB yaygınlık oranı için yaklaşık değer verilmiştir. Temel alınan nüfuslar: 15-64 (328 milyon), 15-34 (134 milyon) ve 15-24 (64 milyon). Burada özetlenen veriler 2008 istatistik bülteninde 'Nüfus anketleri' kapsamında bulunmaktadır. |                                                                                                  |                                                                                        |

<sup>(66)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-5 bölüm (ii) .

<sup>(67)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil TDI-1 ve Tablolar TDI-4 bölüm (ii), TDI-5 bölüm (ii) ve TDI-36.

olmakla birlikte, amfetamin hastaları arasında genel olarak kadınların oranı diğer uyuşturucularda olduğundan daha yüksektir <sup>(68)</sup>.

### Sorunlu metamfetamin kullanımı

Son yıllarda metamfetamin kullanımının artmış olduğu dünyanın diğer bölgelerinin aksine, Avrupa'daki kullanım düzeyleri sınırlı gibi görünmektedir (Griffiths vd., 2008). Tarihsel olarak Avrupa'da bu uyuşturucunun kullanımı Çek Cumhuriyeti'nde ve bir ölçüye kadar da Slovakya'da yoğunlaşmıştır. Ayrıca sorunlu metamfetamin kullanımına ilişkin yeni tahminler sunan da sadece bu iki ülke olmuştur. 2006 yılında, Çek Cumhuriyeti'nde yaklaşık 17.500-22.500 metamfetamin kullanıcısı (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 2,4 ila 3,1 vaka) olduğu tahmin edilmiş ve bu oran sorunlu opioid kullanıcıları için tahmin edilenin neredeyse iki katıydı. Slovakya'da yaklaşık 6.200-15.500 metamfetamin kullanıcısı (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 1,6 ila 4,0 vaka) bulunmakta olup bu oran tahmini sorunlu opioid kullanıcısı sayısından yaklaşık %20 daha azdır.

Son beş yılda, rapor edilen metamfetamin kullanımına bağlı tedavi talepleri her iki ülkede de artmıştır. Metamfetamin, tüm uyuşturucu tedavisi taleplerinin %25'ine karşılık geldiği Slovakya'da ilk kez tedavi talebinde bulunanlar tarafından en sık rapor edilen birincil uyuşturucu haline gelmiştir. Çek Cumhuriyeti'nde, tüm uyuşturucu tedavisi hastalarının %59'u birincil uyuşturucu olarak metamfetamini rapor etmektedir <sup>(69)</sup>. Metamfetamin için tedavi gören hastalar enjekte ederek uyuşturucu kullanımına ilişkin yüksek oranlar rapor etmektedir; Slovakya'da yaklaşık %50 ve Çek Cumhuriyeti'nde de %80 oranlarında.

### Ecstasy

9,5 milyon civarında (ortalama %3) Avrupalı yetişkinin ecstasy denemiş olduğu ve yaklaşık 3 milyonunun (%0,8) bunu önceki yılda kullanmış olduğu tahmin edilmektedir (verilerin bir özeti için bkz. Tablo 4). Ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmakla birlikte, yeni anketler (15-64 yaşındaki) tüm yetişkinlerin %0,3 ila %7,3'ünün uyuşturucuyu en az bir kez denediğini ortaya koymuş ve çoğu ülke %1,3-3,1 arasında yaşam boyu yaygınlık tahminleri rapor etmiştir. Uyuşturucunun önceki yılda kullanımı Avrupa'da %0,2'den %3,5'e kadar değişmekteydi. Tüm ölçümlerde ve diğer çoğu yasadışı uyuşturucuda olduğu gibi, rapor edilen kullanım erkekler arasında kadınlarda olduğundan çok daha yüksekti.

Ecstasy tüketimi, yaşam boyu yaygınlık tahminleri ulusal düzeyde %0,5 ila %14,6 arasında değişen (15-34

yaşındaki) genç yetişkinler arasında daha yaygın olup bu yaş grubundakilerin %0,4 ila %7,7'si uyuşturucuyu bir önceki yıl kullandığını rapor etmiştir. 7,5 milyon Avrupalı gencin (%5,6) en az bir kez ecstasy denediği tahmin edilmekte olup bunun yaklaşık 2,5 milyonu (%1,8) bir önceki yıl kullandığını rapor etmiştir. Daha genç bir yaş grubuna odaklanıldığında, yaygınlığa ilişkin tahminlerin daha da yüksek olduğu görülmekte: 15-24 yaş grubunda, yaşam boyu yaygınlık oranı %0,4 ile %18,7 arasında değişmekle birlikte, çoğu ülke %2,5-8 arasında tahminler rapor etmiştir <sup>(70)</sup>. Çoğu ülke bu yaş grubu için geçen yıl kullanımına ilişkin olarak %1,3 ve %4,6 arasında tahminler rapor etmiş olsa da, %0,3'lük en düşük ulusal tahmin ile %12'lik en yüksek ulusal tahmin arasında önemli bir fark bulunmakta, bu durum bazı Üye Devletler'deki farklı deneyimleri yansıtmaktadır.

Öğrenciler arasında, yaştaki ufak artışlarla yaygınlık düzeylerinde büyük artışlar meydana gelebilir; söz gelimi, 16 ülkeden elde edilen veriler, 17 ila 18 yaşındaki öğrenciler arasında ecstasy kullanımının yaşam boyu yaygınlık oranının, daha genç öğrencilere kıyasla, genellikle önemli oranda daha yüksek olduğunu göstermekte, bu durum uyuşturucunun genellikle ilk kez olarak 16 yaşından sonra kullanıldığını düşündürmektedir <sup>(71)</sup>.

Avrupa'daki ecstasy kullanıcıları sayısının amfetamin kullanıcılarının sayısına yakın olmasına rağmen, çok azı tedavi hizmetlerine görünmektedir. 2006 yılında, çoğu ülkede, tedaviye başlayan uyuşturucu kullanıcılarının %1'den azı birincil sorunlu uyuşturucu olarak ecstasy'i belirtmiş olup, çoğu ülkede sadece cüzi sayıda hasta ecstasy'e bağlı sorunlar için tedavi görmektedir. Sadece beş ülke tedaviye başlayan 100'ün üzerinde ecstasy hastası rapor etmekte (Fransa, İtalya, Macaristan, Birleşik Krallık, Türkiye). Bu oran bu ülkelerdeki tüm uyuşturucu hastalarının %0,5 ila %4'ünü temsil etmektedir. Ortalama 24-25 yaşındaki ecstasy kullanıcıları, uyuşturucu tedavisine başlayan en genç gruplar arasında olup, bunlar bu uyuşturucuyu düzenli olarak esrar, kokain, alkol ve amfetamin gibi başka maddelerle birlikte kullandıklarını rapor etmektedirler <sup>(72)</sup>.

### LSD

(15-64 yaşındaki) yetişkin nüfus arasında LSD kullanımına ilişkin yaşam boyu yaygınlık oranları neredeyse sıfırdan %5,4'e kadar değişmektedir. (15-34 yaşındaki) genç yetişkinler arasında, yaşam boyu yaygınlık tahminleri biraz daha yüksek (%0,3 ila %7,1) olmakla beraber, 15 ila 24 yaşındakilerde daha düşük yaygınlık oranları rapor edilmektedir. Buna karşın, karşılaştırılabilir veri sunan birkaç

<sup>(68)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-37.

<sup>(69)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-5 bölüm (ii).

<sup>(70)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo GPS-17.

<sup>(71)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar EYE-1 ve EYE-2.

<sup>(72)</sup> BBkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-5 ve TDI-37 bölüm (i), bölüm (ii) ve bölüm (iii).

**Tablo 4: Halkın genelinde ecstasy kullanımına ilişkin yaygınlık – verilerin özeti**

| Yaş grubu                            | Kullanıma ilişkin zaman çerçevesi                                                      |                                                                                                |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | Yaşam boyu                                                                             | Bir önceki yıl                                                                                 |
| <b>15-64 yaş</b>                     |                                                                                        |                                                                                                |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı | 9,5 milyon                                                                             | 2,6 milyon                                                                                     |
| Avrupa ortalaması                    | % 2,8                                                                                  | % 2,8                                                                                          |
| Aralık                               | % 0,3-7,3                                                                              | % 0,2-3,5                                                                                      |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler  | Romanya (% 0,3), Yunanistan (% 0,4), Malta (% 0,7), Litvanya (% 1,0)                   | Yunanistan, Malta (% 0,2), Danimarka, Polonya (% 0,3)                                          |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler | Birleşik Krallık (% 7,3), Çek Cumhuriyeti (% 7,1), İrlanda (% 5,4), İspanya (% 4,4)    | Çek Cumhuriyeti (% 3,5), Birleşik Krallık (% 1,8), Estonya (% 1,7), Slovakya (% 1,6)           |
| <b>15-64 yaş</b>                     |                                                                                        |                                                                                                |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı | 7,5 milyon                                                                             | 2,5 milyon                                                                                     |
| Avrupa ortalaması                    | % 5,6                                                                                  | % 1,8                                                                                          |
| Aralık                               | % 0,5-4,6                                                                              | % 0,4-7,7                                                                                      |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler  | Romanya (% 0,5), Yunanistan (% 0,6), Malta (% 1,4), Litvanya, Polonya (% 2,1)          | Yunanistan (% 0,4), İtalya, Polonya (% 0,7), Danimarka, Litvanya, Portekiz (% 0,9)             |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler | Çek Cumhuriyeti (% 14,6), Birleşik Krallık (% 13,0), İrlanda (% 9,0), Slovakya (% 8,4) | Çek Cumhuriyeti (% 7,7), Birleşik Krallık (% 3,9), Estonya (% 3,7), Hollanda, Slovakya (% 2,7) |

Her ülke için mevcut son ankete dayanan bilgiler. Çalışma yılı 2001 ve 2007 arasında değişmektedir. Avrupa'ya ilişkin ortalama yaygınlık oranı, her ülkedeki ilgili yaş grubunun nüfusuna göre ağırlıklı bir ortalama ile hesaplanmıştır. Bilgi bulunmayan ülkelere, ortalama AB yaygınlık oranı için yaklaşık değer verilmiştir. Temel alınan nüfuslar: 15-64 (328 milyon), 15-34 (134 milyon) ve 15-24 (64 milyon). Burada özetlenen veriler 2008 istatistik bülteninde 'Nüfus anketleri' kapsamında bulunmaktadır.

ülkede, halüsinojenik mantar kullanımı genellikle LSD kullanımını aşmakta ve buralarda genç yetişkinlere yönelik yaşam boyu yaygınlık tahminleri % 1'den % 9'a ve önceki yıla ilişkin yaygınlık oranları da % 0,3'ten % 3'e kadar değişmektedir (EMCDDA, 2006).

#### Amfetamin ve ecstasy kullanımındaki eğilimler

Avrupa'da amfetamin ve ecstasy tüketimindeki dengelenme ya da düşme eğilimlerine ilişkin raporlar en yeni verilerle desteklenmektedir. 1990'lardaki genel artışları takiben, nüfus anketleri her iki uyuşturucunun da popülerliğinde artık genel bir dengelenmeye ve hatta ılımlı bir düşüşe işaret etmektedir ama bu durum tüm ülkeler için geçerli değildir.

Genç yetişkinler (15-34) arasında (son 12 ayda) amfetamin kullanımı Birleşik Krallık'ta 1996 (% 6,5) ve 2002 (% 3,1) arasında önemli oranda düşmüş ve bundan sonra rakamlar sabit kalmıştır. Amfetamin kullanımında belirgin bir artış 1994 ve 2000 arasında Danimarka'da rapor edilmiş olmakla

beraber, 2005 anketinin bulguları bu on yılın başından itibaren maddenin kullanımında bir düşüşe işaret etmektedir <sup>(73)</sup>. Benzer bir zaman sürecinde tekrarlanan anketleri rapor eden diğer ülkelerde (Almanya, Yunanistan, İspanya, Fransa, Hollanda, Slovakya, Finlandiya) eğilimler büyük ölçüde karardır <sup>(74)</sup>. 2001-06 beş yıllık döneminde, 15-34 yaş grubunda bir önceki yılda amfetamin kullanımı yaygınlığına ilişkin yeterli veri bulunan 14 ülkeden üçü % 15 veya daha fazla oranda bir düşüş, dördü dengelenme ve yedisi de % 15 veya daha fazla oranda bir artış rapor etmektedir.

Genç yetişkinler (15-34) arasında ecstasy kullanımına ilişkin olarak durum daha karışık olup kullanım düzeyleri hâlâ genç erkekler arasında <sup>(75)</sup> ve bazı belirli eğlence ortamlarına ilişkin çalışmalarda yüksektir. 1980'lerin sonları ve 1990'ların başlarında bazı Avrupa ülkelerinde kullanımda görülen genel artışlardan sonra Almanya, İspanya ve Birleşik Krallık'ta ecstasy kullanımında benzer düzeyler görülmüştür ve bir önceki yıla ilişkin yaygınlık oranları Birleşik Krallık'ta,

<sup>(73)</sup> Danimarka'da 1994'te bu bilgi, esasen amfetamin olarak kabul edilen 'ağır uyuşturucular' anlamına gelmektedir.

<sup>(74)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-8.

<sup>(75)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-9 bölüm (ii).

diğer ülkelere oranla sürekli yüksek kalmıştır <sup>(76)</sup>. Beş yıllık 2001-06 dönemi boyunca, genç yetişkinler arasında ecstasy kullanımına ilişkin, bir önceki yıl yaygınlık oranı yeterli bilgi veren 14 ülkeden üçünde düşerken beş ülkede aynı kalmış ve altısında da artmıştır.

Birkaç ülkeden gelen veriler, uyuşturucu kullanan kesimin bazı sektörleri arasında kokainin amfetamin ve ecstasy'nin yerini alıyor olabileceğini göstermektedir. Bu durum Birleşik Krallık ve Danimarka ve bir ölçüye kadar da İspanya için geçerli olabilir. Gerek Birleşik Krallık gerekse de Danimarka amfetamin kullanımı için sırasıyla % 11,9 ve % 6,9 oranlarında nispeten yüksek yaşam boyu yaygınlık tahminleri rapor etmektedir ama önceki yıl ve geçmiş ayda rapor edilen kullanım düzeyleri, diğer ülkelerde bulunanlara daha yakındır. Bu ülkelerde kokain tüketimindeki artışlar, bir dereceye kadar amfetamin kullanımındaki bir düşüşe tekabül etmiş olup, bu pazarlarda bir uyarıcı uyuşturucunun bir başka uyarıcı uyuşturucuyu ikame etmekte olabileceğini düşündürmektedir <sup>(77)</sup>. Diğer ülkelerde (Almanya, Fransa, İtalya, Hollanda) uyuşturucu kullanımındaki olası değişiklikler daha belirsizdir. Genel olarak, kullanıcılar için benzer bir çekiciliği olabilecek farklı uyuşturucular arasındaki bu etkileşim pek iyi anlaşılamamıştır.

Ulusal okul anketlerinden 2007'de elde edilen verilerin bir analizi (Çek Cumhuriyeti, İspanya, Portekiz, Slovakya, İsveç, Birleşik Krallık) hem amfetamin hem de ecstasy'e ilişkin rapor edilen yaşam boyu kullanım oranlarında hiç değişiklik olmaması ve hatta bir miktar düşüş olması itibarıyla durumun genel olarak bir istikrara kavuştuğu fikrini desteklemektedir.

## Eğlence ortamları

### Eğlence ortamlarında amfetamin ve ecstasy kullanımı

Dans partileri ya da müzik festivalleri gibi, gençlerin bir araya geldiği ve bazen uyuşturucuyla ilişkisi olduğu bilinen seçilmiş eğlence ortamlarında gerçekleştirilen uyuşturucu kullanımına dair çalışmalar, düzenli veya yoğun olarak amfetamin ve ecstasy kullananların davranışına bir ışık tutabilir. Bu ortamlardaki uyuşturucu kullanımına ilişkin tahminler tipik olarak yüksek olup halkın genelini içerecek şekilde genelleme yapılabilecek nitelikte değildir.

2006'da dokuz Avrupa kentinde (Atina, Berlin, Brno, Lizbon, Liverpool, Ljubljana, Palma, Venedik, Viyana) gerçekleştirilen, düzenli olarak gece hayatı ortamlarına giren 15-30 yaşındaki gençlere ilişkin bir çalışma, ecstasy kullanımı için % 27, amfetamin için de % 17 oranlarında yaşam boyu yaygınlık tahminleri rapor etmiştir. Bu uyuşturucuların sık

kullanımı çok daha düşük olduğundan, ankete katılanların sadece % 1,4'ü haftada bir veya daha fazla ecstasy kullandığını, % 1'inden azı amfetamin için aynı durumun söz konusu olduğunu rapor etmiştir. Her iki uyuşturucu için de ortalama ilk kullanma yaşı 18'di <sup>(78)</sup>. Eşlik eden alkol kullanımı da yaygın olduğundan, ankete katılanların % 34'ü görüşmeden önceki dört hafta boyunca iki kereden fazla 'sarhoş' olduğunu rapor etmiştir. Bu düzeydeki sarhoşluk erkekler tarafından kadınlara göre daha fazla rapor edilmiştir: sırasıyla % 42 ve % 27 (Avrupa Komisyonu, 2007b).

2004 ve 2005 yıllarında Fransa'da beş elektronik müzik mekanında gerçekleştirilen bir çalışma, ankete katılan 1.496 kişi arasında ecstasy için % 32 ve amfetamin için de % 13 düzeyinde bir önceki ay yaygınlık oranları rapor etmiştir. Bununla beraber, karşıt kültürel özellikleriyle tanınan ve 'alternatif' olarak etiketlenen belirli alt gruplarda yaygınlığın daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu alt gruplar arasında, ecstasy ve amfetamine ilişkin yaygın tahminler sırasıyla % 54 ve % 29'du.

### Eğlence ortamlarındaki müdahaleler

Avrupa'da rapor edilen, giderek yaygınlaşmakta olan bir eğilim de yetkili makamların yerel kamu düzeni veya sağlık hususlarını değerlendirirken yasal ve yasadışı uyuşturuculara ilişkin meseleleri toplu olarak ele almaları yönündedir. Bu yaklaşım, bar ve gece kulüpleri gibi, hem sentetik ve uyarıcı uyuşturucular hem de alkol tüketilen ortamları hedef alan müdahaleler için özellikle önemlidir. Bu alandaki sorunlardan biri, yasadışı ve yasal maddelerin göreceli rollerini ayırt etmenin güç olabilmesidir. Gençler arasında alkol kullanımı Avrupa'da büyümekte olan bir endişe kaynağı olup, 2006 yılında, Avrupa Komisyonu gençler arasında alkole bağlı hasarı azaltmak konusunda Üye Devletler'e destek olmak üzere bir AB alkol stratejisi kabul etmiştir. Kuşkusuz, zararlı alkol kullanımı (15-29 yaşındaki) genç erkekler arasındaki her dört ölümden biriyle ve genç kadınlar arasındaki her 10 ölümden biriyle ilişkilidir <sup>(79)</sup>.

Kamusal alanlarda gençlerin uyuşturucu ve alkolü birlikte kullanmalarına ilişkin kaygılar, alkol ve uyuşturucu tüketimiyle ilişkilendirilen sosyal, ekonomik ve fiziksel ortamların değiştirilmesini amaçlayan stratejiler geliştirilmesine yol açmış olup, bunların hedefleri: tüketim davranışları ve normlarının değiştirilmesi; sarhoş olmaya daha az elverişli koşullar oluşturulması ve alkol ve uyuşturucuya bağlı sorunların oluşmasına olanak veren vesilelerin azaltılmasıdır <sup>(80)</sup>. Üye Devletler, gece

<sup>(76)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-21.

<sup>(77)</sup> Bkz. 'Avrupa uyarıcı pazarı: 'kokain ülkeleri' ve 'amfetamin ülkeleri'?', s. 50.

<sup>(78)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo EYE-2.

<sup>(79)</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_factsheet\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf)

<sup>(80)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

hayatı ortamlarında veya bunların etrafında, özel olarak hasarın azaltılmasına ya da sosyal ortamın olumlu olarak değiştirilmesine yönelik bazı tedbirler alınacağını rapor etmiştir. Bunlar arasında bar ve güvenlik personeli için eğitim; mevcut mevzuatın daha çok uygulanması; maddeye bağlı hasarlara ilişkin bilinçlendirme; geç saatlerde ulaşım hizmetleri verilmesi ve daha güvenli bir gece hayatı ortamı sağlanmasını amaçlayan iyileştirmeler bulunmaktadır. Bu alandaki tedbirler çeşitli olup bunlara, sokak aydınlatmalarının iyileştirilmesi; içme suyu hazır bulundurulması; düzgün havalandırma ve hatta tıbbi acil durumlara hızlı tepki verilmesini sağlamaya yönelik tedbirler de dahildir. Genellikle, bu yaklaşımın önemli bir özelliği, yerel ihtiyaçları ve olası çözümleri belirlemek üzere ortaklık içerisinde çalışmaları gereken polis, lisans otoriteleri, kulüp sahipleri ve sağlık bakım uzmanları gibi farklı çıkar sahipleriyle diyalog temeline dayanmasıdır.

Bu alandaki çalışmalardan biri, restoran sahiplerine ve gece hayatı ortamlarında çalışan kişilere, belediye makamları ve polisle işbirliği içerisinde, uyuşturucu ve alkol kullanımı ve satışının sınırlandırılmasına ilişkin ortak tavırları teşvik etmek üzere kurs olanaklarının sunulduğu Danimarka'da yapılmaktadır. Münferit Üye Devletler tarafından bu alanda geliştirilen bazı yaklaşımlar da, Birleşik Krallık'ta geliştirilen güvenli-dans kılavuz ilkelerinin artık hem Paris hem de Brüksel'deki kulüplerde uygulanmaya başlanması örneğinde görüldüğü gibi, daha geniş çapta ilgi çekmektedir. Kulüp sahipleri, sosyal yardım çalışanları ve yerel makamların da katılımıyla eğlence ortamlarının güvenliğini artırırken (örneğin: ücretsiz su verilmesi, ilk yardım eğitimi almış personel, chill-out alanları) uyuşturucu ve alkolün zararlarına ilişkin bilinçlendirme faaliyetlerinde de bulunarak ölçülü içmenin teşvik edilmesine yardımcı olmaktadır.

Uyuşturucu ve alkol tüketimi ile araba kullanma arasındaki ilişki bazı çevresel stratejilerde yer alan bir husustur. Burada yer alan örnekler arasında, Paris'teki bazı gece kulüplerinde sarhoş sürücülere sunulan alternatif ulaşım imkanları ile Brüksel'deki kulüpler tarafından toplu taşıma seçeneklerinin teşvik edilmesi bulunmaktadır. İspanya'da, özellikle haftasonlarında, 'belirlenmiş sürücüler'e ve psikoaktif maddelerin etkisindeyken araba kullanmanın risklerine dair bilinçlendirmeye odaklanan önleme kampanyaları gerçekleştirilmiştir. Bu kampanyaların 2006 yılında

İspanya'da 18-20 yaşındakiler tarafından yapılan trafik kazalarının sayısında gözlemlenen % 16 oranındaki düşüşe de katkısı bulunmuş olabilir <sup>(81)</sup>.

Gençlerin hem uyuşturucu hem de alkol tükettikleri ortamlara yönelik stratejiler, uyuşturucu kullananların ötesinde halkın geneline de fayda sağlayabilecek avantajlarıyla, kamu sağlığının korunması ve kamu güvenliğinin artırılması için önemli bir potansiyel teşkil etmekte gibi görünmektedir. Ancak Avrupa'da bugün bu gibi yaklaşımlar, genellikle büyük kent merkezlerinde bilinen sorunlu bölgelerle sınırlı olduğundan ve nadiren kapsamlı bir şekilde uygulandığından, bu alanda daha fazla yatırım ve gelişmeye yönelik önemli bir potansiyel bulunduğunu ortaya koymaktadır. Daha genel anlamda, bu alandaki çalışmaların odak noktası, gençlerin belirli ortamlarda uyuşturucu ve alkol kullanımına yönelik normatif inançlarını ve tavırlarını daha geniş olarak hedefleme amacından ziyade, belirli sorunlu davranışları ya da çevre özelliklerini hedefleyen müdahalelerle sınırlı kalmıştır.

## Tedavi hizmetleri

Çoğu Üye Devlet'te, sınırlı talep, özel olarak amfetamin, metamfetamin ya da ecstasy kullanıcılarını hedefleyen tedavi hizmetlerinin sınırlı bulunulduğunu yansıtmaktadır. Bu durum, kronik amfetamin ya da metamfetamin kullanan kesimlere uzun zamandır sahip olan birkaç Üye Devlet'te biraz farklıdır. Bu ülkelerde (başta Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Finlandiya, İsveç), amfetamin ya da metamfetamin kullanıcıları uzman hizmet merkezleri tarafından tedavi edilmektedir. Tedavi seçeneklerinin detoksifikasyon, daha sonra ayakta tedavi merkezinde bireysel tedavi ya da ayakta veya ev ortamında grup terapisinden oluştuğu görülmektedir.

Sağlam kanıtlara dayanarak faydalı olduğu görülmüş terapi seçenekleri, genellikle amfetamin ve kokain gibi psikostimülan bağımlılığı tedavisini yönlendirememektedir. Bölüm 5'te belirtildiği gibi şu anda kullanıcıların yoksunlukla başa çıkmasına ya da psikostimülan bağımlılığıyla ilişkili şiddetli kullanma arzusunu azaltmaya yardımcı olacak farmakolojik madde bulunmamaktadır. Üstelik mevcut literatür, herhangi bir psikososyal müdahalenin, psikostimülan kullanıcılarının temiz kalmalarını devam ettirmelerine yardımcı olmada faydası olduğuna dair güçlü bir kanıt bulunmadığını göstermektedir.

<sup>(81)</sup> Avrupa'daki önleme kampanyaları hakkında daha fazla bilgi için, bkz. 2007 uyuşturucu ve araba kullanma hakkında seçili konu.



## Bölüm 5

### Kokain ve crack kokain

#### Giriş

En yeni veriler Avrupa'da kokain kullanımında genel bir artışa işaret etmeye devam etmektedir. Bir dizi ülkede gerçekleştirilmiş nüfus anketleri, gençler arasında kullanıma ilişkin olarak 1990'ların ortalarından beri belirgin bir artış kaydetmiştir. Bu bulgular, bazı eğlence ortamlarında (gece hayatı ve dans-müzik mekanları) kokain kullanımına ilişkin son derece yüksek düzeyler kaydetmiş olan hedefli çalışmaların sonuçlarıyla desteklenmektedir. Buna paralel olarak, Avrupa'da kokain bulunurluğuna ilişkin göstergelerde de, bu uyuşturucuya ilişkin ele geçirme vakalarının sayısı ile ele geçirilen miktarlarla birlikte, dramatik bir artış kaydedilmiştir.

Bazı AB Üye Devletleri'nde, kokain kullanımına yönelik tedavi talebi son yıllarda önemli oranda artmış ve şu anda bazı ülkelerde, kentlerde ve bölgelerde opioid tedavisine yönelik talebi bile aşmıştır. Bunun yanı sıra, tedavi gören opioid kullanıcılarının önemli bir kısmı ikincil uyuşturucu olarak kokaini rapor etmekte olup bu durum sorunlarına önemli bir katkıda bulunarak bakımlarını güçleştirebilecek bir unsur teşkil etmektedir. Pek çok ülkede, uyuşturucuya bağlı ölümlerin yüksek bir oranının toksikolojik analizinde de, genellikle opioidler ve diğer maddelerle kombinasyon halinde kokain bulunduğu rapor edilmektedir.

Ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunması ve pek çok ülkenin hâlâ çok düşük kullanım seviyeleri rapor etmesi, kokain kullanımının genel olarak Avrupa'da artmakta olduğuna ilişkin gözleme sürecinde, önemli bir sorun teşkil etmektedir. Kokain sorunlarına ilişkin ulusal deneyimler de oldukça karışıktır: örneğin, Avrupa'da rapor edilen tüm kokain tedavisi taleplerinin çoğundan nispeten az sayıda ülke sorumludur.

#### Arz ve bulunabilirlik

##### Üretim ve ticaret

Kokainin kaynağı olan koka bitkisinin ekimi hâlâ And bölgesindeki birkaç ülkede yoğunlaşmıştır<sup>(82)</sup>. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (2008) 2007 yılı

için potansiyel kokain üretiminin 994 ton saf kokain hidroklorüre karşılık geldiğini tahmin etmiş olup bunun %61'inden Kolombiya, %29'undan Peru ve %10'undan da Bolivya sorumludur. Dağıtılan laboratuvarların sayısının analizi, üretimin çoğunun bu üç ülkede yoğunlaşmakla beraber, Kuzey Amerika ve Avrupa'daki ana tüketici pazarlarına ihraç edilmeden önce, başka Güney Amerika ülkelerinde de gerçekleştirilmekte olabileceğini ortaya koymaktadır. Yasadışı potasyum permanganat (kokain hidroklorür sentezinde kullanılan kimyasal bir reaktif) ticaretine ilişkin bilgiler de bu bulguyu desteklemekte olup 2006'da dünya çapında ele geçirilen 101 ton potasyum permanganatın 99 tonunu Kolombiya rapor etmiştir (INCB, 2008b).

And bölgesinde üretilen kokain daha sonra Güney Amerika ülkelerinden (Brezilya, Ekvador, Venezuela yoluyla) Avrupa'ya sokulmaktadır. Avrupa'ya giden kokain için Karayip ülkeleri önemli bir transit bölgesi teşkil ederken, Gine Körfezi ve Yeşilburun, Gine ve Gine Bissau sahilleri başta olmak üzere, batı Afrika ülkeleri üzerinden aktarma da son yıllarda belirgin ölçüde artmıştır (CND, 2008; INCB, 2008a)<sup>(83)</sup>. İspanya ve Portekiz hâlâ kokainin Avrupa'ya başlıca giriş noktalarını teşkil etmekte olup, Portekiz'in rolü 2005'ten beri önemli derecede artmıştır. Bununla beraber, kokain Avrupa'ya daha dolaysız olarak Atlantik üzerinden sevk edilerek ya da hava yoluyla da girmeye devam etmektedir; bilhassa Hollanda, Belçika, İtalya, Fransa, Birleşik Krallık ve Almanya'ya. Gerek Hollanda gerek Fransa, kokainin Avrupa'nın diğer bölgelerine dağıtıldığı başlıca transit ülkeler olarak rapor edilmektedir (Europol, 2007b). Doğru Avrupa ülkeleri (Bulgaristan, Estonya, Letonya, Litvanya, Romanya, Rusya) üzerinden kokain ithalatına ilişkin yeni raporlar, Avrupa'nın bu bölgesinde yeni ticaret yolları geliştiğine işaret ediyor olabilir.

##### Ele geçirme vakaları

Kokain, bitkisel kenevir ve kenevir reçinesinden sonra, dünyada en çok ticareti yapılan uyuşturucudur. 2006'da dünya çapındaki kokain ele geçirme vakaları biraz düşerek 706 tona ulaşmıştır. Küresel olarak ele geçirilen miktarın

<sup>(82)</sup> Uyuşturucu arz ve bulunabilirliğine ilişkin veri kaynakları hakkında bilgi için, bkz. s. 36.

<sup>(83)</sup> Ayrıca bkz. 'Batı Afrika: Avrupa'ya kokain ticaretinin merkezi', s. 59.

### Batı Afrika: Avrupa'ya ticaret için yeni bir bölgesel transit merkezi

Son beş yılda, Avrupa'ya kokain ticaretinde batı Afrika önemli bir bölge olarak ortaya çıkmış olup <sup>(1)</sup> transit, depolama ve yeniden ambalajlama için bir platform görevi yapmaktadır (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). 2007 yılında Avrupa'ya sokulan kokainin neredeyse dörtte birinin bu bölge yoluyla aktarıldığı tahmin edilmektedir (UNODC, 2008). Avrupa'da artmakta olan kokain kullanımı karşısında, batı Afrika yoluyla ticaretteki büyüme uyuşturucunun fiyatını düşürürken, Avrupa'da kokain dağıtımı için giriş noktası olarak İber Yarımadasının rolünü artırdığı düşünülmektedir (Europol, 2007b).

Kokain batı Afrika'dan Avrupa'ya başta deniz yoluyla getirilmekte olup büyük sevkiyatlar balıkçı tekneleri tarafından genellikle Portekiz'in kuzey sahili ve İspanya'nın Galisya bölgesindeki boşaltım sahalarına getirilmektedir. Daha küçük kokain sevkiyatları hava yoluyla ya da karadan getirilmekte ve giderek daha fazla Kuzey Afrika'dan kenevir reçinesi kaçakçılığıyla ilgili olmaktadır.

Batı Afrika kokain ticaret yolunun büyümesi birkaç faktöre bağlanabilir. Bunlar arasında alternatif ticaret yolları üzerinde bulunan daha etkili kontroller; (Europol, 2007b); batı Afrika'nın coğrafi konumu ve bu bölgedeki ülkelerin, genellikle hukuk ve kanun uygulama sistemlerinin zayıf olmasına yol açan ekonomik yetersizlik sayılabilir.

Uluslararası topluluk sorunu ele almak için bazı girişimler başlatmıştır. Avrupa Birliği tarafından başlatılan diğer girişimlerin yanında, uyuşturucu hakkındaki yatay çalışma grubuyla Konsey, batı Afrika'yı gündemin en üst sırasına yerleştirmiş ve 2008 BM Narkotik Uyuşturucu Komisyonu'na batı Afrika'ya uluslararası desteğin güçlendirilmesine ilişkin bir ilke kararı sunmuştur. Bunun yanı sıra yedi Üye Devlet, AB desteğiyle Lizbon'da kokain ticaretini bastırmayı hedefleyen, askeri desteğe sahip ve özellikle Atlantik'in doğu bölümünü hedef alan bir kanun uygulama merkezi olan Deniz Analizi ve Operasyon Merkezi – Narkotik Maddeleri (MAOC-N) kurmuştur.

<sup>(1)</sup> UNODC (2007b) Senegal, Gana, Moritanya, Gine Bissau, Yeşilburun, Nijerya, Benin ve Sierra Leone'nin 2006/07'de en büyük ele geçirme vakalarını kaydettiğini rapor etmektedir.

% 45'inden sorumlu olan Güney Amerika, yine ele geçirilen en büyük miktarı rapor eden ülke olmuş, bunu % 24'le Kuzey Amerika ve % 17'yle batı ve orta Avrupa izlemiştir (UNODC, 2008).

Avrupa'da kokain ele geçirme vakalarının sayısı son 20 yıldır artmakta olup 2003'teki istisnai bir düşüşle birlikte,

2001-06 döneminde de artmaya devam etmiştir. Ele geçirilen kokain miktarı da sürekli dalgalanmalarla da olsa, son on yıldır artmaktadır. 2006 yılında, Avrupa'daki kokain ele geçirme vakaları artarak 72.700 vakaya, ele geçirilen miktar da 121 tona ulaşmıştır <sup>(84)</sup>. İspanya yine en fazla ele geçirme vakası rapor eden ülke olmuş, Avrupa'da söz konusu yılda yapılan tüm ele geçirme vakalarının % 58'inden ve el konulan miktarların da % 41'inden sorumlu olmuştur. Portekiz'de 2005 yılından beri ele geçirilen miktarlardaki inanılmaz artış, 2006'da Avrupa toplamının % 28'ine karşılık geldiğinden, bu kokain tüccarları için Avrupa pazarına giriş noktası olarak İber Yarımadası'nın artan önemine işaret etmektedir.

### Saflik derecesi ve fiyat

Avrupa'da kokainin tipik saflik derecesi 2006'da % 1 ve % 90 arasında değişmekle beraber, çoğu ülke % 25 ve % 55 arasında değerler rapor etmiştir <sup>(85)</sup>. Yeterli veri sağlayan 23 ülkenin çoğu 2001-06 dönemi boyunca kokainin saflik derecesinde bir düşme eğilimi bildirmiştir; bununla beraber, Yunanistan ve Fransa'da 2003-06 döneminde artışlar kaydedilmiştir.

2006 yılında, kokainin tipik perakende satış fiyatı çoğu Avrupa ülkesinde gram başına 50 EUR ve 75 EUR arasında değişmekle birlikte, Kıbrıs, Romanya, İsveç ve Türkiye çok daha yüksek değerler bildirmiştir. 2001-06 döneminde, sokakta satılan kokain (enflasyona göre düzeltilmiş) bir fiyat artışı kaydedilen Romanya haricinde, yeterli veri sunan 18 ülkede ucuzlamıştır.

### Yaygınlık ve kullanım alışkanlıkları

Sadece Üye Devletler tarafından rapor edilen genel kokain kullanımı düzeylerinde farklılıklar gözlemlenmemekte, bu farklılık toplumun en ayrıcalıklı kesiminden en marjinalleşmiş üyelerine kadar değişen bir sosyal aralığa yayılan kokain kullanıcılarının bizzat kendi özelliklerinde yansımaktadır. Kokain kullanma alışkanlıkları da aynı şekilde farklı olabilmekte, ara sıra ya da eğlence amaçlı kullanımdan son derece takıntılı ve bağımlı kullanım alışkanlıklarına kadar değişmektedir. Kokainin kullanıldığı biçim (kokain hidroklorür ya da crack kokain) ve uygulanma yolu da işi ayrıca karmaşıklaştıran faktörlerdir. Bu çeşitlilik, hem farklı kokain kullanma alışkanlıklarıyla ilişkili olması muhtemel bir dizi sorunun anlaşılmasında hem de farklı bir uyuşturucu kullanıcı grubuna yönelik hizmetlerin hedeflendirme ve geliştirme çalışmalarının bilgilendirilmesinde önemli bir husus teşkil etmektedir.

<sup>(84)</sup> Bu bölümde sözü geçen Avrupa'daki kokain ele geçirme vakalarına ilişkin veriler için bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar SZR-9 ve SZR-10. Bölüm boyunca, Avrupa toplam değerleri hesaplanırken, 2006'ya ilişkin ulusal verilerin bulunmadığı durumda, 2005'e yönelik benzer veriler kullanıldığı göz önünde bulundurulmalıdır.

<sup>(85)</sup> Saflik derecesi ve fiyat verileri için bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar PPP-3 ve PPP-7.

## Halkın geneli arasında

Genel olarak Avrupa'da kokain, esrardan sonra en çok kullanılan ikinci yasadışı uyuşturucu olmakla beraber, kullanımı ülkeler arasında son derece farklılık göstermektedir. 12 milyon civarında Avrupalının yani 15-64 yaşındaki yetişkinlerin ortalama % 3,6'sının hayatında en az bir kez kokain kullandığı tahmin edilmektedir (verilerin bir özeti için bkz. Tablo 5). Ulusal rakamlar % 0,4 ile % 7,7 arasında değişmekte olup çoğu Avrupa Birliği'ne 2004'ten sonra katılmış olan 12 Üye Devlette, tüm yetişkinler arasında çok düşük yaşam boyu yaygınlık düzeyleri rapor etmiştir (% 0,4-1,2).

4 milyon kadar Avrupalının (ortalama % 1,2) bu uyuşturucuyu bir önceki yıl kullanmış olduğu tahmin edilmekle beraber, yine ülkeler arasındaki ulusal farklılıklar önemli orandadır. Bu durum, % 0,1 ve % 3 arasında önceki yıl yaygınlık tahminleri rapor eden yeni ulusal anketlerden alınan sonuçlarda da görülebilmekle birlikte, sadece dört ülkedeki kullanım oranları % 1'i aşmaktadır. 2 milyon olan bir önceki aya ilişkin yaygınlık tahmini, bir önceki yıl yaygınlık oranının yaklaşık yarısı olup yetişkin nüfusunun % 0,5 kadarını temsil etmektedir. Bunlar muhtemelen ihtiyatlı tahminlerdir.

Genel olarak, kokain kullanımı birkaç ülkede, bilhassa İspanya ve Birleşik Krallık ve daha az bir ölçüde de İtalya, Danimarka ve İrlanda'da yoğunlaşmış gibi görünürken, bu uyuşturucunun kullanımı diğer çoğu Avrupa ülkesinde nispeten düşüktür. Yasadışı uyarıcı uyuşturucu pazarında amfetaminin hakim olduğu ülkelerde, kokain kullanımına ilişkin tahminler tüm durumlarda düşüktür; buna karşın, kokainin başlıca yasadışı uyarıcı olduğu çoğu ülkede, amfetaminin kullanımına ilişkin düşük rakamlar rapor edilmektedir <sup>(86)</sup>.

## Genç yetişkinler arasında kokain kullanımı

Kokain kullanımı esasen (15-34 yaşındaki) genç yetişkinler arasında yoğunlaşmıştır. Söz gelimi, uyuşturucuyu bir önceki yılda kullanmış yaklaşık 4 milyon Avrupalının yaklaşık sekizde yedisi genellikle genç yetişkinlerdir.

Avrupa'da (15-34 yaşındaki) 7,5 milyon genç yetişkinin ya da ortalama % 5,4'ün hayatında en az bir kez kokain kullandığı tahmin edilmektedir. Ulusal rakamlar % 0,7 ile % 12,7 arasında değişmektedir. Bu yaş grubunda bir önceki yıl kokain kullanımına ilişkin Avrupa ortalamasının % 2,3 (3,5 milyon) bir önceki ay ortalamasının da % 1 (1,5 milyon) olduğu tahmin edilmektedir.

Kullanım (15-34 yaşındaki) genç erkekler arasında bilhassa yüksek olup, kokain kullanımına ilişkin bir önceki

## Genel atık suyun analiz edilmesiyle kokain kullanımının tahmin edilmesi

Analitik kimyadaki yeni gelişmelerin atık suda kokain tespitinde uygulanması, toplumda yasadışı uyuşturucu kullanımının izlenmesine, 'atık su epidemiyolojisi' diye bilinen yeni bir yaklaşım getirmiştir. Bu yöntem, tüketicilerin idrarıyla dışarı atılan yasadışı uyuşturucuların tahlil ürünleri seviyelerinin ölçülmesi anlamına gelir. Atık suda ölçülen tahlil ürünleri seviyeleri ölçeği, daha sonra nüfusun genelindeki yasadışı uyuşturucu tüketimini hesaplamak üzere büyütecektir. Kokain kullananlarda, idrarla dışarı atılan başlıca metabolit benzoilekgonindir. Kokainin insan vücudunda çözülmesi atık su sistemlerindeki tek benzoilekgonin kaynağı olabileceğinden, bazı varsayımlarla atık sudaki metabolit miktarından toplumda tüketilen kokain miktarının (tüketici sayısı kadar olmamakla birlikte) geri hesaplanması mümkündür.

Atık su epidemiyolojisi hâlâ gelişmenin erken bir aşamasında bulunmaktadır ve önemli teknik ve etik soruların yanı sıra, sağladığı bilgilerin mevcut araştırma düşüncesiyle bütünleştirilmesi gerekmektedir. Bu hususlar atık su analizi hakkındaki yeni EMCDDA yayınında ele alınmaktadır (EMCDDA, 2008b). Çok çeşitli disiplinlerden uzmanları bir araya getiren raporda varılan sonuca göre, daha çok gelişme kaydedilmesi gerekmele beraber, atık su epidemiyolojisi topluluk düzeyinde uyuşturucu denetimi açısından bir potansiyele sahiptir. Bu yaklaşımın ayrıca farklı büyüklüklerdeki kentlerde uyuşturucu kullanma alışkanlıklarının saptanması için kamu sağlığı ile kanun uygulama uzmanlarına yardımcı olacak bir uyuşturucu denetim aracı olarak da potansiyeli bulunmaktadır. Ayrıca, atık su örnekleme ve analizi günlük, haftalık ya da aylık olarak yapılabileceğinden, veriler topluluklara önleme ve müdahale faaliyetlerinin etkisi ve bunun izlenmesi için daha fazla olanak sunacağı gibi zamanında bir ölçüm vermek için de kullanılabilir.

yıl yaygınlık oranları İspanya, Danimarka, İrlanda, İtalya ve Birleşik Krallık'ta % 4 ile % 7 arasındadır <sup>(87)</sup>. Bir önceki yıl kullanım yaygınlığına ilişkin olarak kadınların erkeklere göre oranı, farklı ülkelerdeki genç yetişkinler için 1:1 ile 1:13 arasında değişmektedir. Bir bütün olarak Avrupa Birliği'ne ilişkin ağırlıklı ortalamalar, 15-34 yaşındaki kokain kullanıcıları arasında erkeklerin kadınlara oranının neredeyse 4'e 1 (her kadın için 3,8 erkek) olduğunu ortaya koymaktadır.

Daha yeni kokain kullanımına (önceki yıl ve geçmiş ay) ilişkin ölçümler 15-24 yaş grubunda en yüksek olmakla beraber, bu olgu esrar veya ecstasy durumuna oranla daha az belirgindir <sup>(88)</sup>. Bu yaş grubunda kokain kullanımına ilişkin bir önceki yıl yaygınlık oranının % 2,6 olduğu tahmin edilmekte, bu da bu uyuşturucuyu her yıl 15 ila 24 yaşında 2 milyon kişinin kullandığı anlamına gelmektedir.

<sup>(86)</sup> Bkz. 'Avrupa uyarıcı pazarı: 'kokain ülkeleri' ve 'amfetamin ülkeleri'?', s. 50.

<sup>(87)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-13.

<sup>(88)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde tüm yıllar için Şekil GPS-15 ve Tablolar GPS-14 ila GPS-16; en son veriler için Tablolar GPS-17 ila GPS-19.

**Tablo 5: Halkın genelinde kokain kullanımına ilişkin yaygınlık – verilerin özeti**

| Yaş grubu                            | Kullanıma ilişkin zaman çerçevesi                                                       |                                                                                                |                                                                                                        |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | Yaşam boyu                                                                              | Bir önceki yıl                                                                                 | Bir önceki ay                                                                                          |
| <b>15-64 yaş</b>                     |                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                        |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı | 12 milyon                                                                               | 4 milyon                                                                                       | 2 milyon                                                                                               |
| Avrupa ortalaması                    | % 3,6                                                                                   | % 1,2                                                                                          | % 0,5                                                                                                  |
| Aralık                               | % 0,4-7,7                                                                               | % 0,1-3,0                                                                                      | % 0-1,6                                                                                                |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler  | Romanya, Malta, Litvanya (% 0,4)<br>Yunanistan (% 0,7)                                  | Yunanistan (% 0,1),<br>Polonya, Letonya, Çek Cumhuriyeti (% 0,2)                               | Yunanistan, Estonya, Çek Cumhuriyeti (% 0,0),<br>Malta, Litvanya, Polonya, Finlandiya, Letonya (% 0,1) |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler | Birleşik Krallık (% 7,7),<br>İspanya (% 7,0),<br>İtalya (% 6,6),<br>İrlanda (% 5,3)     | İspanya (% 3,0),<br>Birleşik Krallık (% 2,6),<br>İtalya (% 2,2),<br>İrlanda (% 1,7)            | İspanya (% 1,6),<br>Birleşik Krallık (% 1,3),<br>İtalya (% 0,8),<br>İrlanda (% 0,5)                    |
| <b>15-34 yaş</b>                     |                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                        |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı | 7,5 milyon                                                                              | 3,5 milyon                                                                                     | 1,5 milyon                                                                                             |
| Avrupa ortalaması                    | % 5,4                                                                                   | % 2,3                                                                                          | % 1                                                                                                    |
| Aralık                               | % 0,7 - 12,7                                                                            | % 0,2-5,4                                                                                      | % 0,0-2,8                                                                                              |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler  | Romanya, Litvanya (% 0,7)<br>Malta (% 0,9)<br>Yunanistan (% 1,0)                        | Yunanistan (% 0,2),<br>Polonya (% 0,3),<br>Letonya, Çek Cumhuriyeti (% 0,4)                    | Estonya (% 0,0),<br>Yunanistan, Polonya, Letonya, Çek Cumhuriyeti (% 0,1)                              |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler | Birleşik Krallık (% 12,7),<br>İspanya (% 9,6),<br>Danimarka (% 9,1),<br>İrlanda (% 8,2) | Birleşik Krallık (% 5,4),<br>İspanya (% 5,2),<br>İtalya (% 3,2),<br>İrlanda (% 3,1)            | İspanya (% 2,8),<br>Birleşik Krallık (% 2,7),<br>İtalya (% 1,2),<br>Danimarka, İrlanda (% 1,0)         |
| <b>15-24 yaş</b>                     |                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                        |
| Avrupa'daki tahmini kullanıcı sayısı | 3 milyon                                                                                | 2 milyon                                                                                       | 800.000                                                                                                |
| Avrupa ortalaması                    | % 4,5                                                                                   | % 2,6                                                                                          | % 1,2                                                                                                  |
| Aralık                               | % 0,4-11,2                                                                              | % 0,2-6,1                                                                                      | % 0,0-3,2                                                                                              |
| Yaygınlığın en düşük olduğu ülkeler  | Romanya (% 0,4),<br>Yunanistan (% 0,6),<br>Litvanya (% 0,7),<br>Malta, Polonya (% 1,1)  | Yunanistan (% 0,2),<br>Polonya (% 0,3),<br>Çek Cumhuriyeti (% 0,4),<br>Letonya (% 0,6)         | Estonya (% 0,0),<br>Yunanistan, Letonya (% 0,1),<br>Çek Cumhuriyeti, Polonya, Portekiz (% 0,2)         |
| Yaygınlığın en yüksek olduğu ülkeler | Birleşik Krallık (% 11,2),<br>İspanya (% 8,7),<br>Danimarka (% 8,0),<br>İrlanda (% 7,0) | Birleşik Krallık (% 6,1),<br>İspanya (% 5,8),<br>İrlanda (% 3,8),<br>Danimarka, İtalya (% 3,3) | Birleşik Krallık (% 3,2),<br>İspanya (% 3,1),<br>İtalya (% 1,3),<br>Bulgaristan, İrlanda (% 1,1)       |

Her ülke için mevcut son ankete dayanan bilgiler. Çalışma yılı 2001 ve 2007 arasında değişmektedir. Avrupa'ya ilişkin ortalama yaygınlık oranı, her ülkedeki ilgili yaş grubunun nüfusuna göre ağırlıklı bir ortalama ile hesaplanmıştır. Bilgi bulunmayan ülkelerde, ortalama AB yaygınlık oranı için yaklaşık değer verilmiştir. Temel alınan nüfuslar: 15-64 (328 milyon), 15-34 (134 milyon) ve 15-24 (64 milyon). Burada özetlenen veriler 2008 istatistik bülteninde 'Nüfus anketleri' kapsamında bulunmaktadır.

Kokain kullanımı ayrıca belirli yaşam tarzlarıyla da ilişkilendirilmektedir. 2003/04 Britanya Suç Araştırmasından elde edilen verilerin analizi, sıkça pub ve barlara giden 16 ila 29 yaşındakilerin % 13'ünün bir önceki yıl kokain kullanımı rapor ettiğini, bu oranın daha az gidenlerde % 3,7 olduğunu ortaya koymuştur. 30 ila 59 yaşındakiler arasında, oranlar sırasıyla % 3,1 ve % 1 idi. Aynı çalışmada rapor edilen crack kokain kullanımı, kokaine ilişkin en yüksek yaygınlık düzeylerini rapor eden grup arasında bile, son derece düşüktü. Bu durum, toz kokain için crack kokaine kıyasla farklı bir profil rapor eden daha odaklı çalışmalardan elde edilen bulguları desteklemektedir. Diğer ülkelerde de kokain kullanımı olasılıkla benzer yaşam tarzı faktörleriyle ilişkilidir.

Eğlence ortamlarında gerçekleştirilen çalışmalar genellikle kokain kullanımına ilişkin yüksek bir yaygınlık rapor etmektedir. Örneğin, 2006 yılında dokuz Avrupa kentinde (Atina, Berlin, Brno, Palma, Lizbon, Liverpool, Ljubljana, Venedik, Viyana), düzenli olarak 'gece hayatı ortamlarına giden' 15-30 yaşındaki 1.383 gençle yapılan bir çalışma, % 29'unun uyuşturucuyu en az bir kez, neredeyse % 4'ünün ise haftada bir ya da birden fazla kullandığını ortaya koymuştur (Avrupa Komisyonu, 2007b). 2004-05 yıllarında Fransa'da beş farklı elektronik müzik ortamında görülen 1.496 kişiyle gerçekleştirilen bir çalışmada da daha yüksek yaygınlık düzeyleri bildirilmiştir. Örnek verilen grubun neredeyse % 35'i kokaini, % 6'sı ise crack ya da serbest bazlı kokaini bir önceki ayda kullanmıştı. Çalışma ayrıca alt gruplar arasında da farklılıklar bulunduğunu rapor etmiştir: 'alternatif' olarak bilinenler arasında bir önceki ay yaygınlık oranı, kokain kullanımı için % 50 ve crack kullanımı için % 13 düzeylerindeyken daha ana akım alt grupların yaklaşık dörtte biri bir önceki ayda kokain, % 2'si de crack kullanmıştı.

### Öğrenciler arasında kokain kullanımı

Öğrenciler arasında, kokain kullanımına ilişkin genel yaygınlık düzeyleri esrar kullanımına ilişkin olanlardan çok daha düşüktür. 15 ila 16 yaşındaki öğrenciler arasında en az bir kez kokain kullanımına ilişkin yaygınlık oranı çoğu ülkede % 2 veya daha düşük olup, İspanya'da % 4 ve Birleşik Krallık'ta % 5'e çıkmaktadır<sup>(89)</sup>. Ulusal okul anketlerinden yeni veriler rapor etmiş ülkelerde (İspanya, Portekiz, Slovakya, İsveç, Birleşik Krallık) kokain kullanımının yaygınlığı sabit ya da çok az bir düşüş göstermekle beraber, yaygınlık düzeylerinde meydana gelen değişimler genellikle istatistiksel açıdan önem arz etmeyecek kadar küçüktür. İspanya'da, yeni anket verileri

17 ila 18 yaşındaki öğrenciler arasında önemli bir düşüş kaydedildiğini göstermiştir.

### Kokain kullanma alışkanlıkları

Genel nüfus anketlerinden alınan veriler, kokain kullanıcıları arasında ara verme oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır: önceki yıl yaygınlık oranının % 2'nin üzerinde olduğu ülkelerde, hayatında en az bir kez kokain kullanmış yetişkinlerin % 80 ila % 90'ı bir önceki ayda kokain kullanmamıştır<sup>(90)</sup>.

Avrupa'da kokain kullanımının sıklığına ilişkin olarak sadece sınırlı bilgi bulunmaktadır. Britanya Suç Araştırması kapsamında yapılan bir analizde önceki yıl kokain kullanmış olan (16-24 yaşındaki) söz konusu gençlerin yaklaşık % 20'sinin bu uyuşturucuyu çoğunlukla ayda birden fazla tükettiği görülmüştür. Dokuz kentteki kokain kullanıcılarından oluşan hedefli örneklerle gerçekleştirilen çok kentli bir Avrupa araştırması (Prinzleve vd., 2004), rapor edilen kullanma sıklığının ortalama olarak bütünleşmiş kullanıcılar arasında (ayda yedi gün) sosyal olarak dışlanmış kullanıcılar arasında (11 gün) ya da tedavi gören opioid kullanıcıları arasında (14 gün) olduğundan daha düşük olduğunu ortaya koymuştur.

### Sorunlu kokain kullanımı ve tedavi talebi

Sorunlu kokain kullanımına (enjekte etme ya da uzun süreli/düzenli kullanım) ilişkin ulusal tahminler sadece İspanya ve İtalya için mevcut olup, Birleşik Krallık'ta da bölgesel tahminler bulunmaktadır. İspanya'nın sunduğu en yeni verilere göre, 2002 yılında (15-64 yaşındaki) 1.000 yetişkin başına 4,5 ila 6 tane sorunlu kokain kullanıcısı bulunuyordu. Benzer şekilde, İtalya'da da, 2006'da, 1.000 yetişkin başına 3,7 ila 4,5 sorunlu kokain kullanıcısı olduğu düşünülüyordu. Birleşik Krallık'a yönelik bilgiler İspanya ve İtalya'nın bilgileriyle doğrudan kıyaslanamaz zira burada crack kokain kullanımı temel alınmıştır. 2004-05'te yapılan bir çalışmada İngiltere'deki sorunlu crack kokain kullanıcıları sayısının 1.000 yetişkin başına 5,7 ila 6,4 olduğu tahmin edilmiştir.

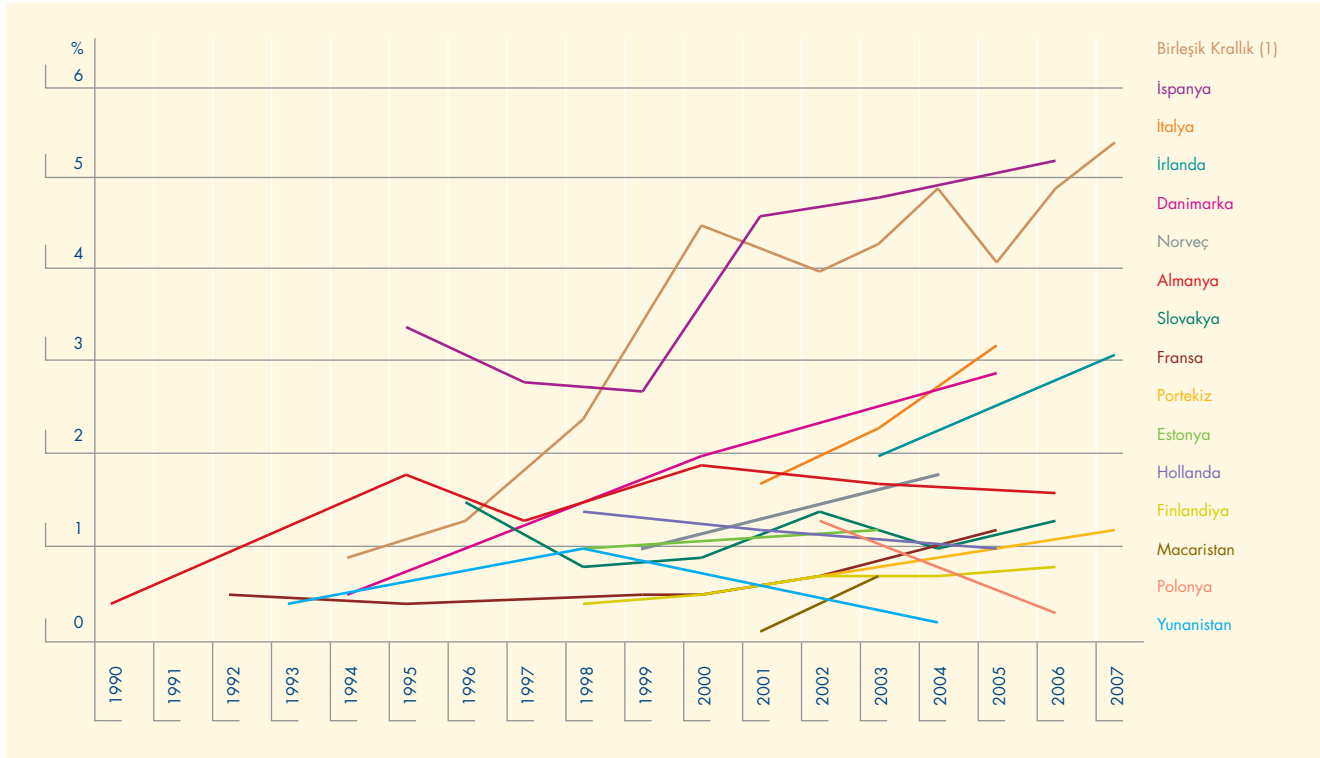
Kokain ve özellikle de toz kokain, 2006 yılında Avrupa'da tedavi gören hastaların yaklaşık % 16'sı tarafından uyuşturucu tedavisine başlamanın birincil sebebi olarak belirtilmekte olup bu oran 24 ülkede rapor edilen 61.000 civarında vakaya karşılık geliyordu<sup>(91)</sup>. Kokain ayrıca ayakta tedavi gören tüm uyuşturucu hastalarının yaklaşık % 18'i tarafından ikincil uyuşturucu olarak bildirilmişti<sup>(92)</sup>. Ülkeler arasında büyük farklılıklar bulunmakta olup kokain kullanıcıları sadece İspanya

<sup>(89)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo EYE-1.

<sup>(90)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-16.

<sup>(91)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-1 15 ve Şekil TDI-2.

<sup>(92)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-22 bölüm (i).

**Şekil 5:** (15-34 yaşındaki) genç yetişkinler arasında kokain kullanımına ilişkin bir önceki yılda yaygınlık eğilimleri

(<sup>1</sup>) İngiltere ve Galler.

Not: Danimarka'da, 1994 değeri 'ağır uyuşturucular'a karşılık gelmektedir. Daha fazla bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-14.

Kaynaklar: Nüfus anketleri, raporlar veya bilimsel makalelerden alınan Reitox ulusal raporları (2007).

(% 47) ve Hollanda'da (% 35) tedavi gören hastaların yüksek bir oranını oluşturmaktadır; bununla beraber kokain hali hazırda İtalya'daki tedavi taleplerinin % 25'ine karşılık gelmektedir. Avrupa'nın diğer yerlerinde, kokain tüm tedavi taleplerinin % 5 ila % 10'una (10 ülke) veya % 5'ten azına (12 ülke) karşılık gelmektedir (<sup>93</sup>).

Kokain kullanıcılarının oranı ilk kez tedaviye başlayanlar arasında daha yüksektir. Avrupa genelinde, 2006 yılında, kokain yeni hastaların % 23'ü (yaklaşık 37.000 kişi) tarafından birincil uyuşturucu olarak rapor edilmiştir (<sup>94</sup>). İspanya'da, en son verilere göre, 2005 yılında kokain, tedaviye başlayanlar tarafından en sık bildirilen birincil uyuşturucu olurken yeni kokain hastaları İspanya'daki tüm yeni uyuşturucu hastalarının % 63'ünü temsil ediyordu.

### Kokain kullanımındaki eğilimler

(15-34 yaşındaki) genç yetişkinler arasındaki önceki yıl yaygınlık oranları hali hazırda kullanım düzeylerindeki eğilimlerin göstergesi olarak alındığında (kokain kullanımı bu yaş grubunda yoğunlaştığından) kokain kullanımının 1990'ların ikinci yarısında İspanya, Danimarka ve Birleşik Krallık'ta önemli oranda artmış olduğu görülür. Yeni veriler

(2005-07 anketleri) geçen yıl Fransa, İrlanda, İspanya, Birleşik Krallık, İtalya, Danimarka ve Portekiz'de rapor edilmiş bulunan artış eğilimini onaylamaktadır; Almanya, Hollanda, Slovakya ve Finlandiya'da kararlı bir yaygınlık gözlemlenmiş ve Polonya'da ise bir düşüş rapor edilmiştir (Şekil 5).

Kokain tedavisine yönelik taleplerde, önceki yıllarda kaydedilmiş artış eğilimi, birkaç ülke tarafından orantısız olarak etkilenmiş gibi görünse de sürmektedir. 2002 ve 2006 yılları arasında, birincil kokain kullanımı için tedavi talebinde bulunan yeni hastaların oranı % 13'ten % 25'e çıkmış ve rapor edilen vakaların sayısı da 13.000 civarından neredeyse 30.000'e kadar yükselmiştir. Ayrıca uyuşturucu tedavisine başlayan tüm kokain hastalarının sayısında ve oranında da bir artış gözlenmiştir: 2002'deki 22.000 hastadan (tüm tedavi taleplerinin % 13'ü) 2006'da 50.000'e kadar (% 19). En büyük artışlar İtalya ve İspanya tarafından rapor edilmiştir (<sup>95</sup>).

Uyuşturucu tedavisine başlayan kokain kullanıcılarındaki artış eğilimi kokain kullanımı yaygınlığında ve buna bağlı sorunlardaki artışların yanı sıra diğer faktörlere de bağlı olabilir (örneğin: tedaviye sevklerdeki artış veya özel

(<sup>93</sup>) Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-5 bölüm (ii); İspanya verileri için bkz. 2005.

(<sup>94</sup>) Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil TDI-2.

(<sup>95</sup>) Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekiller TDI-1 ve TDI-3 ve Tablo TDI-3 bölüm (ii).

olarak kokain kullanıcılarını hedef alan müdahaleler) ve uyuşturucu türüne göre oranlar da açıkça başka madde kullanıcılarının tedavi taleplerinde meydana gelen değişikliklerden etkilenmektedir.

### Uluslararası karşılaştırmalar

Genel olarak kokain kullanımının tahmini yaşam boyu yaygınlığı, Avrupa Birliği'ndeki genç yetişkinler arasında Avustralya, Kanada ve ABD'deki emsalleri arasında olduğundan daha düşüktür. Ne var ki, ulusal düzeyde Danimarka, İrlanda, İspanya, İtalya ve Birleşik Krallık (İngiltere ve Galler) Avustralya'dan daha yüksek rakamlar rapor etmektedir. Sadece Birleşik Krallık (İngiltere ve Galler) ABD'ninkine benzer bir yaşam boyu yaygınlık tahmini rapor etmektedir <sup>(96)</sup>. Belli bir açıdan, bu ölçümün kokain sorunlarının tarihsel gelişimini ve yaygın kokain kullanımına ilişkin olarak ABD'nin ve Avrupa bağlamında da Birleşik Krallık'ın geçmiş deneyimlerini yansıttığı düşünülebilir.

### Tedavi ve hasar azaltma

#### Tedavide bulunan hastaların profili

Ayakta tedavi merkezleri Avrupa'daki rapor edilen kokain tedavisi taleplerinin neredeyse tümüne (% 94) karşılık gelmektedir <sup>(97)</sup>. Bununla beraber, kokain tedavisinin aynı zamanda özel kliniklerde, bazen ev ortamında da yapılabildiği ve bu türden bakımın mevcut izleme sisteminde yeterince temsil edilmediği göz önüne alınmalıdır.

Ayakta tedaviye başlayan kokain kullanıcıları, uyuşturucu tedavisi gören hastalar içinde erkeklerin kadınlara göre oranının en yüksek olduğu gruptur (her kadın için 5 erkek). Bunların ortalama yaşı 31 olup <sup>(98)</sup> opioid kullanıcıları ile hipnotik ve yatıştırıcı kullanıcılarından sonra üçüncü en yaşlı uyuşturucu hastası grubunu oluşturmaktadırlar. Çoğu kokain kullanıcısı kokaine 15 ve 24 yaşları arasında başladığını bildirmektedir <sup>(99)</sup>.

Kokain hastalarına ilişkin olarak uyuşturucunun kullanılması şekli bakımından, ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Genel olarak, kokain kullanıcılarının yaklaşık yarısı (% 55) uyuşturucuyu burundan çektiğini, neredeyse üçte biri (% 32) içtiğini ve çok daha küçük bir oranı da (% 9) enjekte ettiğini rapor etmektedir <sup>(100)</sup>. Tedavide bulunan kokain kullanıcıları kabaca iki ana gruba ayrılabilir. Bunlardan ilki tipik olarak sosyal açıdan

daha bütünleşmiş, sabit barınma ve istihdam durumu rapor eden ve genellikle uyuşturucuyu burundan soluduğunu ifade edenlerdir. İkincisi kokaini tipik olarak içen ya da enjekte eden daha marjinalleşmiş bir hasta grubu olup (bkz. EMCDDA 2006) daha sıkça crack kokain veya kokain ve eroin karışımını kullandıklarını rapor etmektedir. Bilhassa crack hastaları, genellikle büyük kentlerde yaşamakta, etnik azınlık gruplarına mensup olup yüksek düzeylerde işsizlik ve kötü yaşam koşulları rapor etmektedir <sup>(101)</sup>. Bu sorun Avrupa bağlamında küçük ve coğrafi açıdan sınırlı olup önemli crack kokain sorunları nispeten az sayıdaki kentlerde sınırlı kalmıştır. 2006 yılında, 20 Avrupa ülkesinde uyuşturucu tedavisine başlayan 8.000 civarında crack kokain hastası (tüm uyuşturucu hastalarının yaklaşık % 2'si) bulunduğu rapor edilmiş olmakla beraber, bunların çoğunu Birleşik Krallık bildirmiştir <sup>(102)</sup>.

Kokain ve eroinin aynı zamanda kullanımıyla ilişkili sorunların tedavisi, bazı ülkelerde önemi giderek artan bir husus haline gelmektedir. Tedavi gören kullanıcılar, kimi zaman ikame tedavisi görmekte olan, yeni ya da eski eroin kullanıcıları olabilmektedir. Bazı ülkelerde, bunlar kokain tedavisi gören hastaların en büyük grubunu temsil etmektedir. Bazı çalışmalar, kokain ve eroin ayna anda kullanıldığında birden fazla hastalık teşhisi konulabileceğini ya da bipolar rahatsızlık gibi, altta yatan psikolojik sorunları ağırlaştırabileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, metadon idame tedavisi sırasında devam eden kokain kullanımının, HIV ve diğer kan yoluyla geçen hastalıklar ile ağır tıbbi, sosyal ve suça ilişkin sorunlar için risk teşkil eden, sürekli eroin kullanımına ya da yeniden başlamaya katkısı olduğu görülmüştür.

#### Kokain tedavisi

Bazı Üye Devletler'de kokain kullanımının ve buna bağlı sorunların artışına, takiben, uzman uyuşturucu tedavi merkezleri geleneksel opioid odaklı hizmetlerini farklı kokain ve crack kullanan kesimlere uyarlamak gibi zorlu bir görevle karşı karşıya bulunmaktadır. Ancak, 2006 yılında, İspanya dışındaki Üye Devletler kokaine özel tedavi programlarının bulunurluğu ve erişilebilirliğini düşük olarak değerlendirmiştir.

Kokain ve crack kokaine ilişkin yüksek yaygınlık düzeyleri bildiren Üye Devletler'den bazıları bu soruna tepki verme hususunda özellikle aktif olmuştur. 2007 yılında, İspanya kokaine yönelik özel bir ulusal eylem planı

<sup>(96)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil GPS-20.

<sup>(97)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-24.

<sup>(98)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-10 ve TDI-21.

<sup>(99)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-11 bölüm (iii).

<sup>(100)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-17 bölüm (ii) ve bölüm (vi) ve TDI-111 bölüm (vii) ve bölüm (viii).

<sup>(101)</sup> Bkz. 'Kokain ve crack kokain hakkında seçili konu'.

<sup>(102)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-115.

başlatırken, İrlanda farklı kokain kullanıcısı gruplarını hedefleyen bir dizi özel program uygulamaya koymuş ve değerlendirmiştir. Bu programlar, sorunlu intranasal kokain kullanıcılarını ve kokain sorunları olan çeşitli uyuşturucu kullanıcılarının yanı sıra kokain kullanan kadınları ve seks işçilerini hedeflemektedir. İtalya’da, 2008 yılında kokain bağımlılığının tedavisine yönelik iki ilacın (aripiprazol ve ropinirol) etkisini araştırmak üzere büyük ölçekli klinik bir deneme gerçekleştirilecektir.

Avrupa’da sorunlu kokain kullanıcılarına sunulan hizmetlerin niteliği hakkındaki bilgiler azdır. Bununla beraber, ulusal klinik yayınları ya da uzmanlar arasındaki anketler mevcut uygulamalara ilişkin iyi bir fikir sağlamaktadır. Birleşik Krallık’ta gerçekleştirilen yeni bir rapora göre (NICE, 2007) buradaki uzman tedavi merkezlerindeki kokaine bağlı sorunlar, sadece birincil uyuşturucu sorunu opioidlerle ilişkili olduğunda ele alınır gibi görünmektedir. Ayrıca, İtalya’da kokain kullanıcılarının tedavisiyle ilgilenen uzmanlar arasında yapılan yeni bir anket, duruma uygun hizmetlerin sunulması (örneğin kısa süreli yatarak bakım, yapılandırılmış psiko-sosyal müdahaleler) ya da farklı türde kokain kullanıcılarının klinik olarak ayrılması gibi, başarılı tedavi sonuçları elde etmek için hayati faktörler olarak kabul edilen bazı unsurların uygulanmasındaki zorluklara işaret etmiştir. Bu zorlukların organizasyon sorunları, kaynak yokluğu ve kokaine özel etkin tedavi müdahalelerinin eksikliğinden

kaynaklandığı rapor edilmiştir. Büyük bir olasılıkla diğer Üye Devletler’deki uzmanlar da benzer sorunlarla karşı karşıya bulunmaktadır. Dolayısıyla uygun yatırım, doğru tedavi protokolleri ve özel eğitim ihtiyaçları bu alandaki hizmet gelişimine ilişkin anahtar hususları teşkil edecektir.

Yeni literatür taramaları, mevcut psikososyal müdahalelerin kokain bağımlılığının tedavisinde fayda gösterdiğine ilişkin güçlü bir kanıt bulunmadığını ve etkin farmakolojik tedavi yaklaşımları da bulunmadığını göstermektedir. Psikososyal kokain ve diğer psikostimülan müdahalelerine ilişkin yakın zamanda yapılan bir Cochrane değerlendirmesi, tek tutarlı ve olumlu davranış sonuçlarının (tedavide kalma, uyuşturucu tüketiminin azalması) psikososyal müdahalelerde gözlemlendiği sonucuna varmıştır<sup>(103)</sup>.

Opioid bağımlılığının aksine, kokain kullanıcılarının temiz kalmayı sürdürmelerine ya da kullanımı azaltmalarına yardımcı olacak etkili bir farmakolojik tedavi seçeneği şu anda bulunmamaktadır (bkz. 2007 kokain hakkında seçili konu). Kokain tüketimini ve şiddetli kullanma arzusunu azaltmaya yönelik deneysel terapötik ilaçlar klinik deneylerde bir miktar potansiyel sergilemiştir (örneğin baklofen, tiagabin, topiramet). Bir merkezi sinir sistemi uyarıcısı olan modafinil, psikostimülan ikame ilacı olarak bilhassa umut vadeden sonuçlar sergilemiş olup diğer potansiyel ikame ilaçlarına (örneğin d-amfetamin)

### Kokain kullanımına bağlı sağlık sorunları

Kokain kullanımı ve hastalık arasındaki ilişki, tıp uzmanları arasında dahi, genellikle pek bilinmemektedir. Bunun sonucunda kokaine bağlı bazı sorunlar saptanmadan kalabileceği gibi, bunlardan dolayı rahatsız olan kişiler uygun bakımı alamayabilir. Kokain sorunlarının yetersiz raporlanması uyuşturucunun kamu sağlığı üzerindeki etkisinin anlaşılmasına mani olacaktır.

Bazı sorunlu kokain kullanma şekilleriyle ilişkili riskler iyi bilinmekte olup çoğunlukla bilinen kullanıcı gruplarını (eski veya yeni opioid kullanıcıları, marjinalleşmiş gruplar) etkilemektedir. Söz gelimi, enjekte ederek kokain kullanımı enfeksiyon riski ile daha yüksek aşırı doz riskiyle ilişkiliyken, opioidlerle birlikte kullanımı daha yüksek aşırı dozda opioid riskiyle bağlantılı görünmektedir.

Ne var ki, toz kokainle ilişkili sağlık sorunlarının saptanmadan kalma ihtimali daha yüksek olup normalde kendilerini risk altında düşünmeyen kullanıcıları etkileyebilir. Kokainin kronik kullanımı, çoğu kalp damar sorunu (ateroskleroz, kardiyomiyopati, aritmi, miyokard iskemisi) ve nörobiyolojik (serebrovasküler vakalar ve krizler) olan önemli sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu sorunlar mevcut durumlarla (örneğin vasküler malformasyonlar) ve sigara ya da alkol kullanımı gibi risk faktörleriyle ağırlaşabilir. Kokaine bağlanan

ölümlerin pek çoğu bu hastalıklardan dolayı meydana gelmektedir.

Kokainin alkolle birlikte kullanımı kandaki kokain seviyelerini %30’a kadar varan oranlarda artırır. Davranışsal bir perspektiften, kokain kullanımı, kullanıcıların daha uzun süre içmelerine olanak verdiğinden, aşırı alkol almayı kolaylaştırabilir; bu da yine tüketilen kokain miktarının artmasına yol açabilir (Gossop vd., 2006). Karaciğerde kokaetilen oluşumu da kokain ve alkolün birlikte kullanımıyla ilişkili daha başka olası sağlık riskleriyle bağlantılı olabilir.

Kokain kullanımının kamu sağlığı üzerindeki genel etkisinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların sayısı azdır. ABD’de yapılan büyük ölçekli bir nüfus araştırması (1988-94), 18-45 yaşındakilerde ölümcül olmayan akut miyokard enfarktüsünün dörtte birinin ‘sık yaşam boyu kokain kullanımına’ atfedildiğini ortaya koymuştur. Sık kullananların ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü geçirme riskinin, kullanmayanlardan yedi kat yüksek olduğu görülmüştür (Qureshi vd., 2001). Bununla beraber, bu çalışmadan doğrudan Avrupa’ya yönelik bir genelleştirme yapmak mümkün değildir. Hali hazırda, Avrupa’da artmakta olan kokain kullanımının sağlık üzerindeki olası etkilerine ilişkin bildiklerimiz yeterli düzeyde değildir ve bundan dolayı gelecekteki sağlık araştırmaları için önemli bir alan teşkil etmektedir.

Kokain kullanımına bağlı sağlık sorunlarıyla ilgili daha fazla kaynakça için bkz. 2007 kokain hakkında seçili konu.

<sup>(103)</sup> Bkz. ‘Olumsuzluk yönetimi’, s. 66.

kiyasla, alışkanlığa dönüşme riskinin daha az olması gibi bir avantaja sahiptir (Myrick vd., 2004). Bunun yanı sıra buprenorfin, topiramat ve tiagabine eşlik eden kokain kullanımıyla ikame tedavisi görmekle olan opioid kullanıcılarında kokain kullanımının azaltılması hususunda umut vadeden sonuçlar vermiştir.

Kokain bağımlılığı için bir kokain aşısı (TA-CD) yoluyla immünoterapi yolları da araştırılmaktadır. Aşı uygulandıktan sonra, kan dolaşımındaki kokain moleküllerine tutunan antikor üretimine yol açmakta ve böylelikle doğal enzimlerin bunları inaktif moleküllere dönüştürmesini sağlamaktadır. İlk klinik deneylerin sonuçları cesaret verici olmakla beraber, aşının kokain bağımlılığı için bir farmakoterapi olarak kullanılabilirliğini test edecek daha ileri düzeyde çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Kokain aşısı, esasen madde kullanma davranışına dönüşülmesinin (relaps) önlenmesinde kullanılmaya yöneliktir ama 'aşı' kelimesi profilaktik tedavi olarak kullanıldığında potansiyel olarak kokain bağımlılığının önlenmesi için kullanılabilirliği hakkında da beklentiler uyandırmaktadır (örneğin, ilaç kullanmamış çocuklar veya ergenlerde). Bu tür bir yaklaşımın faydası kesin olarak bilinmemekte ve gelecek EMCDDA yayınında ayrıntılı olarak tartışılan etik kaygılara yol açmaktadır 'Bağımlılık nörobiyolojisi: etik ve sosyal açımları'.

### Hasar azaltma

Sorunlu kokain kullanımı sıkça ağır fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilir. Örneğin, İrlanda'da yerel topluluklarda kokainle ilgili olarak yapılan iki yıllık bir takip anketi, enjekte edenler başta olmak üzere, kokain bağımlısı hastaların genel sağlığının bozulduğunu ortaya koymuştur. Bazı projelerde kötü enjekte etme alışkanlıklarından kaynaklanan apse ve yaraları olan hastaların sayısında bir artış kaydedildiği rapor edilmiştir; kokain kullanan hastalar tarafından rapor edilen diğer sorunlar arasında kilo kaybı, zührevi hastalıklar, kalp sorunları, ampütasyonlar ve risk altında olma durumu bulunmaktadır.

Üye Devletler, genellikle kokain enjekte eden kullanıcılara, opioid kullanıcılarına sunulanlarla aynı hizmet ve tesisleri sunmakta olup bunlar arasında güvenli kullanıma ilişkin tavsiyeler, güvenli enjekte etme eğitimi ve iğne değişim programları bulunmaktadır. Erişilmesi kolay uyuşturucu hizmetleri, temel bakımın yanı sıra danışmanlık ve tıbbi yardım da sağladıklarından, bu anlamda önemli bir rol oynamaktadır. Barınma gibi sosyal sorunlar ya da eşlik eden fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları gibi kokain ve crack'e bağlı ağır sorunları olan kullanıcılar evde rehabilitasyon programlarına ve terapi topluluklarına yönlendirilebilmektedir. Bu programlar, sadece

uyuşturucudan tamamen temiz kalmayı geliştirmeyi amaçlamakla kalmamakta, ayrıca kullanıcıların kaotik ve yüksek riskli yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olmak üzere dinlenme ve yoğun bakım da sunmaktadır.

Altı İspanyol kentinde gerçekleştirilen nitel bir çalışma, seks işçileri tarafından kullanılan başlıca maddelerin alkol ve kokain olduğunu ortaya koymuştur. Uyuşturucu kullanımının ara sıra ve araçsal olduğu ve psikolojik engelleri veya çekingenliği azaltmaya yardımcı olduğu ve farklı müşterilerle uzun çalışma saatlerine dayanma gücünü artırdığı rapor edilmiştir. Hayat kadınlarında uyuşturucu kullanımının yol açtığı sonuçlar arasında korunmasız cinsel ilişki ve müşteriler tarafından daha fazla şiddete maruz kalma riski bulunmaktaydı. Bu grupta ayrıca ağır crack kokain tüketme alışkanlıkları da gözlenmiştir.

Kokain ve crack kokain sorunları olan seks işçileri sosyal yardım ve hasar azaltma hizmetleri tarafından hedef alınmaktadır. Söz gelimi, Hollanda'da, belediye sağlık hizmetlerinde crack kokain kullanan seks işçilerini hedefleyen

### Olasılık yönetimi

Olasılık yönetimi (OY) yoksunluğu mükafatlandırmak suretiyle, uyuşturucuların güçlendirici etkilerini azaltmayı hedeflemektedir. OY, tipik olarak, psikolojik destekle birlikte, tedavi sürecinin başlangıcında uygulanmaya başlanır ve teşvikler, uyuşturucu bulunmayan idrar örnekleri üretildiği zaman verildiğinden, bu tür üretimde olumludur. Örneğin, söz konusu teşvik, parasal değeri az olan ve birbirini izleyen her uyuşturucudan temiz olma döneminde artan senetler şeklinde olabilir. Bu senaryoda, temiz kalmayı başaramamak biriktirilen kazançların kaybedilmesine yol açar.

Bu teknik hastanın uyuşturucusuz davranışını mütemadiyen güçlendirir ve ulaşılmaması gereken düzenli bir hedef sağlar. Uyuşturucu yoksunluğunun korunmasında OY'nin etkinliğine ilişkin en güçlü kanıt kokain ve eroin tedavisi hakkındaki çalışmalardan gelmekle beraber, esrar ve metamfetamin tedavisindeki yaklaşıma ilişkin de bazı kanıtlar bulunmaktadır.

OY hakkındaki çoğu araştırma Avrupa dışında gerçekleştirilmiş olmakla birlikte, OY'ye ilişkin fizibilite çalışmalarında yakın zamanda İspanya'da kokain kullanıcılarına (Secades-Villa vd., 2008) ve denemenin sonunda verilen ortalama teşvikin 150 EUR değerinde olduğu Hollanda'daki opioid ikame tedavisinde bulunan hastalar arasında kokain kullanımıyla mücadelede (DeFuentes-Merillas ve De Jong, 2008) olumlu sonuçlar verdiği rapor edilmiştir. Birleşik Krallık'ta Ulusal Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE, 2007) tarafından yapılan ekonomik bir analiz, kokain tedavisi bağlamında, özellikle de kokain kullanımının daha geniş kapsamlı ekonomik maliyetleri göz önüne alındığında, OY'nin uygun maliyetli bir seçenek olduğunu ortaya koymuştur.

özel sağlık programları uygulanmaktadır; Fransa’da, crack kokain kullanıcıları ve seks işçileri için risk önleme ve hasar azaltma çalışmalarına odaklanan Espoir Goutte d’Or derneği, haftalık gönüllü danışmanlık hizmetleri vermekte ve HIV ile hepatit için hızlı testler sağlamaktadır.

Kokainin aşırı alkol tüketimiyle birlikte eğlence amaçlı kullanımına, gece ortamlarında sıkça rastlanıldığı için ağır akut fiziksel sorunlarla ilişkilendirilebilir. Bölüm 4’te rapor edildiği gibi Üye Devletler giderek eğlence ortamlarında alkol ve yasadışı uyuşturucu kullanımına

bağlı hasar azaltmaya yönelik bütünlük bir yaklaşım benimsemektedir. Programlar, gençlere alkol ve genel olarak uyuşturucu kullanımıyla ilişkili risklere dair bilgi ve tavsiye sunmakta olup bunlar arasında genellikle akut ve kronik kokain tüketimiyle ilişkili risklere dair bilgiler bulunmaktadır. Avrupa Uyuşturucu Yardım Hatları Vakfı üyeleri de uyuşturucunun risklerine ilişkin tavsiye ve bilgi sunmak yoluyla uyuşturucu kullanıcılarını bilinçlendirme ve destek sunma hususunda oldukça yoğun faaliyet göstermektedir.



## Bölüm 6

# Opioid kullanımı ve uyuşturucu enjekte etme

### Eroin arz ve bulunabilirliği

Avrupa’da yasadışı uyuşturucu pazarında tarihsel olarak iki türde ithal eroin sunulmuştur: özellikle Afganistan’dan gelen ve yaygın olarak bulunabilen kahverengi eroin (kimyasal baz formu) ve çok daha az yaygın olmakla birlikte, tipik olarak güney doğu Asya’dan gelen beyaz eroin (tuz formu) <sup>(104)</sup>. Buna ek olarak bazı opioid uyuşturucular Avrupa içerisinde üretilmektedir; bunlar özellikle bazı doğu Avrupa ülkelerinde (örneğin Letonya, Litvanya) üretilen ev yapımı haşhaş ürünleridir (örneğin: haşhaş otu, ezilmiş haşhaş sapları ya da başlarından elde edilen haşhaş konsantresi).

### Üretim ve ticaret

Avrupa’da tüketilen eroin, ağırlıklı olarak yasadışı afyon arzında dünya lideri olan Afganistan’dan gelmekte olup bunu Myanmar ve Meksika izlemektedir. Küresel afyon üretimi 2007’de, özellikle Afgan üretiminde 8.200 ton olduğu tahmin edilen (%34’lük) önemli bir artış kaydederek tahmini 8.870 tona ulaşmıştır. Küresel potansiyel eroin üretimi de buna bağlı olarak 2007 yılında, tahmini 733 tonla, rekor bir düzeye ulaşmıştır (UNODC, 2008). Son yıllarda Afganistan’da dağıtılan laboratuvarların artması, afyonun giderek daha çok ülkenin kendi içinde morfin ya da eroine dönüştürüldüğünü düşündürmektedir. Bununla beraber, komşu ülkelerde (Pakistan, İran) büyük miktarlarda morfin ele geçirilmesi, Afganistan dışında da önemli bir işleme süreci bulunduğunu ortaya koymaktadır (CND, 2008; UNODC, 2007).

Eroin Avrupa’ya esasen iki ana ticaret yolu üzerinden giriş yapmaktadır: biri, tarihsel açıdan önemli Balkan yolu ve bunun birkaç dalını takiben, Pakistan, İran ve Türkiye üzerinden ulaşım yolu; diğeri de Orta Asya ve Rusya Federasyonu üzerinden, giderek daha fazla kullanılan ‘kuzey yolu’ (Şekil 6). Eroine ilişkin tali ticaret yolları olarak güney batı Asya’dan, örneğin: doğrudan Pakistan’dan Avrupa’ya (Birleşik Krallık) ama ayrıca Pakistan ile Orta Doğu ve Afrika ülkeleri yoluyla Avrupa

ve Kuzey Amerika’daki yasadışı pazarlara (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007) giden yollar rapor edilmiştir. Güney batı Asya’dan gelen eroin de güney Asya (Bangladeş) yoluyla Avrupa’ya sokulmaktadır (INCB, 2008a). Avrupa Birliği içerisinde, Hollanda ve daha az bir ölçüde de Belçika, ikincil dağıtım merkezleri olarak önemli bir rol oynamaktadır (Europol, 2008).

### Ele geçirme vakaları

Dünya çapında rapor edilen opioid ele geçirme vakaları 2006’da opium için 384 tona ve eroin ve morfin için de 104 tona çıkmıştır. Dünya çapında ele geçirilen en fazla opiumdan (% 81) İran sorumluyken eroin ve morfin Pakistan’ı (% 34) takiben, İran (% 20), Türkiye (% 10) ve Çin’de (% 6) ele geçirilmiştir (UNODC, 2008).

Avrupa’da, 2006 yılında tahmini 48.200 ele geçirme vakası sonucunda 19,4 ton eroine el konulmuştur. Birleşik Krallık en yüksek sayıda ele geçirme vakasını rapor etmeyi sürdürürken 2006’da, el konulan 10,3 tonla ele geçirilen en büyük miktarı yine Türkiye rapor etmiştir <sup>(105)</sup>. Ortalama bir ele geçirme vakasında, el konulan eroin miktarı bu iki ülke arasında son derece farklılık göstermekte olup Türkiye’deki ortalama bir ele geçirme vakasının büyüklüğü, Birleşik Krallık’ta rapor edilenin 100 katıdır ve arz zincirindeki farklı konumları yansıtmaktadır (Şekil 6). Son 10 yılda, Avrupa’da eroin ele geçirme vakaları dalgalı bir şekilde düşüş gösterirken 2001’de doruğa ulaşmış ve bunu takiben 2003’te tekrar rekor düzeyde düşmüştür. Avrupa Birliği’nde el konulan eroin miktarı 2001 ve 2006 yılları arasında genel bir düşüş sergilemiştir. Buna karşın, Türkiye’de ele geçirilen miktar bu dönemde neredeyse üç kat artmıştır.

Dünya çapındaki (yasadışı eroin imalatında kullanılan) asetik anhidrid ele geçirme vakaları 2006’da 26.400 litreye çıkmış olup bunun çoğu Rusya Federasyonu (9.900 litre) ve Kolombiya’yı (8.800 litre) takiben Türkiye’de (3.800 litre) ele geçirilmiştir (INCB, 2008b). Afganistan ve Avrupa arasındaki ticaret yolları doğuya (başta ‘ipek yolu’yla asetik anhidrid olmak üzere) öncül

<sup>(104)</sup> Uyuşturucu arz ve bulunabilirliğine ilişkin veri kaynakları hakkında bilgi için bkz. s. 36.

<sup>(105)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar SZR-7 ve SZR-8. Değerlendirme amacıyla ‘Avrupa ele geçirme vakalarına’ ilişkin eksik 2006 verilerinin yerine 2005 verileri kullanıldığı göz önünde bulundurulmalıdır. Birleşik Krallık’a ilişkin 2006 verileri henüz sunulmadığından, bu analiz geçicidir.

**Şekil 6:** Afganistan'dan Avrupa'ya başlıca eroin ticaret yolları



Not: Haritada gösterilen ticaret akışları çeşitli uluslararası ve ulusal örgütlerin analizlerini bir araya getirmektedir (Reitox ulusal odak noktaları, Europol, INCB, UNODC, WCO). Bu tür analizler, ticaret yollarındaki uyuşturucu ele geçirme vakalarına ilişkin bilgilere ve ayrıca transit ve hedef ülkelerdeki kanun uygulama kurumlarından elde edilen istihbarat bilgilerine ve bazen de ek kaynaklardan gelen raporlara dayanmaktadır. Yollar üzerindeki diğer ülkelere saptamalar olabileceğinden ve burada gösterilmeyen, hızla değişebilecek çok sayıda tali yerel yol bulunduğundan, haritada gösterilen ana ticaret yolları ana akışlara ilişkin işaretler olarak okunmalıdır.

kimyasallar ve (başta ecstasy olmak üzere) sentetik uyuşturucular sokmak amacıyla da kullanılmaktadır (Europol, 2008).

2006 yılında, Letonya'da ve Litvanya'da rapor edilen 3-metilfentanil ele geçirme vakası ve Estonya'da yasadışı olarak üretilmiş fentanil enjekte etme vakalarına ilişkin raporlar (etki gücü eroinden önemli oranda fazla olan) fentanil gibi sentetik opioidlerin bulunurluğunun daha yakından izlenmesi gereğine işaret etmektedir.

### Saflık derecesi ve fiyatı

2006 yılında rapor eden ülkelerde, kahverengi eroinin tipik saflık derecesi % 15 ve % 25 arasında değişmekle beraber, Yunanistan, Fransa ve Avusturya'da % 10'un altında, Malta (% 31), Türkiye (% 36) ve Birleşik Krallık'ta (% 43) da daha yüksek değerler rapor edilmiştir. Beyaz eroinin tipik saflık derecesi veri bildiren birkaç Avrupa ülkesinde genel olarak daha yüksekti (% 45-70) <sup>(106)</sup>.

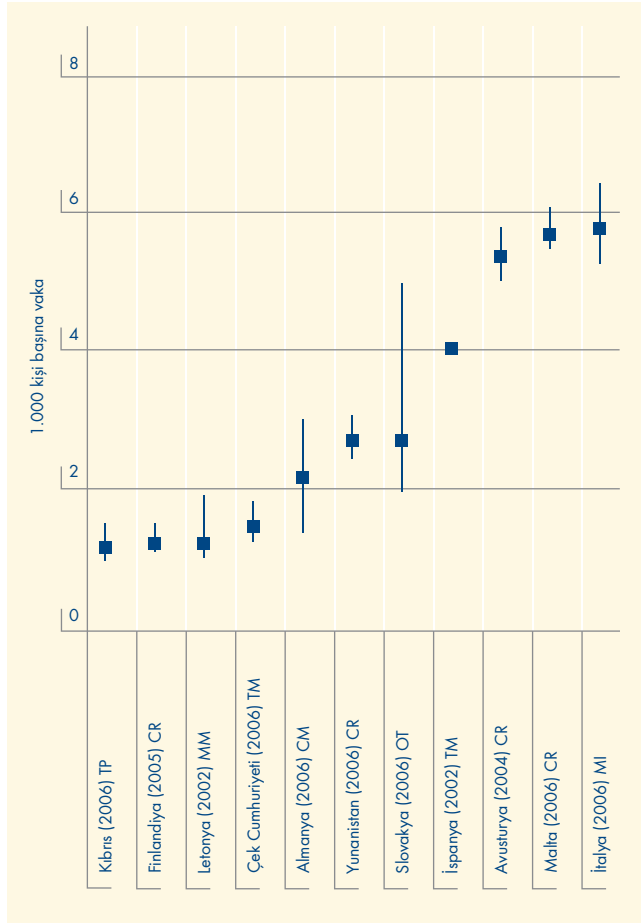
Kahverengi eroinin perakende satış fiyatı 2006'da Türkiye'de gram başına 14,5 EUR'dan İsveç'te gram başına 110 EUR'ya kadar değişmekle beraber, çoğu Avrupa ülkesi gram başına tipik olarak 30 EUR ve 45 EUR arasında fiyatlar rapor etmiştir. Beyaz eroinin fiyatı sadece birkaç Avrupa ülkesi tarafından rapor edilmiş olup, gram başına 27 EUR ile 110 EUR arasında değişmektedir. 2001-06 döneminde, kahverengi eroinin perakende satış fiyatında, zaman zaman farklı eğilimler bildiren 13 Avrupa ülkesinin çoğunda düşmekle beraber, Polonya'da artış belirtileri kaydedilmiştir.

### Sorunlu opioid kullanımına ilişkin yaygın tahminleri

Bu bölümdeki veriler EMCDDA'nın sorunlu uyuşturucu kullanımı (SUK) göstergesinden alınmış olup bu gösterge esasen enjekte ederek uyuşturucu kullanımı ve opioid kullanımını kapsamakla beraber, birkaç ülkede amfetamin ya da kokain kullanıcıları da önemli bir unsur teşkil etmektedir. Sorunlu opioid kullanıcılarının sayısına ilişkin tahminler, bu türden uyuşturucu kullanımının nispeten düşük yaygınlık oranlarına ve gizli niteliğine bağlı olarak genellikle belirsiz olup eldeki veri kaynaklarından yaygın tahminleri elde etmek için istatistiksel ekstrapolasyonlar yapılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, çoğu çalışma, kent ya da bölgesel, yerel bir coğrafi bölgeyi temel aldığından, ulusal düzeye ekstrapole edilmesi genellikle güçtür.

Avrupa'da sorunlu uyuşturucu kullanma alışkanlıkları gittikçe çeşitlenmekte gibi görünmektedir. Söz gelimi,

**Şekil 7:** Sorunlu opioid kullanımına ilişkin yıllık yaygın tahminleri (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına vaka)



Not:

Simge bir nokta tahminini ifade eder; çubuk, tahmindeki belirsizlik aralığını ifade eder: % 95'lik bir güven aralığı ya da duyarlılık analizine dayanır. Hedef gruplar, farklı tahmin yöntemleri ve veri kaynaklarından dolayı, hafif farklılıklar gösterebilir; dolayısıyla, karşılaştırmalar dikkatle yapılmalıdır. Finlandiya (15-64) ve Malta'daki (12-64) çalışmalarda standart dışı yaş aralıkları kullanılmıştır. Almanya için aralık, mevcut tahminlerin en düşük ve en yüksek sınırı ve nokta tahmini de orta noktaların basit bir ortalamasını temsil etmektedir. Tahmin yöntemlerinde kısaltmalar kullanılmıştır: CR = yakalama-tekrar yakalama; TM = tedavi çarpanı; MI = çok değişkenli gösterge; TP = kesik Poisson; MM = ölüm oranı çarpanı; CM = birleşik yöntemler; OT = diğer yöntemler. Daha fazla bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil PDU-1 bölüm (ii).

Kaynaklar: Reitox ulusal odak noktaları.

sorunlu opioid kullanımının tarihsel olarak daha yaygın olduğu bazı ülkelerde, yeni raporlar, kokain de dahil olmak üzere, diğer uyuşturucuların öneminin arttığına işaret etmektedir. Bir dizi sorunlu uyuşturucu kullanma alışkanlığının etkin bir şekilde izlenmesi ihtiyacı, EMCDDA'yı uyuşturucuya göre tanımlanan sorunlu uyuşturucu kullanan ve birbiriyle çakışabilen alt nüfuslar hakkında rapor üretmeye itmiştir <sup>(107)</sup>.

2002-06 döneminde ulusal düzeyde sorunlu opioid kullanımına ilişkin yaygın tahminleri kabaca 15-64

<sup>(106)</sup> Saflık derecesi ve fiyat verileri için bkz. 2008 istatistik bülteninde PPP-2 ve PPP-6.

<sup>(107)</sup> Sorunlu uyuşturucu kullanımının çeşitliliğine ilişkin mevcut tahminlerin genel bir değerlendirmesi için bkz. 2008 istatistik bülteni.

yaşındaki 1.000 kişi başına 1 ila 6 vaka arasında değişmektedir; sorunlu uyuşturucu kullanımına ilişkin genel yaygınlığın 1.000 kişi başına 1 ila 10 vaka arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Sorunlu opioid kullanımına ilişkin, iyi belgelendirilmiş en düşük tahminler Kıbrıs, Letonya, Çek Cumhuriyeti ve Finlandiya'dan gelirken (ama gerek Çek Cumhuriyeti gerekse Finlandiya'da çok sayıda sorunlu amfetamin kullanıcısı bulunmaktadır), en yüksek tahminler Malta, Avusturya ve İtalya'dandır (Şekil 7).

Eldeki nispeten sınırlı verilere dayanarak, sorunlu opioid kullanımına ilişkin olarak 15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 4 ila 5 vaka arasında değişen ortalama bir yaygınlık oranı olduğu tahmin edilebilir. Bunun bir bütün olarak AB'yi yansıttığı varsayıldığında, bu durum 2006'da AB ve Norveç'te 1,5 milyon (1,3-1,7 milyon) civarında sorunlu opioid kullanıcısı olduğu anlamına gelir.

#### Sorunlu opioid kullanımındaki eğilimler ve görülme oranı

Sorunlu opioid kullanımı yaygınlığına ilişkin zaman zaman farklı eğilimlerin, yinelenen tahminlerin sınırlı sayıda olmasından ve ayrı tahminlerin belirsizliğinden ötürü, genellikle tahmin edilmesi güçtür. 2001-06 döneminde yinelenen tahminlerde bulunan dokuz ülkeden elde edilen veriler çeşitli gelişmeler ortaya koymaktadır. Yaygınlık oranı Çek Cumhuriyeti, Almanya, Yunanistan, İtalya, Malta, Slovakya ve Finlandiya'da nispeten aynı görünürken Avusturya'da bir artış (en yeni veriler 2004) Kıbrıs'ta ise olası bir düşüş gözlemlenmiştir <sup>(108)</sup>.

Sorunlu opioid kullanımı görülme oranı (belirli bir yılda meydana gelen yeni vakaların sayısı) zaman içerisinde meydana gelen değişimler açısından daha hassas bir ölçüt olduğundan, yaygınlık ve tedavi talebindeki ileriye dönük gelişmeler için önceden bir fikir sunabilir. Bunun yanında, bu modeller sadece tedaviyle ilişkisi olmuş vakaları temel aldığından, görülme oranına ilişkin olarak yalnızca kısmi bir tahmin sunabilir. Sadece iki ülke, farklı eğilimler sergileyen yeni veriler sunmaktadır. İtalya'da, görülme oranının 1990'da 32.500 kadar vakadan 1997'de yaklaşık 22.200 yeni vakaya düştüğü tahmin edilmekte olup bundan sonra 2006'da tekrar artarak 30.000 yeni vakaya ulaşmıştır. İspanya'da ise bunun aksine, sorunlu opioid kullanımı görülme oranının 1980'de doruğa ulaştıktan sonra, son yıllarda (2002-04) nispeten düşük bir düzeyde kararlı hale gelmekle beraber (yılda 3.000 civarında yeni vaka) sürekli düştüğü tahmin edilmektedir. EMCDDA, bir takım ulusal uzmanlarla birlikte, bu alanda daha fazla çalışma yapılmasını teşvik etmek üzere, görülme oranlarının

#### Opioid göstergeleri artık düşmüyor

Önceki yıllık raporlarda tanımlanan eğilimlerden farklı olarak yeni veriler Avrupa Birliği'nde uyuşturucu kaynaklı ölümlerde, eroin ele geçirme vakalarında ve eroine yönelik yeni tedavi taleplerinde bazı artışlar olduğunu göstermektedir.

2003 yılında Avrupa'da rapor edilen, çoğunlukla opioid kullanımına bağlı uyuşturucu kaynaklı ölümlerin sayısındaki düşme eğilimi durmuş ve 2003 ve 2005 yılları arasında çoğu Üye Devlet artış eğilimi rapor etmiştir. 2003 ve 2006 yılları arasında, rapor eden 24 ülkenin 16'sında eroin ele geçirme vakalarının sayıları % 10'dan fazla artmıştır. Birincil uyuşturucunun eroin olduğu yeni tedavi talepleri birkaç yıl boyunca düştükten sonra, 2005 ve 2006 yılları arasında veri rapor eden ülkelerin yaklaşık yarısında artmıştır. Bu durum, kullanmaya başlama ile ilk tedavi arasında geçen zamandan dolayı, eroin kullanımının görülme oranında birkaç yıl önce başlayan bir değişimi yansıtmakta olabilir.

Bu yeni eğilimler Afganistan'daki artan opioid üretimiyle birlikte meydana gelmekte ve eroinin Avrupa pazarında artan bulunurluğu sayesinde bu olayların birbiriyle ilişkili olabileceğine dair endişeler uyandırmaktadır. Mevcut veriler net bir tablo oluşturmaya izin vermediğinden bu durum daha ileri düzeyde araştırmalar yapılmasını gerektirmektedir. Bunun yanı sıra, işi daha da karıştıran önemli faktörler bulunmaktadır. Söz gelimi, farmasötik opioidlerin tıbbi olmayan amaçlarla kullanımının bazı ülkelerde (Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Avusturya, Finlandiya) yüksek düzeylerde devam ettiği ya da arttığı ve bunun uyuşturucu kaynaklı ölümlerdeki eğilimlerin açıklanmasında önemli bir faktör teşkil ettiği rapor edilmektedir.

değerlendirilmesine yönelik yeni kılavuz ilkeler geliştirmiştir (Scalia Tomba vd., 2008).

#### Tedavi gören opioid kullanıcıları

Rapor eden ülkelerin çoğunda opioidler, özellikle de eroin, hastaların tedavi talebinde bulunduğu birincil uyuşturucu olmayı sürdürmektedir. 2006 yılında rapor edilen toplam 387.000 tedavi talebinden (24 ülkeden elde edilen veriler) bilinen vakaların % 47'sinde, birincil uyuşturucu eroindir. Çoğu ülkede, tüm tedavi taleplerinin % 50 ila % 80'inin opioid kullanımına bağlı olduğu bildirilmektedir; geri kalan ülkelerde bu oran % 15 ve % 40 arasında değişmektedir <sup>(109)</sup>. Opioidler sadece tedaviye başlayanlar arasında en sık rapor edilen birincil uyuşturucu olmakla kalmayıp ayrıca hali hazırda tedavi görmekte olanlar arasında da aynı konumdadır. Dokuz ülkeyi kapsayan ve tedavi gören tüm hastalara odaklanan yeni bir proje, birincil opioid

<sup>(108)</sup> Güven aralıkları dahil, tüm bilgiler için bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo PDU-6 bölüm (ii) ve Tablo PDU-102.

<sup>(109)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-5.

kullanıcılarının tüm hastaların % 59'una ama hayatında ilk kez tedaviye başlayan hastaların sadece % 40'ına karşılık geldiğini ortaya çıkarmıştır <sup>(110)</sup>.

Birincil opioid kullanımı için ayakta tedaviye başlayan çoğu uyuşturucu hastası kokain (% 25), diğer opioidler (% 23) ve esrar (% 18) da dahil, başka uyuşturucular da kullanmaktadır. Buna ek olarak, birincil başka uyuşturucu kullanımı için tedavide bulunanlardan, ayakta tedavi gören hastaların % 13'ü ve yatakta tedavi görenlerin de % 11'i ikincil uyuşturucu olarak opioidleri rapor etmektedir <sup>(111)</sup>.

Bazı ülkeler eroin dışındaki opioidlere bağlı önemli oranda tedavi talebi bulunduğunu rapor etmektedir. Amaç dışı buprenorfin kullanımı Finlandiya'daki tüm hastaların % 40'ı ve Fransa'daki hastaların da % 8'i tarafından başlıca tedaviye başlama sebebi olarak rapor edilmiştir. Letonya ve İsveç'te uyuşturucu hastalarının % 5 ile % 8'i eroin ve metadon dışında birincil opioid kullanımı rapor etmektedir: başta buprenorfin, ağrı kesiciler ve diğer opioidler <sup>(112)</sup>. Bazı ülkeler eroin hastaları arasındaki farklı uyuşturucu kullanıcılarının oranında ve eroinden başka bir opioid kullanan hastaların sayısında bir artış olduğunu bildirmektedir.

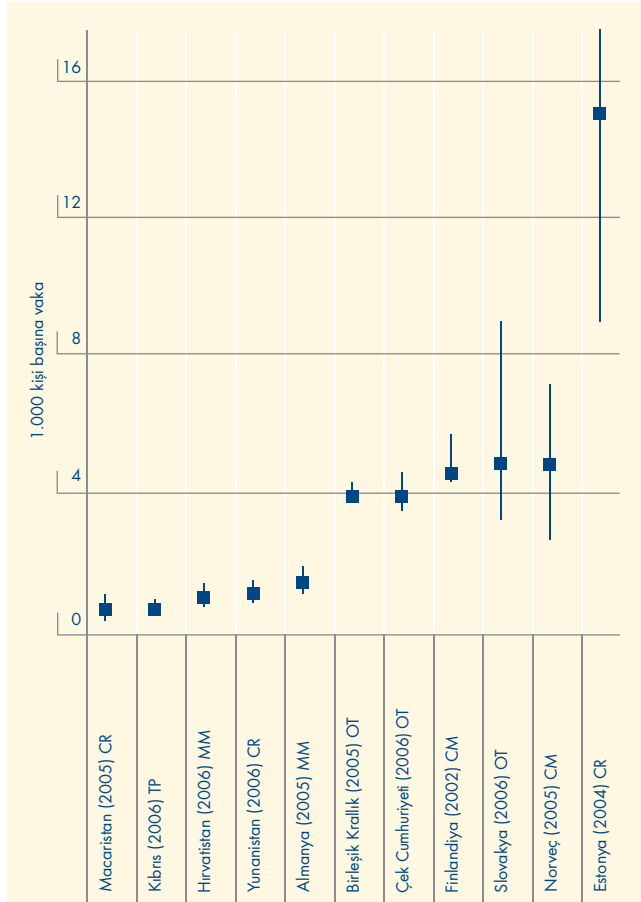
Tedavi talep göstergesi yoluyla rapor edilen eroin tedavisi taleplerinin kesin sayısı 2002 ve 2006 yılları arasında 30.000 vakanın üzerinde bir artış göstererek, 108.100'den 138.500 vakaya çıkmıştır. Aynı şekilde, hayatında ilk kez tedavi görmeye başlayan hastalar arasında, birincil eroin kullanıcılarının sayısında da bir artış yaşanmış, 2002'de 33.000'den 2006'da 41.000'in üzerine çıkmıştır. Bu eğilimi açıklayabilecek faktörler arasında sorunlu eroin kullanıcılarının sayısının artması, verilen tedavi hizmetlerinin yaygınlaştırılması ya da raporlama kapsamının genişletilmesi sayılabilir.

## Enjekte ederek uyuşturucu kullanımı

### Enjekte ederek uyuşturucu kullanımının yaygınlığı

Enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları, uyuşturucu kullanımları yüzünden sağlık sorunu geliştirme riski en yüksek olan kişiler olup sorunlar arasında kan yoluyla bulaşan hastalıklar (örneğin HIV/AIDS, hepatit) veya uyuşturucu kaynaklı ölümler de bulunmaktadır. Enjekte ederek uyuşturucu kullanma düzeyleriyle ilgili, kamu sağlığına ilişkin önemine rağmen, sadece 11 ülke yeni tahminler sunabilmiştir (Şekil 8). Dolayısıyla, bu özel kesim hakkındaki bilgi düzeyinin artırılması Avrupa'daki sağlık izleme sistemlerinin gelişimi açısından önemli bir konu teşkil etmektedir.

**Şekil 8:** Enjekte ederek uyuşturucu kullanımına ilişkin yaygınlık tahminleri (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına vaka)



Not:

Simge bir nokta tahmini ifade eder; çubuk, tahmindeki belirsizlik aralığını ifade eder: % 95'lik bir güven aralığı ya da duyarlılık analizine dayanır. Estonya için belirsizlik aralığının üst sınırı ölçek dışıdır (1.000 kişi başına 37,9). Hedef gruplar, farklı tahmin yöntemleri ve veri kaynaklarından dolayı, hafif farklılıklar gösterebilir; dolayısıyla, karşılaştırmalar dikkatle yapılmalıdır. Finlandiya (15-64) ve Malta'daki (12-64) çalışmalarda standart dışı yaş aralıkları kullanılmıştır. Tahmin yöntemlerinde kısaltmalar kullanılmıştır: CR = yakalama-tekrar yakalama; TM = tedavi çarpanı; MI = çok değişkenli gösterge; TP = kesik Poisson; MM = ölüm oranı çarpanı; CM = birleşik yöntemler; OT = diğer yöntemler. Daha fazla bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil PDU-2.

Kaynaklar:

Reitox ulusal odak noktaları.

Mevcut tahminler enjekte ederek uyuşturucu kullanımının yaygınlığına ilişkin olarak ülkeler arasında büyük farklılıklar ortaya koymaktadır. Tahminler çoğu ülkede 15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 1 ila 5 vaka arasında değişmekle beraber, Estonya'da 1.000 kişi başına 15 vakayla fevkalade yüksek bir düzey rapor edilmiştir.

Eksik veriler yüzünden enjekte etmenin yaygınlığındaki zamansal eğilimlere ilişkin çıkarımlarda bulunmak güç olmakla birlikte, elde bulunan veriler Norveç'te bir düşüşe

<sup>(110)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-39.

<sup>(111)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-22 ve TDI-23.

<sup>(112)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-113.

(2001-05) ve Çek Cumhuriyeti, Yunanistan ve Birleşik Krallık'ta ise kararlı bir duruma işaret etmektedir <sup>(113)</sup>.

### Tedaviye başlayan opioid kullanıcıları arasında enjekte ederek uyuşturucu kullanımı

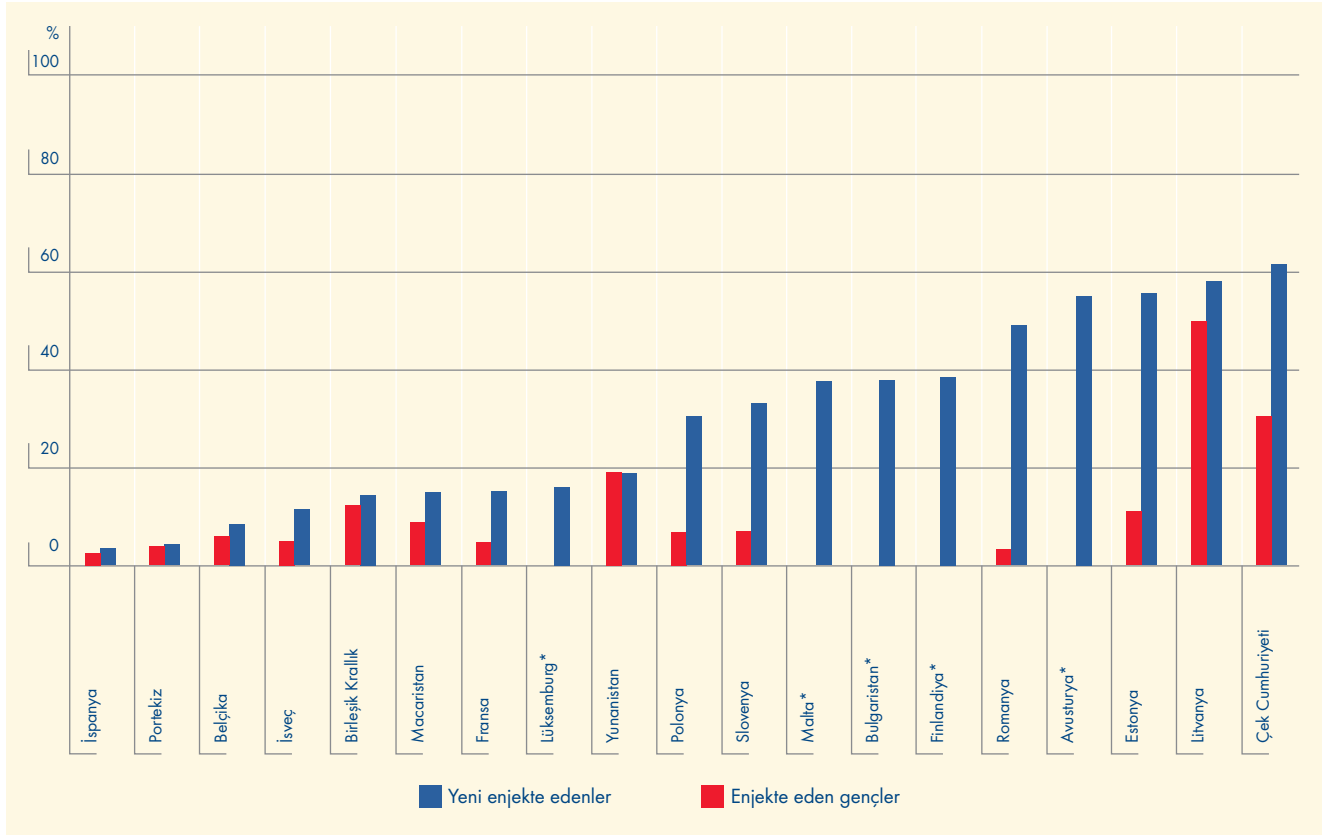
Genel olarak, 2006 yılında ayakta tedaviye başlayan tüm opioid kullanıcılarının % 43'ü uyuşturucuyu enjekte ettiğini bildirmiştir. Tedaviye başlayan eroin kullanıcıları arasında enjekte edenlerin oranındaki değişiklikler daha geniş olan sorunlu opioid kullanıcıları grubundaki bazı eğilimlere işaret edebilir. 2002 ve 2006 yılları arasında dokuz ülkede (Danimarka, Almanya, İrlanda, Yunanistan, Fransa, İtalya, İsveç, Birleşik Krallık, Türkiye) bu oranda düşüşler gözlenirken sadece iki ülke (Romanya, Slovakya) artış kaydetmiştir. Tedaviye başlayan eroin kullanıcısı düzeylerine ilişkin olarak ülkeler farklılık göstermekte, enjekte edenlere ilişkin en düşük düzeyler İspanya, Fransa ve Hollanda'da (% 25'in altında) en yüksek düzeyler (% 80'in üzerinde) ise Bulgaristan,

Çek Cumhuriyeti, Romanya, Slovakya ve Finlandiya'da rapor edilmektedir <sup>(114)</sup>.

2006 yılında ilk kez ayakta tedaviye başlayan opioid kullanıcıları arasında biraz daha düşük bir oran uyuşturucuyu enjekte ettiğini rapor etmiştir (% 40 civarında). Zaman içerisindeki eğilimlere bakıldığında, yeni opioid hastaları arasında enjekte edenlerin oranı, yeterli veri bulunan 13 ülkede 2003'te % 43'ten 2006'da % 35'e inmiştir <sup>(115)</sup>.

Bir pilot çalışmaya katılan dokuz ülkeye yönelik tedavi talebi verilerinin bir analizinde, tüm opioid kullanıcılarının (hali hazırda tedavi görmekte olan ve bir önceki yıl tedaviye başlayanlar) yaklaşık % 63'ünün tedaviye başlarken uyuşturucuyu enjekte ettiğini rapor etmiştir <sup>(116)</sup>. Bu durum, hali hazırda tedavide bulunan hastalardan tedaviye başlarken enjekte edenlerin oranının nispeten yüksek olduğunu düşündürmektedir.

**Şekil 9:** Enjekte eden uyuşturucu kullanıcısı örneklerinde genç ve yeni enjekte edenlerin oranı



**Not:** Örnekler bulaşıcı hastalıklar (HIV ve HCV) için test edilen, enjekte eden kişilere ilişkindir. En az 100 enjekte eden olması kaydıyla 2002-06 döneminde her ülke için mevcut en son örnek kullanılmıştır. Yıldız, yeni enjekte etmeye başlayanlar için veri bulunmadığı anlamına gelir. Daha fazla bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil PDU-3.

**Kaynaklar:** Reitox ulusal odak noktaları.

<sup>(113)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo PDU-6 bölüm (iii).

<sup>(114)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar PDU-104, TDI-4, TDI-5 ve TDI-17 bölüm (v).

<sup>(115)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil TDI-7 ve Tablo TDI-17 bölüm (i).

<sup>(116)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-17 bölüm (v) ve TDI-40.

Enjekte ederek uyuşturucu kullananlara ilişkin olarak yapılan çalışmalar, Avrupa'da enjekte ederek uyuşturucu kullanımındaki ulusal farklılıklara ve zaman içerisindeki değişikliklere yeni bir ışık tutabilir. Pek çok ülke enjekte eden kullanıcı gruplarına ilişkin düzenli olarak yinelenen çalışmalar gerçekleştirmekte olup bunlar, genelleştirilebilirliği maksimum etmek amacıyla çeşitli ortamlardan alınan bulaşıcı hastalık testleri bağlamında yapılmaktadır. Ülkeler arasındaki karşılaştırmalar, bu çalışmalara seçici insan alımından kaynaklanan potansiyel yanlılığa bağlı olarak ihtiyatlı bir şekilde yapılmalıdır <sup>(117)</sup>.

Bazı ülkeler, bu çalışmalarda büyük oranlarda (% 20'nin üzerinde) yeni enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları (iki yıldan az bir süredir enjekte edenler) ortaya koymaktayken birkaç ülkede bu oran % 10'un altındadır (Şekil 9). Çek Cumhuriyeti, Estonya, Litvanya, Avusturya ve Romanya'da genç enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları (25 yaş altı) örnek olarak verilen enjekte edenlerin % 40'tan fazlasına karşılık gelirken diğer dokuz ülkede örnek olarak verilen enjekte edenlerin % 20'den azı 25'in altındadır.

Genel olarak, yeni enjekte edenlerin oranının fazla olması, özellikle enjekte eden gençlerin oranıyla karşılaştırıldığında endişe uyandırıcıdır. Yeni enjekte edenlerin yüksek oranda olması, enjekte etmeye ilişkin yeni bir artışın işareti olabilirken başka faktörlerde bununla ilgili olabilir (örneğin daha kısa süredir enjekte etme deneyimi, daha iyi tedavi bulunabilirliği, daha yaşlı kesim arasında daha yüksek ölüm oranları).

Sorunlu opioid kullanıcısı kesimlerine uzun zamandır sahip olan ülkelerde, genellikle enjekte eden yeni ve genç uyuşturucu kullanıcılarının oranları düşüktür. Geri kalan, genellikle daha yeni olan, Üye Devletler'de, veriler enjekte eden gençlerin oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu ülkelerde yeni enjekte edenlere ilişkin farklı oranlar, bilgi bulunduğu durumda, ortalama başlama yaşındaki farklılıkların yanı sıra genç ya da yaşlı kesimler arasındaki enjekte etmeye ilişkin görülme oranının, artmakta olduğunun bir yansıması olabilir.

## Sorunlu opioid kullanımının tedavisi

### Tedaviye başlayan opioid kullanıcılarının profili

Birincil opioid kullanımı için tedaviye başlayan hastalar (ortalama 32 yaşında) genellikle kokain, diğer uyarıcı ve

esrar için tedaviye başlayanlardan (sırasıyla, ortalama 31, 27 ve 24 yaşında) daha yaşlı olup kadın hastalar genellikle erkek emsallerinden bir ya da iki yaş gençtir. Opioid hastaları Avrupa Birliği'ne 2004 yılından sonra katılmış ülkelerin yanı sıra İrlanda, Yunanistan, Avusturya ve Finlandiya'da genellikle daha gençtir <sup>(118)</sup>.

Ortalama olarak, üçe birlik bir oranla, erkeklerin sayısı kadın opioid hastalarından fazla olup, bilhassa güney Avrupa ülkelerinde (Bulgaristan, Yunanistan, İspanya, Fransa, İtalya, Kıbrıs, Malta, Portekiz) erkeklerin oranı daha da fazladır <sup>(119)</sup>.

Opioid kullanıcıları diğer hastalardan daha yüksek işsizlik düzeyleri ile daha düşük eğitim düzeyleri rapor etmekte (bkz. Bölüm 2) ve bazı ülkelerde eşlik eden psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü kaydedilmektedir.

Tedavi görmek isteyen opioid kullanıcılarının yaklaşık yarısı 20 yaşından önce başladığını ve üçte biri kadarı da 20 ve 24 yaşları arasında başladığını rapor etmektedir; ilk kez 25 yaşından sonra opioid kullanımı nadirdir <sup>(120)</sup>. İlk kez opioid kullanımı ile ilk kez uyuşturucu tedavisiyle karşılaşma arasında ortalama 7 ila 9 yıllık bir zaman süresi bulunduğu rapor edilmekte olup erkek hastalarda bu süre kadınlarda olduğundan daha uzundur <sup>(121)</sup>.

### Tedavi hizmetleri ve kapsamı

Opioid kullanıcılarına yönelik tedavi çoğunlukla ayakta tedavi merkezlerinde gerçekleştirilmekte, bunlar arasında uzman tedavi merkezleri, pratisyen hekimlikler ve erişilmesi kolay merkezler bulunabilmektedir. Birkaç ülkede, bilhassa Bulgaristan, Yunanistan, Finlandiya ve İsveç'te yataklı tedavi merkezleri de önemli bir rol oynamaktadır <sup>(122)</sup>.

Opioid kullanımına yönelik uyuşturucusuz tedavi ile ikame tedavisi tüm AB Üye Devletleri, Hırvatistan ve Norveç'te bulunmaktadır. Türkiye'de, gelecekte ikame tedavisinin kullanımına yönelik çalışmalar sürmektedir. Çoğu ülkede, ikame tedavisi en yaygın bulunan seçenek olmakla beraber, 2005 yılında Macaristan, Polonya ve İsveç uyuşturucusuz yaklaşımların ağırlıkta olduğunu rapor etmiştir.

Genellikle psikososyal bakımla bütünleştirilen ikame tedavisi, tipik olarak uzman ayakta tedavi merkezlerinde ve ofis merkezli pratisyen hekimlerle birlikte, paylaşılan

<sup>(117)</sup> Tedaviye başlayan hastalar, bunu ortalama olarak birkaç yıl uyuşturucu kullandıktan sonra yaptıklarından, uyuşturucu tedavisinden alınan örneklerde genç ya da yeni enjekte eden uyuşturucu kullanıcılarının oranının, kolay erişilebilir hizmetler gibi daha 'açık' ortamlarda olduğundan daha düşük olması beklenebilir. Ancak iyileşme ortamı ile genç veya yeni enjekte eden uyuşturucu kullanıcısı oranları arasındaki ilişkinin istatistiksel analizi istatistiksel açıdan bir önem arz etmediğinden, ('sadece uyuşturucu tedavisi', 'uyuşturucu tedavisi yok' ve 'karışık ortamlar' olarak kodlandırılan) iyileşme ortamının bu oranlar üzerinde güçlü bir etkisi olmayabileceğini ortaya koymaktadır.

<sup>(118)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-10, TDI-32 ve TDI-103.

<sup>(119)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-5 ve TDI-21.

<sup>(120)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar TDI-11, TDI-107 ve TDI-109.

<sup>(121)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-33.

<sup>(122)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo TDI-24.

bakım ortamlarında sunulmaktadır. İkame tedavisinde bulunan hastaların sayısına ilişkin mevcut veriler, durumun kararlı olduğu Fransa, Hollanda, Malta ve Lüksemburg dışında, bir önceki yıla göre genel bir artış meydana geldiğini ortaya koymaktadır. Oran olarak en büyük artış Çek Cumhuriyeti (% 42) tarafından rapor edilmekle birlikte, Polonya (%26), Finlandiya (% 25), Estonya (% 20), İsveç (% 19), Norveç (% 15), Macaristan ve Avusturya (% 11) tarafından da % 10'un üzerinde artışlar bildirilmiştir.

Sorunlu opioid kullanıcılarının sayısına ilişkin tahminler ile rapor edilen tedavi hizmeti sayısı arasında yapılan basit bir karşılaştırma, üçte birden fazlasının ikame tedavisi görmekte olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, her iki veri setinin de tam olarak doğru olmayabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiğinden, bu hesabın ihtiyatlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Buna ek olarak, sorunlu opioid kullanımı tahminlerindeki geniş güven aralıkları, ülkeler arasında karşılaştırma yapmanın güç olduğu anlamına gelmektedir. Bununla beraber, mevcut veriler ikame tedavisi gören sorunlu opioid kullanıcılarının oranının ülkeler arasında önemli oranda farklılık gösterdiğine işaret etmekte olup tahmini oranlar Slovakya'da % 5, Finlandiya, Yunanistan ve Norveç'te % 20-30, Çek Cumhuriyeti, Malta ve İtalya'da % 35-45 ve Birleşik Krallık (İngiltere), Almanya ve Hırvatistan'da ise % 50'nin üzerindedir <sup>(123)</sup>.

Oral metadon hâlâ Avrupa'da ikame tedavisinde kullanılan başlıca uyuşturucu olmakla beraber, buprenorfin kullanımı da giderek yaygınlaşmaktadır. Bunun sebeplerinden biri amaç dışı kullanıldığında daha düşük ölüm oranlarıyla ilişkili olması ihtimalidir (Connock vd., 2007). Danimarka Ulusal Sağlık Kurulu, ikame kılavuz ilkelerinin gözden geçirilmesinden sonra, pratisyen hekimleri metadon yerine buprenorfin reçete etmeye teşvik etmiştir.

### Tedavi etkinliği, kalitesi ve standartları

Kontrollü örneklem çalışmaların ve gözlemsel çalışmaların değerlendirmeleri hem metadon idame tedavisi (MMT) hem de buprenorfin idame tedavisinin (BMT) opioid bağımlılığı için etkili olabileceği sonucuna varmıştır. Ancak yeni bir Cochrane değerlendirmesi, buprenorfinin uygun dozlarda verilen metadondan daha az etkili olduğu sonucuna varmıştır (Mattick vd., 2008). Bazı çalışmalar ayrıca diamorfin idame tedavisinin de MMT'ye cevap vermeyen kişilerde etkili olabileceğini bulmuştur (Schulte vd., baskıda). Genel olarak, ikame tedavisi bazı olumlu sonuçlarla ilişkilendirilmiş olup bunlar arasında; tedavide tutma, yasadışı opioid kullanımı ve enjekte etmede azalmalar, ölüm oranı ve suç teşkil eden davranışlarda

### Farmakolojik seçeneklerin artırılması

Avrupa'da opioid bağımlılığının tedavisine yönelik yeni farmakolojik seçenekler geliştirilmiş ve uygulamaya konmuştur. Bu yeni reçete seçeneklerinin amaçları arasında tedavi etkisinin artırılması, farklı opioid kullanıcı gruplarının ihtiyaçlarına karşılık verilmesi ve ikame uyuşturucularının amaç dışı kullanıma olasılıklarının azaltılması yer almaktadır.

2006 yılında AB pazarında sadece buprenorfine bir alternatif olarak ve enjekte ederek kullanımın potansiyelini ve çekiciliğini azaltmak amacıyla, bir buprenorfin/nalokson kombinasyonu çıkarılmıştır. Bazı Üye Devletler opioid bağımlılığına yönelik bir tedavi seçeneği olarak hali hazırda bu maddenin değerini anlamaya çalışmaktadır <sup>(1)</sup>.

Tedaviye direnen kronik opioid kullanıcıları için bir tedavi seçeneği olarak tıbbi eroin (diamorfin) reçete edilmesi, sınırlı bir ölçüde, eroin testine katılanların özel bir düzenleme uyarınca diamorfin almaya devam ettiği Hollanda (2006'da 815 hasta), Birleşik Krallık (400 hasta) ve Almanya'da uygulanmaktadır. Buna ek olarak Birleşik Krallık'ta enjekte edilebilir diamorfin, enjekte edilebilir metadon ve oral metadon etkinliğini değerlendirecek, randomize bir enjekte edilebilir opioid çalışması (RIOTT) şu anda tasarlanmaktadır. Şubat 2008'de, Danimarka'da da bir diamorfin reçete etme planı uygulamaya konmasına karar verilmiştir.

<sup>(1)</sup> Madde hakkında teknik bilgi için bkz. EMEA web sitesi: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

azalmalar ve kronik eroin kullanıcılarının sağlığa ilişkin ve sosyal koşullarında dengelenme ve iyileşme bulunmaktadır.

İlaç tedavisiyle bir arada sunulan psikososyal ve psikoterapötik müdahalelerin de tedavi sonuçları çalışmalarında etkili olduğu görülmüştür; bu çalışmalara örnek olarak Birleşik Krallık'taki NTORS (Gossop vd., 2002) ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki DATOS (Hubbard vd., 2003) gösterilebilir. Bu yaklaşımlar sadece tedavi motivasyonunu artırmak, madde kullanma davranışının yeniden yapılanmasını (relaps) önlemek ve hasarı azaltmakla kalmayıp ayrıca; barınma, iş ve aileye ilişkin sorunlarıyla yüzleşmesi gereken hastaların opioid bağımlılıklarını tedavi etmeye paralel olarak tavsiye ve pratik destek de sunmaktadır. (Mayet vd., 2004).

Bazı ülkeler yakın geçmişte tedaviye ilişkin kılavuz ilkelerinde bazı iyileştirmeler yaptıklarını rapor etmiştir. Hırvatistan, Danimarka ve İskoçya'da, tedavi kalitesinin artırılması ve kara borsaya sapmaların önlenmesi amacıyla ikame programları gözden geçirilmiş, kılavuz ilkelerde değişiklikler yapılmıştır. Birleşik Krallık'ın uyuşturucu bağımlılığının klinik yönetimine ilişkin kılavuz ilkeleri de güncelleştirilmiştir ve Ulusal Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü,

<sup>(123)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil HSR-1.

metadon ve buprenorfin reçete ile verilmesi, naltrekson tedavisi, detoksifikasyonun yanı sıra psikososyal tedavi hakkında da özel bir kılavuz yayımlamıştır. Portekiz de tedaviye vakitli erişim sağlamak amacıyla yeni bir kılavuz oluşturmuştur.

### Cezaevlerinde tedavi

AB politika yapıcılarında, toplum ve cezaevleri arasında uygulama ve hizmet kalitesinin uyumlaştırılması gereği yaygın olarak kabul görmektedir. Bununla beraber, Avrupa Komisyonu (2007) tarafından yayımlanan bir rapor, cezaevlerinde uyuşturucu kullanıcılarına yönelik hizmet eksikliğinin altını çizmiş ve bu ortamda müdahalede bulunmanın önemine dikkat çekmiştir. Cezaevinde sunulan uyuşturucu hizmetlerindeki sınırlamalara şu örnekler verilebilir: kapasite ve uzmanlık eksikliği (Letonya, Polonya, Malta), parçalanmış yardım (Letonya), uyuşturucu kullanan genç mahkumlar gibi özel gruplara yönelik müdahale eksikliği (Avusturya) ve kamu sağlığına dayanan bir önleme stratejisi bulunmaması (Yunanistan).

Daha olumlu gelişmelere bakıldığında, cezaevi uyuşturucu programları daha yaygın hale gelmiştir ve pek çok ülke yeni girişimler bulunduğunu rapor etmektedir. Söz gelimi, Portekiz’de, cezaevlerinde bir şırınga değişim programına yönelik hukuki çerçeve oluşturulmuştur; Litvanya’da, cezaevlerini tahliye öncesi danışma hizmeti sunmaya zorunlu kılan bir kararname geçmiştir; Danimarka’da, Ocak 2007 itibarıyla, üç aydan fazla hüküm giymiş tüm mahkumlar ‘tedavi garantisi’nden faydalanabilmektedir; Çek Cumhuriyeti’nde, ikame tedavisi 10 cezaevini kapsayacak şekilde genişletilmiştir

ve İrlanda’da ise cezaevindeki tedavi hizmetleri, cezaevi dışındakilerle denkleştirilmeleri amacıyla hali hazırda değerlendirilmektedir.

Cezaevlerinde uyuşturucu tedavisi verilme düzeyi topluma kıyasla hâlâ düşük olmakla beraber, uyuşturucu kullanımı yaygınlığı genellikle daha yüksektir. Pek çok ülkede, tercih edilen ve bazen de mevcut tek seçenek detoksifikasyondur. İkame tedavisi teoride çoğu ülkede sunulmaktadır ama veriler, pratikte az sayıda uyuşturucu kullanıcısının ikame tedavisi gördüğünü göstermektedir. 2006 yılında hüküm giymiş tüm mahkumlardan % 14’ünün (19.600) ikame tedavisi gördüğü İspanya ile Nisan 2007’de yeni kılavuz ilkelerin kabulünü takiben metadon alanların sayısının 6.000’den 12.000’e çıkmasının beklendiği İngiltere, bu duruma istisna teşkil etmektedir.

Yakın zamanda, DSÖ ve UNODC tarafından desteklenen, nezaret ortamlarında ikame tedavisine yönelik uygulama kılavuzu (Kastelic vd., 2008) ve cezaevlerinde risk davranışı ve ölüm oranlarında olumlu etkiler sergileyen opioid ikame tedavisine yönelik bazı araştırma hususları yayımlanmıştır (Dolan vd., 2003). Cezaevi temelli ikame programlarına ilişkin araştırma çalışmalarının yeni bir değerlendirmesi, olumlu etkilerin yeterli dozağın verilmesine ve tedavinin hapis süresince sürdürülmesine bağlı olduğu sonucuna varmıştır (Stallwitz ve Stöver, 2007). Buna ek olarak; tahliyenin dikkatli planlaması ve topluluk bakım hizmetleriyle ilişkide kalınması, hapiste geçirilen zaman sırasında kazanılan sağlık durumunun kaybedilmesini önlemek için bu alanda yapılması gereken hizmetlerin diğer anahtar unsurlarındandır (<sup>124</sup>).

(<sup>124</sup>) Bkz. ‘Hapis cezası ya da tedavi tamamlandıktan sonra uyuşturucu kaynaklı ölüm riskinin artması’, s. 89.



## Bölüm 7

# Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar ve uyuşturucuya bağlı ölümler

### Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar

HIV ile hepatit B ve C gibi bulaşıcı hastalıklar uyuşturucu kullanımının yol açtığı en ciddi sağlık sonuçları arasındadır. Enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları (EUK'ler) arasında HIV yaygınlığının düşük olduğu ülkelerde dahi hepatit A, B ve C de dahil, diğer bulaşıcı hastalıklar, zührevi hastalıklar, verem, tetanos, botülizm ve insan T-lenfotropik virüsü uyuşturucu kullanıcılarını orantısız olarak etkileyebilir. EMCDDA enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasında HIV ve hepatit B ve C'yi sistematik olarak izlemektedir (antikorları veya hepatit B durumunda diğer belirli markörleri). Farklı veri sistemlerindeki bazı yöntemsel kısıtlamalardan dolayı, verilerin ihtiyatlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir <sup>(125)</sup>.

### HIV ve AIDS

2006'nın sonu itibarıyla, enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasında (EUK'ler) teşhis edilmiş HIV enfeksiyonu görülme oranı Avrupa Birliği'nin çoğu ülkesinde düşük gibi görünmekte ve AB'nin genelindeki durum küresel bağlamda nispeten olumludur. Bu durum, en azından kısmen, ikame tedavisi ve iğne ve şırınga programlarını da içeren önleme, tedavi ve hasar azaltma tedbirlerinin artan bulunurluğundan kaynaklanmakta olabilir. Bazı ülkelerde rapor edilen, enjekte ederek uyuşturucu kullanımındaki azalma gibi başka faktörler de bunda önemli bir rol oynamış olabilir. Bununla beraber, Avrupa'nın bazı bölümlerinde, veriler enjekte ederek uyuşturucu kullanımına bağlı HIV bulaşmasının 2006'da hâlâ nispeten yüksek oranlarda sürdüğüne işaret etmekte, yerel önleme uygulamalarının kapsamı ve etkinliğinin artırılması ihtiyacının altını çizmektedir.

### HIV enfeksiyonundaki eğilimler

2006 için enjekte ederek uyuşturucu kullanımına ilişkin yeni teşhis edilmiş vakalar hakkındaki veriler enfeksiyon oranlarının Avrupa Birliği'nde, Estonya, Letonya ve

Litvanya'daki salgınlar yüzünden 2001-02'de doruğa ulaştıktan sonra, hâlâ genel olarak düşmekte olduğunu göstermektedir <sup>(126)</sup>. 2006 yılında, ulusal veri bulunan 25 Üye Devlet'teki EUK'ler arasında yeni teşhis edilmiş enfeksiyonların genel oranı milyon kişi başına 2005'teki 5,6 vakadan 5,0 vakaya düşmüştü <sup>(127)</sup>. Yeni teşhis edilmiş enfeksiyonlara ilişkin olarak en yüksek oranları rapor eden üç ülkeden (Estonya, Letonya, Portekiz) Portekiz, 2005/06'da düşme eğilimi rapor etmeye devam ederken, Estonya ve Letonya'da eğilimler, bir milyon kişi başına sırasıyla 142,0 ve 47,1 yeni teşhis edilmiş vakayla dengelenmiştir. 2001 ve 2006 yılları arasında, hiçbir ülkede nüfus başına HIV enfeksiyonu oranında güçlü bir artış yaşanmamıştır. Küçük bir artış gözlemlenen yerlerde (örneğin: Bulgaristan, İrlanda) bu oran, yılda bir milyon kişi başına bir yeni vakanın altında kalmıştır.

Kesin rakamlara bakıldığında, hangi ülkelerin genel AB toplamına daha fazla katkıda bulunduğu ortaya çıkmaktadır. EUK'ler arasında en çok yeni teşhis edilmiş enfeksiyon sayısı, en yüksek enfeksiyon oranlarına sahip ülkeler (Portekiz, 703 yeni teşhis; Estonya, 191; Letonya, 108) <sup>(128)</sup> ve büyük nüfuslara sahip ülkeler (Birleşik Krallık, 187; Almanya, 168; Fransa, 167; Polonya, 112) tarafından rapor edilmiştir (Şekil 10). Genel olarak düşme eğilimlerine karşın, 2001 yılından beri kesin rakamlarda gözlenen en büyük artışlar yılda 13 kadar ek vakayla Birleşik Krallık ve 10 ek vakayla Almanya'da meydana gelmekle beraber, bunların dağılımı yıllar içinde eşit değildir. Bulgaristan'da düşük olan artış hızı, yakın zamanda hız kazanmış olup 2001 ve 2006 yılları arasında yılda 0, 2, 0, 7, 13 ve 34 vakayla bir salgın potansiyeli sergilemiştir.

EUK örneklerinde HIV yaygınlık izleme çalışmalarından elde edilen eğilim verileri, teşhis edilmiş enfeksiyona ilişkin olarak da bilgi sunduklarından, HIV vakası raporlama verilerini tamamlayıcı niteliktedir <sup>(129)</sup>. 15 ülkede, bu dönem boyunca HIV yaygınlığı değişmeden kalmıştır. Beş ülkede (Bulgaristan, Almanya, İspanya, İtalya, Letonya) yaygınlık

<sup>(125)</sup> Yöntem ve tanımlar hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteni.

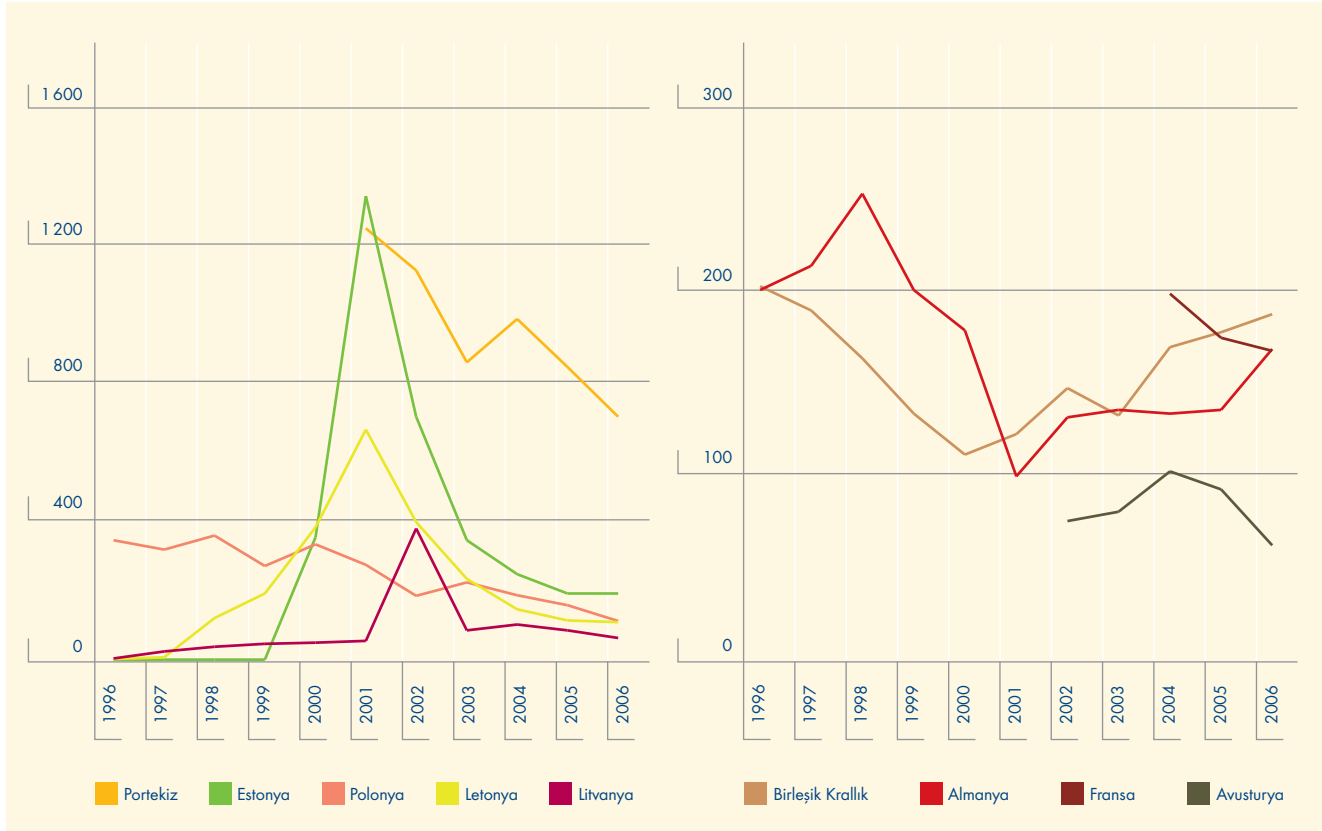
<sup>(126)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo INF-104.

<sup>(127)</sup> İspanya ve İtalya'dan ulusal veri sunulmamıştır. 2005 yılında 6,4 olan bu oran, bu iki ülke için düzeltilindiğinde, bir milyon kişi başına 5,9 vaka olurdu.

<sup>(128)</sup> Portekiz'de EuroHIV tarafından 2006 için 706 vaka rapor edilirken Portekiz Bulaşıcı Hastalık Epidemiyolojik İzleme Merkezi (CVEDT) tarafından 432 vaka rapor edilmiştir; bu fark raporlama yılına (EuroHIV) karşılık tanı yılına (CVEDT) göre sınıflandırmadan kaynaklanmaktadır.

<sup>(129)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo INF-108.

**Şekil 10:** Rapor yılına göre enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasında yeni teşhis edilmiş HIV enfeksiyonlarının kesin sayısı: 300'ün üzerinde (sol) ve 100 ile 300 arasında (sağ) doruk seviyelere sahip olan ülkeler



**Not:** İspanya ve İtalya için ulusal veri bulunmamaktadır; bulunduğu durumda, veriler bölgelere göre gösterilmiştir. Her iki ülke için de kısmi rakamlar 2005'te toplamda 100 yeni vakayı aşmış ve bir düşme eğilimi göstermiştir. Daha fazla bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo INF-104.

**Kaynak:** EuroHIV.

oranında, hepsi de ulusal örneklerle dayanan, istatistiksel açıdan önemli düşüşler meydana gelmiştir. Bunların ikisinde bölgesel artışlar da rapor edilmiştir: Bulgaristan'da Sofya'da ve İtalya'da 21 bölgeden sekizi ve bir kent. Son olarak beş ülkede, ulusal eğilimler ya rapor edilmediğinden ya da kararlı görüldüğünden, yaygınlık düzeyleri çoğunlukla düşük düzeylerde kalsa da artış eğilimi gösteren en az bir alt-ulusal örneği bulunmaktaydı (Belçika, Çek Cumhuriyeti, Litvanya, Birleşik Krallık ve muhtemelen Slovenya).

Enjekte ederek uyuşturucu kullanımına bağlı yeni teşhis konmuş enfeksiyonlardaki eğilimlerin EUK'ler arasında HIV yaygınlığına ilişkin eğilimlerle kıyaslanması, enjekte ederek uyuşturucu kullanımına bağlı HIV enfeksiyonu görülme oranının çoğu ülkede ulusal düzeyde düşmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin: Bulgaristan, Almanya ve Birleşik Krallık'ta olduğu gibi bu verilerin kısmen çakıştığı veri kaynaklarıyla yorumda bulunmak daha güçtür, ancak bu ülkelerde yeni teşhislerin hem görülme hem de artış oranı (2004-06'da Bulgaristan dışında) düşüktür.

Estonya, Letonya ve Portekiz'de enjekte ederek uyuşturucu kullanımına bağlı yeni HIV teşhislerinin yüksek olan yıllık oranı, bu ülkelerde hâlâ yüksek düzeylerde bulaşma durumu olduğunu ortaya koymaktadır. Estonya için, bu durum yeni EUK'lerin (iki yıldan kısa bir süredir enjekte edenler) yaklaşık üçte birinin HIV pozitif olduğunu gösteren 2005 yaygınlık verileriyle desteklenmektedir. Genç EUK'ler arasında (25 yaşın altındaki 50 veya daha fazla EUK'den oluşan örnekler) yüksek yaygınlık düzeyleri (% 5'in üzerinde) bildiren raporlarda da bazı ülkelerde HIV virüsünün bulaşmaya devam ettiğine ilişkin belirtiler görülmektedir: İspanya (ulusal veriler, 2005), Portekiz (ulusal veriler, 2006), Estonya (iki bölge, 2005), Letonya (ulusal ve iki kent, 2002/03), Litvanya (bir kent, 2006) ve Polonya (bir kent, 2005) <sup>(130)</sup>.

#### AIDS görülme oranı ve HAART'a erişim

AIDS'in görülme oranına ilişkin bilgiler, HIV bulaşmasının iyi bir göstergesi olmamakla birlikte, yeni semptomatik hastalık vakalarını göstermek açısından önemlidir. AIDS görülme oranına ilişkin veriler ayrıca ileri derecede

<sup>(130)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar INF-109 ve INF-110.

### HIV/AIDS'te 'önemli noktalar'

Elde bulunan en yeni veriler EUK'ler arasında HIV enfeksiyonu görüme oranının Avrupa Birliği'nde genel olarak düşük olduğuna işaret etmektedir. Bununla beraber, bazı Üye Devletler enjekte ederek uyuşturucu kullanımına bağlı yeni HIV enfeksiyonlarında yüksek oranlar sergilemeye devam ettiklerinden, ihtiyatlı olmak gerekmektedir. Durum bazı komşu ülkelerde daha da endişe verici boyutlardadır.

Estonya ve Letonya'da yakın zamandaki bir HIV salgınından sonra EUK'lerdeki yeni teşhis edilmiş enfeksiyon oranları 2001 oranlarından sonra düşmüştür ama şimdi yine yüksek düzeylerde (2006 yılında 1 milyon kişi başına, sırasıyla, 142,0 ve 47,1 yeni vaka) dengelenmiş olduğundan, bulaşma oranlarının hâlâ yüksek olduğunu düşündürmektedir. Portekiz Avrupa Birliği'nde hâlâ yeni teşhis edilmiş en yüksek sayıda enfeksiyona sahip ülkedir (bkz s. 79) ve eğilim düşmekle beraber, yeni teşhis edilmiş enfeksiyonların yıllık oranı 2006 yılında bir milyon kişi başına 66,5 yeni vakayla hâlâ yüksektir.

Avrupa Birliği'nin doğusundaki komşu ülkelerde, durum özellikle endişe vericidir. En büyük iki ülke olan Rusya ve Ukrayna'da, yeni teşhis edilmiş vakaların sayısı yüksek olup artmaya devam etmektedir. 2006 yılında, enjekte ederek uyuşturucu kullanımına bağlı yeni teşhis edilmiş enfeksiyonların Rusya'da 11.000'in ve Ukrayna'da da 7.000'in üzerinde olduğu (1 milyon kişi başına, sırasıyla, 78,6 ve 152,9 yeni vaka) tahmin edilmektedir.

EUK'ler arasında sürmekte olan bulaşmadaki yüksek oranlar, bulaşıcı hastalıkların yayılmasının azaltılmasına yönelik, iğne değişimi ve ikame tedavisi gibi aralarında özel tedbirlerin de bulunduğu mevcut hizmetlerin bulunurluğu, düzeyi ve kapsamının gözden geçirilmesi ihtiyacına işaret etmektedir. Buna ek olarak EUK'ler arasında yapılan hedefli çalışmaların, bazı kesimlerin neden özellikle korunmasız görüldüğünü ve risk davranışıyla ve kendini koruma bariyerleriyle ilişkili faktörleri araştırması ve bunun yanı sıra, yeni salgınları önleyecek umut vadeden yaklaşımlar belirlemesi gerekmektedir.

aktif antiretroviral tedavinin (HAART) kapsamı ve etkisi hakkında da bilgi sağlayabilir. AIDS'in bazı Avrupa ülkelerindeki yüksek görülme oranları HIV enfeksiyonu olan pek çok EUK'nin, HAART tedavisinden maksimum fayda sağlayacak kadar erken bir dönemde almadıklarının göstergesi olabilir.

Portekiz, 2006'da bir milyon kişi başına 22,4 yeni vakayla, enjekte ederek uyuşturucu kullanımına bağlı AIDS'in en yüksek görülme oranına sahip ülke olmakla beraber, 2005'te bir milyon kişi başına 29,9 olan oran şu anda açıkça düşme eğilimindedir. Estonya, İspanya ve Letonya için de bir milyon kişi başına sırasıyla 17,1, 15,1 ve 13,5 yeni vakayla yüksek AIDS görülme oranları

rapor edilmektedir. Bu üç ülke arasında eğilim İspanya ve Letonya'da düşmekte ama en yeni verilerin 2005'te bir milyon kişi başına 11,9 yeni vakadan 2006'da bir milyon kişi başına 17,1 vakaya çıktığı Estonya'da durum farklıdır. Litvanya'da da, 2005'te bir milyon kişi başına 2,0 vakadan 2006'da 5,0 vakaya ulaşan bir artış kaydedilmiştir <sup>(131)</sup>.

### Hepatit B ve C

HIV enfeksiyonuna ilişkin yüksek yaygınlık oranları sadece bazı AB Üye Devletleri'nde bulunurken viral hepatit ve özellikle de hepatit C virüsünün yol açtığı enfeksiyon Avrupa'daki EUK'ler arasında daha yaygındır. 2005-06'da ulusal EUK örnekleri arasındaki HCV antikor düzeyleri % 15 ve % 90 arasında değişmekte olup çoğu ülke tipik olarak % 40'ın üzerinde düzeyler rapor etmiştir. Yalnız birkaç ülke (Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya) ulusal EUK örneklerinde % 25'in altında yaygınlık bildirmektedir; bununla beraber, bu düzeydeki enfeksiyon oranları yine de önemli bir kamu sağlığı sorunu teşkil etmektedir <sup>(132)</sup>.

Ülkeler dahilinde, hem bölgesel farklılıkları hem de örneklenmiş popülasyonun özelliklerini yansıtan HCV yaygınlık oranları önemli derecede farklılık gösterebilir. Örneğin, Birleşik Krallık'ta yapılan yerel çalışmalar % 29 ve % 59 arasında düzeyler rapor ederken İtalya'da farklı bölgesel tahminler yaklaşık % 40 ve % 96 arasında değişmektedir. İhtimal olmayan örneklerden elde edilen tahminlerin daima ihtiyatlı bir şekilde yapılması gerekirken yaygınlık oranlarında bulunan farklılıkların, önleme ve tedavi programları için önemli etkileri olacaktır. Bunun yanı sıra, farklı yaygınlık düzeylerinden sorumlu olan faktörlerin anlaşılması, muhtemelen daha iyi müdahale stratejilerinin geliştirilmesinde bilgi sağlayacaktır.

(25 yaşın altındaki) genç ve (iki yıldan kısa bir süredir enjekte eden) yeni EUK'lerle yapılan çalışmalar, bunların pek çoğunun virüsle, enjekte etmeye başladıktan kısa süre sonra karşılaştığından, HCV enfeksiyonunu önlemek için gereken zaman çerçevesinin oldukça kısa olduğunu göstermektedir. Yeni çalışmalar (2005-06) tipik olarak % 20 ve % 50 arasında yaygınlık düzeyleri rapor etmekle beraber, örnekler arasında dikkate değer farklılıklar bulunmaktadır.

Hepatit B virüsü (HBV) antikorlarının yaygınlığı HCV antikorlarınıninkinden daha bile büyük ölçüde farklılık göstermekte olup bu durum muhtemelen aşı düzeylerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır, ama diğer faktörlerin de bunda bir rolü olabilir. Elde bulunan en eksiksiz veri seti, bir enfeksiyon geçmişine işaret eden hepatit B core antijeninin antikoruna ilişkin olandır. 2005-06'da, EUK'lere ilişkin veri

<sup>(131)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil INF-1.

<sup>(132)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar INF-111 ila INF-113.

### HIV testi ve tedavisine erişim

Avrupa'da HIV enfeksiyonuna sahip kişiler arasında, üç kişiden biri enfekte olduğunun bilincinde olmayabilir (ECDC, 2007) ve bazı AB Üye Devletleri'nden gelen raporlar bilinç düzeyinin, enfekte olmuş EUK'ler arasında daha bile düşük olabileceğini ortaya koymaktadır.

Bu sebeple, virüs kapmış olanlardan pek çoğu erken tedavi ve bakım avantajına sahip olmayacaktır. Bunlar ayrıca başkalarını bilmeden enfeksiyon riskine maruz bırakarak HIV'in yayılmasına da katkıda bulunabilir. Buna ek olarak HIV denetleme sistemleri tarafından toplanan verilerin kalitesi düşmüştür.

Ön hazırlık niteliğindeki veriler EUK'lerin antiretroviral tedavi ve bakıma erişimlerinin orantısız şekilde düşük olduğunu göstermektedir (Donoghoe vd., 2007). Etkili antiviral tedavi yaklaşımlarının EUK'lerin özel durumlarını ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurması gerekmektedir. Bunlar arasında, bir arada bulunan sağlık ve sosyal sorunlar (örneğin, evsizlik ve sigortasızlık) ve aynı zamanda sağlık bakım merkezlerinde damga yeme ve ayrımcılığa maruz kalma ya da sürekli tutuklanma ile hapis de bulunabilmektedir.

EMCDDA, HIV testi ve tedavisine erişimi artırmak amacıyla EUK'lere gönüllü olarak HIV ve viral hepatit testi de dahil olmak üzere, yıllık muayene sunabilmek için özel kılavuz ilkeler geliştirmiştir<sup>(1)</sup>.

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

sağlayan 11 ülkenin altı tanesi % 40'ın üzerinde anti-HBc yaygınlık düzeyleri bildirmiştir<sup>(133)</sup>.

Bildirilen hepatit B ve C vakaları için zaman içerisindeki eğilimler farklı tablolar sergilemektedir. Bildirilen tüm hepatit B vakaları arasında EUK'lerin oranı bazı ülkelerde hafifçe düşmüş olabilmekle beraber, muhtemelen EUK'leri hedef alan aşı programlarının artan etkisini yansıtmaktadır. Hepatit C durumunda, bildirilen vakalar arasında EUK'lerin oranı beş ülkede düşmüş ama diğer beş ülkede (Çek Cumhuriyeti, Lüksemburg, Malta, İsveç, Birleşik Krallık) artmıştır<sup>(134)</sup>. Hem hepatit B hem de hepatit C için, bildirilen vakalar arasındaki EUK'lerin oranı, 2006'da ülkeler arasında belirgin farklılıklar göstermekte olup farklı test ve raporlama uygulamalarından kaynaklanan bir yanılgı payı gözardı edilememekle birlikte, bu enfeksiyonların epidemiyolojisinde coğrafi farklılıklar olduğunu düşündürmektedir.

### Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi

AB Üye Devletleri, uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların yayılmasını ve sonuçlarını azaltmak üzere

aşağıdaki tedbirlerden bazılarını bir arada kullanmaktadır: ikame tedavisini de içeren uyuşturucu tedavisi, (bkz. Bölüm 6) sağlıkla ilgili bilgilendirme ve danışmanlık, steril enjeksiyon malzemeleri dağıtımı ve daha güvenli cinsel ilişki ile daha güvenli kullanım eğitimi. Bu tedbirlerin bulunabilirliği ve kapsamı ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir.

İğne ve şırınga programları (İŞP'ler) ve opioid ikame tedavisi tüm AB Üye Devletleri, Hırvatistan ve Norveç'te bulunmakla beraber, hem verilme ortamları hem de hedeflenen kesim anlamında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Gerek ikame tedavisi gerekse de sunulan hasar azaltma hizmetlerinin düzeyleri Avrupa'da son on yılda önemli oranda artmıştır. Ancak bazı ülkelerde, bu müdahaleler sınırlı olmakla beraber, genel olarak bu bölgelerde ihtiyaçlar hâlâ sunulan hizmetleri aşmaktadır.

Amsterdam'da yakın zamanda yapılan bir kohort çalışması metadon idame ile iğne değişiminin birlikte sunulmasının faydalarına işaret etmiştir zira her iki hizmetin de sunulmasının, birinin sunulmasına kıyasla, enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasında daha düşük HCV ve HIV enfeksiyonu görülme oranlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (Van den Berg vd., 2007).

İğne ve şırınga programlarının kapsamının değerlendirilmesi güç olup sadece bazı ülkeler bu konuyla ilgili rakamlar sunmaktadır. Örneğin, Çek Cumhuriyeti, % 70'i enjekte eden kullanıcısı olan ve yılda 25.000 civarında kullanıcıya ulaşan ve EUK başına ortalama 210 şırınga sağlayan, erişilmesi kolay 90 merkezden oluşan bir ağ bulunduğunu rapor etmektedir.

Bazı ülkelerde iğne ve şırınga programları tarafından verilen şırınga sayısında bazı artışlar rapor edilmiştir: Estonya'da, EUK başına verilen tahmini şırınga sayısı 2005 ve 2006 yılları arasında ikiye katlanarak 112'ye ulaşmıştır; aynı dönemde, Macaristan'ın şırınga değişim programları şırınga cirolarını % 56 ve müşterilerini de % 84 oranında artırmıştır ve Finlandiya da sağlık danışma merkezlerinde görülen müşteri ve dağıtılan şırınga sayılarında artış meydana geldiğini rapor etmeye devam etmektedir. Ancak tüm ülkeler artış rapor etmemiştir: Malta ve Slovakya'da, sunulan şırınga hizmeti 2006 yılında değişmeden kalmıştır; Polonya faaliyet gösteren kurumların sayısında bir düşüş ve değiştirilen şırınga sayısında bir azalma rapor etmiştir; Romanya, Budapeşte'de değiştirilen şırınga sayısında % 70'lik bir düşüş rapor etmiş, bunun başlıca sebebi olarak da mali sorunlar gösterilmiştir.

Bazı ülkelerde şırınga değişimindeki dengelenme ya da düşüşler uyuşturucu enjekte etme ve tedavi bulunurluğuna ilişkin genel durumlardaki değişiklikleri yansıtmakta

(133) Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo INF-115.

(134) Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar INF-105 ve INF-106.

olabilir: Lüksemburg'da, erişilmesi kolay kurumlar tarafından dağıtılan şırıngaların sayısı birkaç yıl boyunca arttıktan sonra, 2005 yılında dengelenmiş ve 2006'da düşmüştür; son zamanlarda Portekiz, Belçika (Flaman bölümü) ve yerel düzeyde de Almanya ve Hollanda şırınga hizmetinin azaldığını rapor etmiştir.

İğne değişimi ve erişilmesi kolay hizmetler, genel hizmetlere yeterince erişemeyenlerin bakıma sevk edilmeleri için de bir yol oluşturabilir. Bunlar arasında birincil sağlık bakım hizmetleri sunulmasının yanı sıra, prezervatif ve yağlar ile güvenli cinsellik eğitimi sunulması gibi cinsel sağlığın teşvikine yönelik tedbirler de bulunmaktadır. Sosyal yardım hizmetleri yoluyla veya ulaşılması kolay merkezlerde bulaşıcı hastalık önleme hizmetleri verilmesi de birçok ülkede yerleşmiş bir uygulama olmakla beraber, bu alandaki hizmetler halen geliştirilme aşamasındadır. Örneğin, ortak hizmet standartları ve epidemiyolojik izleme protokolleri kullanan uluslararası ulaşılması kolay bir önleme ağı, hali hazırda Estonya, Letonya ve Litvanya'da oluşturulma aşamasındadır.

Tıbbi hizmetler ulaşılması kolay kliniklerde ve gezici servislerde ya da sevk programları yoluyla sunulmaktadır. Örneğin, Çek Cumhuriyeti'nin ulaşılması kolay hizmet ağı, eşlik eden somatik hastalıklar ve özellikle de viral hepatite yönelik danışmanlık, test ve tedavi hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak üzere, bölgesel kamu sağlık bakım hizmetleriyle yakın işbirliği içinde faaliyet göstermektedir. Bulgaristan'da, Karadeniz'de Bourgas'ta bulunan gezici bir muayenehane 2006 yılında 750 danışmanlık hizmeti sunmuştur. Danimarka'daki bazı şehirlere, en korunmasız uyuşturucu kullanıcılarını hedef alan sağlık bakım programları için hükümet fonları verilmiştir. Buna ek olarak, Kopenhag'da, sağlık bakım hizmetleri ile sosyal danışmanlık tedbirlerini ulaşılması kolay bir yaklaşımla bir araya getiren 'sağlık odası' projesi, 2008 yılında oluşturulan üç yıllık bir pilot programdır.

### Viral hepatitin önlenmesi

2006 yılında, bazı ülkelerde viral hepatitin yayılmasına yönelik girişimler bulunduğu rapor edilmiştir. Örneğin, Lüksemburg'da, bir eylem araştırma projesinin sonuçlarını takiben, genç ve yeni uyuşturucu kullanıcıları için verilen güvenli kullanım danışmanlık hizmetleri güçlendirilmiş, EUK'ler için enjeksiyon teçhizatına ücretsiz erişim imkanı geliştirilmiştir. Danimarka'da, uyuşturucu kullanıcıları ve eşleri için 2006 yılından beri ücretsiz hepatit A ve B aşıları yapılmakta ve belediyelerin artık enjekte ederek uyuşturucu kullananlara bulaşıcı hastalıklara yönelik geniş kapsamlı hizmetler sunmaları gerekmektedir. Son olarak İrlanda'da HCV hakkında bir çalışma grubu, denetim, eğitim ve

### Uyuşturucu kullanıcılarında hepatit B aşısı

Hepatit B virüsü (HBV) Avrupa'da, aktif HBV enfeksiyonu (HbsAg yaygınlığı) oranları çoğu ülkede halkın geneline kıyasla yüksek olan EUK'ler arasında yayılmaya devam etmektedir <sup>(1)</sup>. Aşı, hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu ile sonuçlarının önlenmesinde en etkili tedbir olarak kabul edilmektedir. 1991 tarihli DSÖ tavsiye kararına uygun olarak hepsi olmamakla birlikte, çoğu AB Üye Devleti bu virüse karşı evrensel aşılamayı yapmasını kabul etmiştir. Ancak, çocuk aşılama politikaları en fazla gelecek nesil uyuşturucu kullanıcıları üzerinde etkili olacaktır. Enfeksiyonun yayılmasını daha erken azaltmak amacıyla AB Üye Devletleri'nin yarısından fazlası özel olarak enjekte eden uyuşturucu kullanıcılarını ve/veya mahkumları hedef alan aşı programları kabul etmiştir. Yine de bu programların kapsama alanı ülkeler arasında farklılık göstermekte olup AB Üye Devletleri'nin üçte biri hâlâ özel olarak uyuşturucu kullanıcılarına yönelik bir aşı programı bulunmadığını bildirmektedir.

Uyuşturucu kullanıcılarını hedef alan aşı programları genellikle aşı seyrinin tamamlanmamasıyla sonuçlanan, uyumsuzluk sorunuyla karşı karşıya bulunmaktadır. Güvenli ve etkili aşının bulunabilirliğine bağlı olarak risk altında bulunanlarda daha yüksek bağışıklık düzeylerine erişilmesine yönelik stratejiler, uyuşturucu kullanmanın erken aşamalarında bulunan uyuşturucu kullanıcılarını hedef alan ve uyuşturucu kullanımına ilişkin daha yüksek bir yaygınlık oranına sahip topluluklara uzanan, esnek bir yaklaşım gerektirebilir. Bağışıklık tepkisi zayıflamış olan kişilere sürekli yapılan aşı ve ekstra doz teklifleri de daha yüksek bağışıklık düzeylerine ulaşılmasına yardımcı olabilir. Bu da AB Üye Devletleri'nin, kronik HBV enfeksiyonu ile bunun sonuçlarının görülme oranını azaltmaya yönelik politikalarını gözden geçirmelerini ve belki de üzerinde ince ayarlamalar yapmalarını

<sup>(1)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablolar INF-106 ve INF-114.

tedaviye yönelik ulusal bir strateji geliştirerek 2007 yılında göreve başlamıştır.

Cezaevleri, uyuşturucu kullanımına bağlı bulaşıcı hastalıkları hedef alan müdahaleler için ve aksi takdirde erişilmesi son derece güç olan bir kesime sağlık hizmetleri sunmak için önemli bir ortam teşkil etmektedir (bkz. Bölüm 2). Yeni araştırmalar, hayatlarında bir kez bile olsa yasadışı uyuşturucuya bulaşmış herkese viral test imkanı sağlanmasının önemli olduğuna işaret etmekte olup kronik hepatit C enfeksiyonunun cezaevine girdikten sonra saptanmasının, uygun maliyetli bir tedbir olduğunu göstermiştir (Sutton vd., 2006). Gereken tedavi ve bakımı alan enfeksiyonlu kişilerin yanı sıra, cezaevinde bulunan uyuşturucu kullanıcıları da sağlık eğitimi ve hepatit B'ye karşı bağışıklığı artırma gibi bir dizi müdahaleden faydalanabilecektir <sup>(135)</sup>.

<sup>(135)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde DUP tabloları.

## Uyuşturucuya bağlı ölümler ve ölüm oranı

Uyuşturucu kullanımı, Avrupa'daki gençler arasındaki sağlık sorunlarının ve ölümlerin başlıca sebeplerinden biridir. Bilhassa opioid kullanımından kaynaklanan önemli orandaki ölümler, EMCDDA'nın desteklediği uluslararası bir çalışmayla örneklenmiş olup bu çalışma Avrupa'nın yedi kentsel alanında 15 ila 49 yaşındakiler arasında % 10 ila % 23 olan ölüm oranının, opioid kullanımına atfedilebileceğini saptamıştır (Bargagli vd., 2005).

EMCDDA'nın anahtar göstergesi 'Uyuşturucu kullanıcıları arasında uyuşturucuya bağlı ölümler ve ölüm oranı' esas olarak doğrudan uyuşturucu kullanımının sebep olduğu ölümleri (uyuşturucu kaynaklı ölümler) izlemekte olup bunlar arasında, çeşitli farklı sağlık sorunları ve sosyal sorunlarla ilişkili ölümler de bulunmaktadır.

### Uyuşturucu kaynaklı ölümler

Uyuşturucu kaynaklı ölümlere ilişkin EMCDDA tanımı, <sup>(136)</sup> doğrudan bir veya daha fazla uyuşturucunun yol açtığı (zehirlenme ya da aşırı doz) ve mevcut maddelerden en az birinin yasadışı bir uyuşturucu olduğu ölümler anlamına gelmektedir. Uyuşturucu kullanıcılarının sayısı, bunların kullanım alışkanlıkları (enjekte etme, çeşitli uyuşturucu kullanımı) ve tedavi ile acil hizmetlerin bulunurluğu toplumda bu gibi ölümlerin genel sayısını etkileyebilecek faktörlerdir. Genel olarak, uyuşturucu kaynaklı ölümler maddenin (maddelerin) tüketilmesinden kısa süre sonra meydana gelmektedir.

Son yıllarda Avrupa'ya ilişkin verilerin kalitesi ve güvenilirliğinde meydana gelen iyileşmeler genel ve ulusal eğilimlerin daha iyi tanımlarının yapılmasına olanak sağlamış ve çoğu ülke şimdi EMCDDA'ninkine paralel bir vaka tanımı kabul etmiştir <sup>(137)</sup>. Bununla birlikte, raporlama kalitesine ilişkin olarak ülkeler arasında bulunan farklılıklar, herhangi doğrudan bir karşılaştırmanın ihtiyatlı bir şekilde yapılması gerektiği anlamına gelmektedir.

1990-2005 döneminde, AB Üye Devletleri tarafından her yıl 6.500 ila 8.500 uyuşturucu kaynaklı ölüm rapor edilmiş olup bu da toplamda yaklaşık 130.000 ölüme karşılık gelmektedir. Bu rakamlar asgari bir tahmin olarak kabul edilmelidir <sup>(138)</sup>.

Nüfusa göre uyuşturucu kaynaklı ölümlere bağlı oran, ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermekte olup bunlar 15-64 yaşındaki bir milyon kişi başına 3-5'ten 70'e kadar değişmektedir (bir milyon kişi başına ortalama 21 ölüm). 16 Avrupa ülkesinde bir milyon kişi başına 20'nin üzerinde ve beş ülkede de bir milyon başına 40'ın üzerinde oranlarda ölümler bildirilmiştir. 15-39 yaşındaki erkekler arasındaki ölüm oranları, ortalama olarak ve çoğu ülkede bunun iki katıdır (Avrupa'da bir milyon kişi başına ortalama 44 ölüm). 2005-06'da, uyuşturucu kaynaklı ölümler 15-39 yaşındaki Avrupalılar arasındaki tüm ölümlerin % 3,5'ine ve sekiz ülkede de % 7'den fazlasına karşılık geliyordu <sup>(139)</sup> (Şekil 11).

Sayıların önemli oranda olabileceğine dair işaretler bulunmasına rağmen, ölümcül olmayan aşırı dozdan

### Uyuşturucuya bağlı ölüm oranı: karmaşık bir kavram

Uyuşturucuya bağlı ölüm oranına ilişkin bilimsel tartışmalar ile politika tartışmaları, bu alanda kullanılmış çok çeşitli kavram ve tanımlarla güçleşmektedir. Çok geniş ve kapsayıcı kavramlar kullanıldığı takdirde, uyuşturucuya bağlı ölümlerle ilişkili alta yatan faktörlerin anlaşılmasında veriler pek önem teşkil etmeyebilir. Örneğin, toksikolojik muayenesi pozitif olan tüm ölümler gruplandırılacak olunursa, uyuşturucuların doğrudan bir rol oynadığı, dolaylı bir rol oynadığı ve hiç rol oynamadığı vakaları kapsayacaktır.

Bir diğer önemli husus da yasadışı uyuşturucularla sınırlı olabilen ya da diğer psikoaktif madde ve ilaçları içerecek şekilde genişletilebilen, dikkate alınan maddeler konusudur. Bu ikinci durumda, esas olarak ruhsal sağlık sorunlarına (örneğin, depresyon bağlamında intihar) bağlı olabilecek ölümlerin madde kullanımına atfolunabilir olanlardan ayırt edilmesi güç olabilir. Bunun yanı sıra, uyuşturucu kaynaklı pek çok ölüm vakasına aslında çeşitli uyuşturucular sebep olduğundan, farklı uyuşturucuların bundaki rolünün anlaşılması güç olabilir.

Kavramsal olarak uyuşturucuya bağlı ölüm oranı iki kapsamlı bileşen içermektedir. Birincisi ve en iyi belgelendirilmiş olanı, doğrudan bir veya daha fazla uyuşturucunun etkisi sonucu meydana gelen ölümleri ifade etmektedir. Bu ölümlere tipik olarak 'aşırı doz', 'zehirlenme' veya 'uyuşturucu kaynaklı ölüm' adı verilmektedir. İkinci bileşen daha kapsamlı olup doğrudan uyuşturucuların farmakolojik etkisine atfolunamayan ama yine de bunların kullanımıyla ilişkili ölümleri kapsamaktadır: bulaşıcı hastalıkların uzun vadeli sonuçları, ruhsal sağlık sorunlarıyla (örneğin intihar) ya da başka durumlarla (örneğin trafik kazaları) etkileşimler. Ayrıca uyuşturuculara bağlı ölümler de vardır ama bunlar tesadüfi sebeplerden kaynaklanmaktadır (örneğin, uyuşturucu ticaretiyle ilgili şiddet).

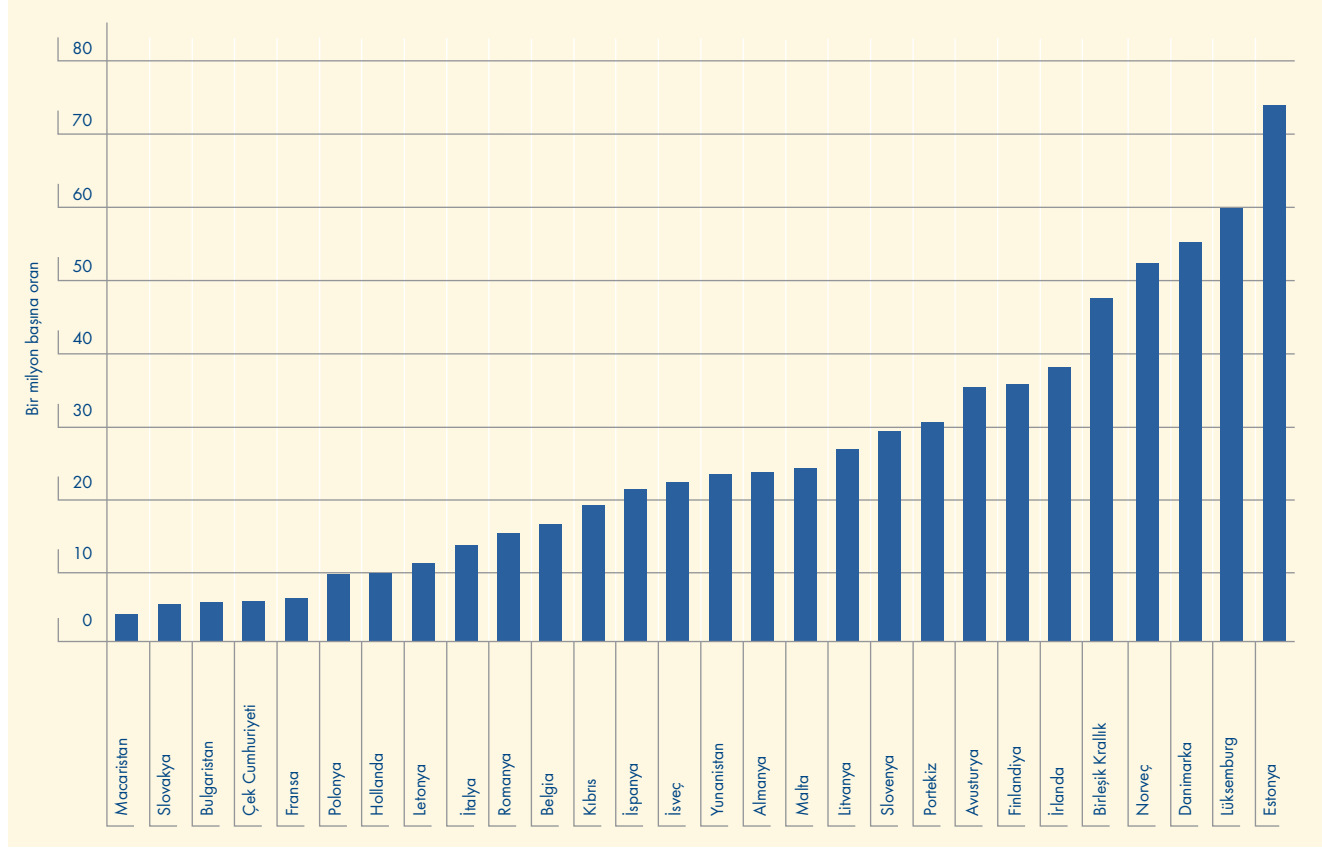
EMCDDA'nın genel uyuşturucuya bağlı ölümlere ilişkin rapor vermedeki mevcut yaklaşımı, sorunlu uyuşturucu kullanıcılarından oluşan kohortlar arasındaki ölüm oranlarının tahmin edilmesine dayanmaktadır. Bununla beraber, bir toplumda uyuşturuculara atfolunabilir ölümlerin toplam yükünü hesaplamak üzere çeşitli kaynaklardan verilerin bir araya getirilebildiği başka yaklaşımlar da araştırılmaktadır (bkz. 'Genel uyuşturucuya bağlı ölüm oranı, s. 87).

<sup>(136)</sup> Kullanılan vaka tanımını daha doğru yansıttığından, şu anda 'uyuşturucu kaynaklı ölüm' tabiri kabul edilmiştir.

<sup>(137)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde ayrıntılı uyuşturucuya bağlı ölümler hakkında yöntem-bilimsel bilgiler.

<sup>(138)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DRD-2 bölüm (i).

<sup>(139)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DRD-5 ve Şekil DRD-7 bölüm (ii).

**Şekil 11:** (15-64 yaşındaki) tüm yetişkinler arasında uyuşturucu kaynaklı ölüm oranları

**Not:** Çek Cumhuriyeti için, ulusal tanım yerine EMCDDA D Seçimi kullanılmıştır; Birleşik Krallık için uyuşturucu stratejisi tanımı kullanılmıştır; Romanya için veriler sadece Bükreş'e ve Bükreş Toksikoloji Laboratuvarı'nın uzmanlık alanında yer alan birkaç bölgeye ilişkindir. Nüfus ölüm oranlarının hesaplamaları, Eurostat tarafından rapor edildiği şekliyle 2005'e yönelik ulusal nüfuslara dayanmaktadır. Nüfus oranlarının karşılaştırmaları, vaka tanımlarında ve raporlama kalitesinde bazı farklılıklar bulunduğundan, dikkatle yapılmalıdır. Güven aralıkları ile veriler hakkında daha fazla bilgi için bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil DRD-7 bölüm (i).

**Kaynaklar:** Ulusal ölüm kayıtları veya özel kayıtlardan (adli kayıtlar ya da polis kayıtları) ve Eurostat'tan alınan Reitox ulusal raporları (2007).

kaynaklanan ölüm oranı ve diğer sonuçlara ilişkin araştırmalar ve önleme çabalarına yönelik yatırımlar sınırlıdır. Çalışmalar, ölümcül olan her aşırı doz için 20 ve 25 arasında ölümcül olmayan aşırı doz olabileceğini ortaya koymuştur. Bu tahminlerin bir bütün olarak Avrupa Birliği'ne uygulanabilir olup olmadığını kestirmek güç olmakla beraber, yılda tahminen yaklaşık 120.000 ila 175.000 ölümcül olmayan aşırı doz vakası bulunduğu düşünülmektedir.

### Opioidlere bağlı ölümler

#### Eroin

Aşırı dozda opioid, Avrupa'da gençler arasında, bilhassa kentsel bölgelerdeki erkekler arasında en önde gelen ölüm sebeplerinden biridir <sup>(140)</sup>. Opioidler, özellikle de eroin ya da metabolitleri, Avrupa Birliği'nde rapor edilen uyuşturucu kaynaklı ölümlerin çoğunluğunda mevcut olup tüm vakaların

% 55 ila neredeyse % 100'üne karşılık gelmekte ve ülkelerin yarısından fazlası % 80'in üzerinde oranlar rapor etmektedir <sup>(141)</sup>. Eroine atfedilen ölümlere ilişkin toksikoloji raporlarında, sıkça bir rol oynamış olabilecek başka maddeler de bulunmaktadır. Bunlar arasında en fazla rapor edilenler alkol, benzodiyazepin, diğer opioidler ve bazı ülkelerde de kokaindir. EMCDDA tarafından dokuz ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen yeni çalışmalar, opioid kaynaklı ölümlerin % 60 ila % 90'ının toksikolojik raporlarında birden fazla uyuşturucu kaydedildiğini rapor etmiştir. Bu durum, uyuşturucu kaynaklı tüm ölümlerin önemli bir oranının çeşitli uyuşturucu kullanımına bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Aşırı dozda opioid ölümlerinin genellikle çoğunluğunu (% 60-95) 20 ila 40 yaşındaki erkekler oluşturmakta ve çoğu ülkede ortalama yaş otuzların ortalarında <sup>(142)</sup>. Pek çok ülkede, aşırı dozdan ölenlerin sayısı artmakta, bu da genç eroin kullanıcılarının sayısında olası bir

<sup>(140)</sup> EMCDDA'ya rapor edilen çoğu vaka aşırı dozda opioid vakası olduğundan, opioid vakalarının tanımı için uyuşturucu kaynaklı ölümlerin genel özellikleri kullanılmıştır.

<sup>(141)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil DRD-1.

<sup>(142)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DRD-1 bölüm (i).

dengelenme ya da düşüşe işaret etmektedir. Bununla beraber, başka yerlerde (Bulgaristan, Estonya, Romanya, Avusturya) aşırı dozdan ölümlerin nispeten yüksek bir oranı 25 yaş altındakilerde meydana gelmekte olup bu ülkelerde eroin kullanan ya da enjekte eden kesimin daha genç olduğu anlamına gelebilir <sup>(143)</sup>.

#### Metadon ve buprenorfin

Araştırmalar göstermektedir ki; ikame tedavisi ölümcül aşırı doz riskini azaltmaktadır. Bununla beraber, her yıl opioid ikame ilaçlarına bağlı belirli sayıda ölüm rapor edilmekte olup bunların çoğu amaç dışı kullanıma ve az sayıda vakada da tedavi sırasında oluşan sorunlara bağlıdır <sup>(144)</sup>.

Bazı ülkeler tarafından, uyuşturucu kaynaklı ölümlerin önemli bir oranında metadon bulunduğu rapor edilmekle birlikte, ortak raporlama standartlarının yokluğunda, bu maddenin oynadığı rol genellikle belirsizdir. Metadon bulunan cüzi sayıda ölüm rapor eden ülkeler arasında Danimarka, Almanya, Birleşik Krallık ve Norveç bulunmaktadır; diğer ülkeler hiç rapor etmemiş ya da sınırlı sayıda vaka rapor etmiştir <sup>(145)</sup>. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1999'dan beri metadona bağlı ölüm olanlarında belirgin bir artış kaydedilmiştir. Bu ölümlerin birçoğu hastane, eczane, pratisyen hekimler ve ağırlı yönetimi doktorlarından saptırılan amaç dışı metadon kullanımına atfolunabilirken bunların sadece sınırlı bir sayısı, ikame programlarından elde edilen metadona atfolunabilir <sup>(146)</sup>.

Buprenorfin zehirlenmesinden kaynaklanan ölümler, bu maddenin pek çok Avrupa ülkesinde artmakta olan kullanımına rağmen, nadir görünmektedir. Fransa'da, çok az sayıda ölüm rapor edilmekle beraber, buprenorfin tedavisi gören uyuşturucu kullanıcılarının sayısı dikkate değerdir (76.000-90.000). Ancak Finlandiya'da, çoğu uyuşturucu kaynaklı ölümden, genellikle yatıştırıcı ilaçlar ya da alkolle kombinasyon halinde ya da enjeksiyonla alınmış olarak, buprenorfin bulunmaktadır <sup>(147)</sup>.

#### Fentanil

Estonya'da, toksikolojik adli otopsi bulgularına dayanarak 2005 yılında 46 ve 2006 yılında 71 ölümcül zehirlenme ile endişe verici bir ölümcül 3-metilfentanil zehirlenmesi salgını rapor edilmiştir (Ojanperä vd., baskıda). Bunun yanı sıra, Estonya'dan gelen ilk bulgular 2004 yılında meydana gelen 85 ölümün aynı maddeye bağlı olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca diğer Avrupa ülkelerinden de fentanil ölümlerine ilişkin düzensiz raporlarda bulunulmuş ve Amerika Birleşik Devletleri'nde, genellikle kısa süren yeni ölüm salgınları bildirilmiştir; örneğin, Chicago'da 2005 ve 2007 yılları

### İkame tedavisine bağlı ölümler

Araştırmalar, eroin kullanıcıları metadon ikame tedavisi görürken aşırı doz riskinin önemli oranda düştüğünü göstermiştir. Örneğin, 5.000'in üzerinde eroin kullanıcısıyla yapılan yeni bir kohort çalışması, aşırı dozdan ölüm riskinin kullanıcıların dışarıda oldukları zamana kıyasla (buna diğer türden herhangi bir tedavi ya da tedavi olmaması da dahildir) ikame tedavisindeyken dokuz faktöründe azaldığını rapor etmiştir. (Brugal vd., 2005).

Ancak, bazı ölümlerin toksikolojik raporlarında metadon saptanmıştır. Bu durum, tüm vakalarda, doğrudan bir sebep-sonuç bağlantısının bulunduğu anlamına gelmeyebilir zira başka uyuşturucu ya da faktörler de bulunabilir. Yine de aşırı dozdan ölüm vakaları meydana gelebilmekte ve bunda payı olabilecek faktörler arasında, tolerans düzeyindeki değişiklikler, aşırı dozaj, hasta tarafından uygunsuz kullanım ve uyuşturucunun tedavi dışındaki amaçlarla kullanılması bulunmaktadır.

Birleşik Krallık'ta rapor edilen metadon ölümleri sayısındaki azalmalar metadonun yasadışı pazara saptırılmasını önlemeye yönelik tedbirlere bağlanmıştır (Zador vd., 2006) ve genel olarak ikame tedavisindeki iyi uygulama metadona bağlı ölüm riskinin azaltılmasında önemli bir unsur olabilir. Dolayısıyla, hem hasta hem de toplum sağlığı, aşağıdakilerin iyileştirilmesi yoluyla korunabilir: reçete uygulamaları da dahil olmak üzere, tedaviye ilişkin kalite standartları; tedavinin ilk aşamalarında hastaların izlenmesi; diğer ilaç veya psikoaktif maddelerin kullanımına ilişkin riskler hakkında bilgi ve saptırma riskini azaltmaya yönelik reçete uygulamaları.

Avrupa'da metadon tedavisinin dramatik ölçüde yaygınlaşması, metadona bağlı ölümlerin buna paralel olarak artmasına yol açmamıştır. Birleşik Krallık'ta gerçekleştirilen bir çalışma, 1993 ve 2004 yılları arasında, reçete edilen toplam oral metadon miktarı 3,6 oranında artarken, metadon içeren ölümlerin sayısının 226'dan 194'e indiğini ortaya koymuştur (Morgan vd., 2006). Yani metadona bağlı ölüm oranı 1993'te 1.000 hasta başına yılda 13'ten 2004'te 1.000 hasta başına yılda 3,1'e düşmüştür. Diğer ülkelerde yapılacak benzer çalışmaların da çok faydası olacaktır ancak, eldeki kanıtlar metadona bağlı ölümlerin genellikle genel ikame tedavisi düzeylerinden ziyade uygulamalarındaki eksikliklere bağlı olduğunu düşündürmektedir.

arasında 350 ölüm vakası fentanile atfedilmiştir (Denton vd., 2008). Bu maddenin çok yüksek olan etki gücü aşırı dozda uyuşturucu riskini artırabilirken toksikolojik taramada göze çarpmayabilir. Dolayısıyla, artan yasadışı fentanil üretimi ve kullanımının hem mevcut izleme sistemleri hem de halk sağlığı tepkileri için önemli bir mesele teşkil edebilir.

<sup>(143)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekiller DRD-2, DRD-3 ve DRD-4.

<sup>(144)</sup> Bkz. 'İkame tedavisine bağlı ölümler'.

<sup>(145)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DRD-108.

<sup>(146)</sup> Ulusal Uyuşturucu İstihbarat Merkezi. Metadon Saptırılması, Bağımlılığı ve Amaç Dışı Kullanımı: Korkutucu Oranda Artan Ölümler. Kasım 2007. 2007-Q0317-001 sayılı belge. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>

<sup>(147)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DRD-108 ile 2007 yıllık raporu

**Diğer uyuşturuculara bağlı ölümler <sup>(148)</sup>**

Kokain kaynaklı ölümlerin tanımlanması ve teşhis edilmesi opioidlere bağlı ölümlerden daha güçtür (bkz. 2007 kokain hakkında seçili konu). Doğrudan farmakolojik aşırı dozdan kaynaklanan ölümler nadir gibi görünmektedir ve bunlar genellikle çok büyük dozlarda kokainle ilişkilidir. Çoğu kokain ölümlü, uyuşturucunun kalp-damar sorunları ve nörolojik komplikasyonlara yol açan kronik toksisitesinin sonucu gibi görünmektedir. Bu ölümlerde kokainin rolü her zaman tespit edilemeyebilir ve bunlar kokaine bağlı olarak rapor edilemeyebilir. Kokaine atfolunabilir ölümlere ilişkin verilerin yorumlanması, pek çok vakada başka maddeler de bulunduğu için daha da karmaşık bir hal alabilir ve sebep-sonuç bağlantısı kurulmasını güçleştirebilir.

2006 yılında 14 Üye Devlet'te 450'nin üzerinde kokaine bağlı ölüm rapor edilmiş olmakla beraber, Avrupa Birliği'nde kokain kaynaklı ölümler muhtemelen yetersiz rapor edilmektedir.

Ecstasy'nin mevcut olduğu ölümler hâlâ nadiren rapor edilmektedir. 'Ecstasy bulunduğu saptanan' ölümlerin çoğu Birleşik Krallık'ta rapor edilmektedir ama çoğu durumda, uyuşturucu doğrudan ölüm sebebi olarak saptanmamıştır.

Amfetamin ölümleri de Avrupa'da nadiren rapor edilirken Çek Cumhuriyeti'nde uyuşturucu kaynaklı ölümlerin önemli bir oranı pervitine (metamfetamin) atfedilmiştir. Finlandiya'da, toksikolojik olarak amfetamin tespit edilen 64 ölüm bildirilmiş olmakla beraber, bu durum uyuşturucunun doğrudan ölüm sebebi olduğu anlamına gelmeyebilir.

**Uyuşturucu kaynaklı ölümlerdeki eğilimler**

Uyuşturucu kaynaklı ölümler 1980'lerde ve 1990'ların başında Avrupa'da, olasılıkla eroin kullanımı ve uyuşturucu enjekte etmedeki artışa paralel olarak, keskin bir artış göstermiş ve bundan sonra yüksek düzeylerde kalmaya devam etmiştir <sup>(149)</sup>. Bununla beraber, uzun zaman serileri bulunan ülkelerden elde edilen veriler farklı eğilimler ortaya koymaktadır: bazılarında (örneğin: Almanya, İspanya, Fransa, İtalya) ölümler 1990'ların ortalarında doruğa ulaşmış, daha sonra düşmüştür; diğer ülkelerde (örneğin: İrlanda, Yunanistan, Portekiz, Finlandiya, İsveç, Norveç) ölümlerin sayısı, 2000 yılı civarında doruğa ulaştıktan sonra düşmüştür ve yine başka ülkelerde (örneğin: Danimarka, Hollanda, Avusturya, Birleşik Krallık) bir artış eğilimi

gözlemlenmekle beraber açıkça doruk bir düzeye ulaşmamıştır <sup>(150)</sup>.

Uyuşturucu kaynaklı ölümlerin 2001 ile 2005/06 dönemindeki eğilimlerinin açıklanması daha zordur. On yılın ilk yıllarında (2000-03) pek çok AB ülkesi düşüşler bildirmiş ve, genel olarak, uyuşturucu kaynaklı ölümler 2001 yılında %3 oranında, 2002'de %14 ve 2003'te de %7 oranında düşmüştür <sup>(151)</sup>. Ancak 2004 ve 2005 yıllarında, çoğu Avrupa ülkesi küçük artışlar rapor etmiştir. Bazı faktörlerin bununla bir ilgisi olabilir: çeşitli uyuşturucu kullanımındaki artışlar, eroin bulunabilirliğindeki olası bir artış veya kronik uyuşturucu kullanıcılarının yaşlanmakta oluşu <sup>(152)</sup>.

Bazı daha büyük ülkeler tarafından veri sunulmadığından, 2006'ya yönelik uyuşturucu kaynaklı ölümlerin sayısına ilişkin genel tahminler geçicidir. Ne var ki, 18 ülkeden elde edilen veriler, 2005 yılına oranla küçük bir düşüşe işaret etmektedir.

25 yaşın altındakilerde uyuşturucu kaynaklı ölümlerin sayısında Avrupa'da ılımlı bir düşüş kaydedilirken Avrupa Birliği'ne 2004'ten sonra katılan Üye Devletler'de bu yaş grubundaki ölümlerin sayısında yakın zamana kadar bir artış meydana gelmiştir <sup>(153)</sup>. Bununla beraber, son yıllarda Yunanistan, Lüksemburg ve Avusturya'da ve daha az bir ölçüde de Bulgaristan, Letonya ve Hollanda'da daha genç vakaların oranında bir artış kaydedilmiştir <sup>(154)</sup>. Bu rakamlar söz konusu ülkelerde opioid kullanan gençlerin sayılarının arttığına işaret ediyor olabileceğinden dolayı, bu gözlemin daha ileri düzeyde araştırılması gerekmektedir.

**Genel uyuşturucuya bağlı ölüm oranı**

Yakın zamanda yapılan bir çalışma, Avrupa'da sekiz merkezde (yedi kent ve bir ülke) tedaviye alınan opioid kullanıcılarının aynı yaştaki emsallerine kıyasla çok yüksek bir ölüm oranı bulunduğunu ortaya koymuştur (bkz. EMCDDA, 2006). Diğer kohort çalışmaları, uyuşturucu kullanıcıları arasındaki ölüm oranlarının halkın geneli arasında olduğundan altı ila 54 kat daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu farklar esasen aşırı dozda uyuşturucu kaynaklı olmakla beraber, başka faktörlerin de önemi vardır ve bazı ülkelerde AIDS de önemli bir rol oynamaktadır. Darke vd. (2007) uyuşturucu kullanıcılarında görülen ölümleri dört geniş kategoriye ayırmıştır: aşırı doz (alkol zehirlenmesi dahil), hastalık,

<sup>(148)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DRD-108.

<sup>(149)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil DRD-8. Tarihi nedenlerden dolayı, bu eğilim AB-15 ve Norveç'i temsil etmektedir.

<sup>(150)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil DRD-11.

<sup>(151)</sup> Burada rapor edilen rakamlar, Danimarka, İspanya, Fransa ve Birleşik Krallık'taki vaka tanımı ya da kapsamında meydana gelen değişikliklere ve bazı ülkelerde yapılan güncellemelere bağlı olarak, önceki yıllarda rapor edilenlerden farklıdır.

<sup>(152)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde 'Opioid göstergeleri artık düşmüyor'. 72 ve Tablo DRD-2 bölüm (i) ve Şekil DRD-12.

<sup>(153)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil DRD-13 bölüm (i).

<sup>(154)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil DRD-9.

intihar ve travma. Hastalıklar arasında, kan yoluyla bulaşan virüslere HIV, HCV ve HBV, bkz. yukarıda) bağlı sağlık durumları, neoplazmalar, karaciğer hastalıkları ve dolaşım ve solunum sistemlerinin hastalıkları uyuşturucu kullanımıyla ilişkili olabilir. Travma genellikle kaza, cinayet ve diğer şiddet olaylarını içermektedir.

Yakın zamanda Norveç'te yapılan, tedaviye kabul edilen uyuşturucu kullanıcılarına ilişkin bir kohort çalışması, sebeplerin bilindiği vakalarda, kaydedilmiş 189 ölümün yarısının aşırı dozdan kaynaklandığını ortaya koymuştur. Ölümlerin dörtte birine, başta AIDS ve karaciğer hastalıkları olmak üzere, hastalıklar karşılık gelirken, intihar ve travmanın onda birine ve alkol zehirlenmeleri de yaklaşık % 2'sine karşılık geliyordu (Şekil 12). AIDS ölümleri oranının, uyuşturucu kullanıcıları arasında HIV yaygınlığının yüksek olduğu ülkelerde önemli oranda yüksek olabileceği unutulmamalıdır.

Kohort çalışmaları, uyuşturucu kullanımına bağlı genel ölüm oranının tahmin edilmesi ve anlaşılmasında önemli bir araç teşkil etmektedir ama başka yaklaşımlar da konunun anlaşılmasına yardımcı olabilir ve ulusal düzeyde genel bir değerlendirme sunabilir. Bu alandaki bazı yeni yöntemler, AB düzeyinde uygulamaya konmaları amacıyla, EMCDDA tarafından Üye Devletler'le yakın işbirliği içinde hali hazırda araştırılmaktadır. Bu yaklaşımların birinde, ölüm oranları kohort çalışmalarından sorumlu uyuşturucu kullanıcılarına ilişkin yerel (Bargagli vd., 2005) ya da ulusal tahminlere ekstrapole edilmiştir (Cruts vd., 2008). Diğer bir yaklaşımda, çeşitli çalışmalardan elde edilen, uyuşturucuya atfolunabilir bölümler, uyuşturucu kullanımıyla en sık ilişkilendirilen ve genel nüfusa ilişkin ölüm kütüklerine kaydedilen ölüm sebeplerine uygulanmaktadır.

### Dolaylı olarak uyuşturucu kullanımına bağlı ölümler

Enjekte ederek uyuşturucu kullanımına atfedilen AIDS ölümleri diğer bir önemli ölüm sebebidir. Eurostat ve EuroHIV'den alınan verilere dayanarak (2005, 2006 için yıl sonu raporu) 2003 yılında 2.600'ün üzerinde uyuşturucu kullanan kişinin AIDS'ten öldüğü tahmin edilebilir <sup>(155)</sup>. Bu ölümlerin çoğu az sayıda ülkede rapor edilmiş olup bunların % 90'dan fazlası İspanya, Fransa, İtalya ve Portekiz'de meydana gelmiştir. AIDS ölümleri 1990'ların ortalarında doruğa ulaşmış ve HAART'ın uygulamaya konması ve artan kapsama alanını takiben önemli oranda düşmüştür.

İspanya, İtalya ve özellikle de Portekiz dışında, uyuşturucu enjekte etmeye atfolunabilir AIDS'ten kaynaklanan nüfus ölüm oranları düşüktür. Ayrıca, pek

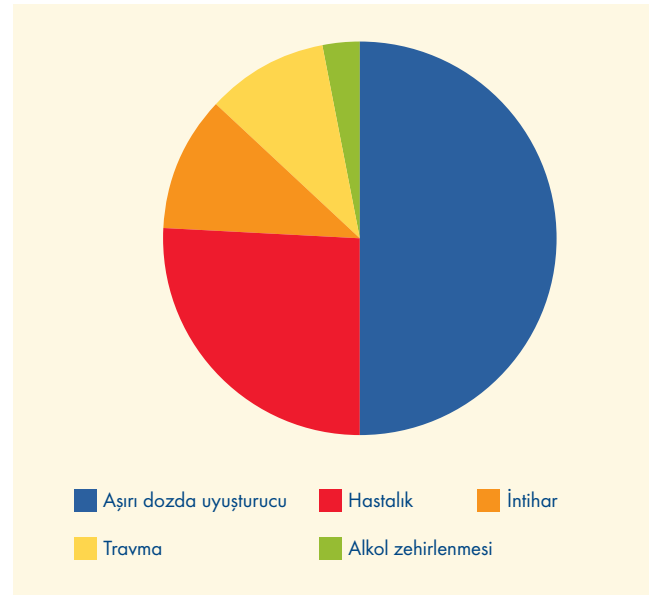
çok ülkede, uyuşturucu kullanıcıları arasında aşırı dozdan ölüm oranı AIDS'e bağlı ölüm oranından önemli oranda fazladır <sup>(156)</sup>. Diğer sebeplerden (örneğin: başka bulaşıcı hastalıklardan dolayı, şiddet ve kazalar) kaynaklanan ölümlerin sayısını değerlendirmek şu anda daha zor olup bu alanda veri toplama ve tahminde bulunmaya ilişkin iyileştirme çalışmaları yapılması gerekmektedir (bkz. önceki bölüm).

İntihar, uyuşturucu kullanıcıları arasında sık rastlanan bir ölüm sebebi gibi görünmektedir. Bir literatür taraması (Darke ve Ross, 2002), eroin kullanıcıları arasında intihar oranının halkın geneli arasında bulunandan 14 kat daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

### Uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılması

Uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılması çoğu ulusal uyuşturucu stratejisinin hedefi olmakla beraber, alınması gereken tedbirlere ilişkin olarak az sayıda ülke eylem planı kabul etmiş ya da sistematik rehberlik sunmuştur. Ancak, 2007 yılında, Birleşik Krallık'ın Sağlık Bakanlığı klinik uyuşturucu istismarı ve bağımlılığı yönetimine dair,

**Şekil 12:** Norveç'te uyuşturucu kullanıcılarından oluşan bir kohort arasında bilinen ölüm sebepleri



**Not:** Veriler, 1981-91 dönemi boyunca uyuşturucu bağımlılığı için tedaviye kabul edilen 501 uyuşturucu kullanıcılarından oluşan bir örneğe dayanan bir çalışmadan alınmıştır. 2003'e kadar toplamda 189 ölüm kaydedilmiş olup bunların ölüm sebebi 14 vakada belirlenememiştir.

**Kaynak:** Ødegard, E., Amundsen, E.J. ve Kielland, K.B. (2007), 'Norveçli uyuşturucu bağımlılarından oluşan bir kohortta ölümcül aşırı doz vakaları ve diğer sebeplerden kaynaklanan ölümler: rakip bir risk yaklaşımı', *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176-82.

<sup>(155)</sup> 2003 yılı, Eurostat yoluyla neredeyse tüm Üye Devletler'den ölüm sebeplerine ilişkin bilgi bulunabilen en son yıl olarak alınmıştır. Kaynaklar, sayılar ve hesaplara ilişkin daha ayrıntılı bilgiler için bkz. 2008 istatistik bülteninde Tablo DRD-5.

<sup>(156)</sup> Bkz. 2008 istatistik bülteninde Şekil DRD-7 bölüm (ii).

uyuşturucuya bağlı ölümlerin önlenmesi için özel eylemler belirleyen, yeni kılavuz ilkeler yayımlamıştır.

İkame ile birlikte psikolojik bakım ve psikoterapiyi de içeren tedavinin uyuşturucu kullanıcıları arasındaki ölümlerin azaltılmasına yapabileceği katkı, İtalya'daki ileriye dönük uzun süreli bir çalışmada gösterilmiştir (Davoli vd., 2007). Bu çalışma, 1998'den 2001'e kadar genel tedavi hizmetlerine giren 10.454 eroin kullanıcısından oluşan bir kohort içerisinde gerçekleştirilmiş ve tedavide tutulma ile aşırı doz kaynaklı ölümleri değerlendirmiştir. Kohort içerisindeki ölüm riski, halkın geneline kıyasla, ortalama 10 faktör civarında artış göstermiştir. Bununla beraber, tedavi görmekte olan uyuşturucu kullanıcıları arasında, ölüm riski halkın genelinden dört kat fazlayken tedaviyi bırakmış olanların ölme olasılığı 20 kat fazlaydı.

Kitapçık, broşür ve posterler yoluyla aşırı dozun riskleri ve yönetimine ilişkin bilgilerin hedefli yaygın bildirimi çoğu ülkede yaygın bir uygulamadır. Bunun yanı sıra, aşırı doz yönetimi uzmanlığında bilgi ve becerilerin artırılmasına yönelik eğitim atölyeleri artık Üye Devletler'in yarısında bulunmaktadır. Bu eğitim, uyuşturucu kullanıcıları ve akrabalarının yanı sıra personeli de hedefleyebilmekte ve tipik olarak spesifik risklere ilişkin bilgi içermekte olup bu riskler arasında aşağıdakiler bulunmaktadır:

uyuşturucudan temiz olma dönemlerinden sonra toleransın düşmesi; çeşitli uyuşturucu kullanımı, özellikle de eşlik eden alkol kullanımının ve başka kişilerin yokluğunda uyuşturucu kullanmanın etkileri ve ilk yardım becerileri. İtalya'da, kamu sağlığı hizmet koordinasyonu kapsamında bulunan bağımlılık bakım departmanlarının yarısında, evde hazırlanan nalokson ile birlikte aşırı doza tepki eğitiminin bir kombinasyonunun kullanıldığı rapor edilmiştir.

İkame tedavisindekiler de dahil olmak üzere, uyuşturucu kullanıcılarının psikososyal refahının proaktif izlenmesi, aşırı dozda uyuşturucu kullanımı çoğu durumda önceki sağlık ve sosyal durumlarla tetiklendiğinden, önemli olabilir ve kasıtlı aşırı doz oranları yüksek olabilir (Oliver vd., 2007).

Pek çok ülkede, bir diğer mesele, sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin hem aşırı dozda uyuşturucuya hem de bir dizi olumsuz sağlık sonucuna karşı daha korunmasız olabilecek, yaşlanmakta olan uzun süreli uyuşturucu kullanıcılarıyla meşgul olmasıdır. Bilhassa uyuşturucu enjekte edenler, korunmasızlıklarını daha da artıran, yüksek düzeylerde somatik hastalıklardan örneğin, kronik karaciğer hastalıklarından rahatsızlık çekebilirler.

### **Hapis cezası ya da tedavi tamamlandıktan sonra uyuşturucu kaynaklı ölüm riskinin artması**

Avrupa'da ve diğer yerlerde gerçekleştirilen çalışmalara göre, cezaevinden tahliyenin hemen akabinde ya da tedaviden sonra tekrar madde kullanmaya başladığında (relaps) uyuşturucu kaynaklı ölüm riski önemli oranda artmaktadır.

Birleşik Krallık'ta (İngiltere ve Galler) gerçekleştirilen yeni bir çalışma 1998-2000 döneminde tahliye olan neredeyse 49.000 mahkumun kayıtlarını Kasım 2003'e kadar kaydedilen ölümlerle karşılaştırmıştır (Farrell ve Marsden, 2008). Örnekte bu dönemde meydana gelen 442 ölümden çoğunluğu (% 59) uyuşturucuya bağlıydı. Tahliye takip eden yılda, uyuşturucu kaynaklı ölüm oranı 1.000 erkekte 5,2 ve 1.000 kadında 5,9'du. Tahliyenin hemen akabindeki dönemde, beklenen oranlar kadınlar için 10 kat ve erkekler için de sekiz katın üzerindedir. Cezaevi dışındaki ilk onbeş günde meydana gelen tüm kadın ölümleri ile erkek ölümlerinin % 95'i uyuşturucuya bağlıydı ve aşırı dozda uyuşturucuya ya da daha genel olarak madde kullanımındaki bozukluklara

atfolunabilir nitelikteydi. Sorgu hakimlerinin kayıtları opioidlerin uyuşturucu kaynaklı tüm ölümlerdeki rolünün % 95, benzodiazepinlerin % 20, kokainin % 14 ve trisiklik antidepressanların da % 10 olduğunu ortaya koymuştur.

İtalya'da gerçekleştirilen VEdeTTE çalışmasında (Davoli vd., 2007) aşırı dozdan kaynaklanan ölümlerde tedavideki eroin kullanıcıları arasında 1.000 kişi başına bir ve tedaviden sonraki ilk ayda ise 1.000 kişi başına 23'lük bir oran gözlemlenmiş olup bu oran, çarpıtıcı etkenlere göre düzeltildikten sonra, tedaviden sonraki ilk ayda aşırı dozdan kaynaklanan ölüm riskinin 27 kat arttığı anlamına gelmektedir.

Uyuşturucu kaynaklı ölümler ile cezaevinden tahliye veya tedavinin sonlanması arasında gözlemlenen ilişkiye rağmen, mahkumların ya da tedavi görenlerin aşırı dozun riskleri hakkında eğitilmeleri için sistematik bir yatırım yapan az sayıda ülke bulunmaktadır. Cezaevinden tahliye edilen uyuşturucu kullanıcılarının bakımı ve rehabilitasyonunun sürekliliği de pek çok ülkede yetersiz düzeydedir. Bu iki alandaki gelişmeler uyuşturucuya bağlı ölümlerin önlenmesine yönelik değerli fırsatlar teşkil edebilir.



## Bölüm 8

### Yeni uyuşturucular ve yeni ortaya çıkan eğilimler

#### Giriş

Yeni psikoaktif maddelerin kullanımının kamu sağlığı ve politikaya ilişkin önemli etkileri olabilir ama yeni ortaya çıkan eğilimlerin izlenmesi önemli bir meseledir. Yeni uyuşturucu kullanımı alışkanlıklarının saptanması güçtür, çünkü tipik olarak önce düşük düzeylerde ve belirli bölgelerde ya da halkın sınırlı alt grupları arasında ortaya çıkarlar. Bu türde davranışa duyarlı izleme sistemlerine sahip az sayıda ülke vardır ve bu türden uyuşturucu kullanımını izlemenin yol açtığı yöntemsel sorunlar da oldukça önemlidir. Buna rağmen, potansiyel yeni tehditlerin saptanmasının önemi herkesçe kabul edilmektedir ve Avrupa Birliği de doğrudan buna karşılık olarak yeni psikoaktif maddeler hakkında Konsey Kararı yoluyla Avrupa uyuşturucu sahnesinde yeni psikoaktif maddelerin ortaya çıkmasına yönelik, hızlı bir tepki mekanizması sunan bir erken uyarı sistemi geliştirmiştir. Erken uyarı sistemini destekleyen faaliyetler EMCDDA'nın çalışmalarının önemli bir bölümünü oluşturmakta ve Avrupa uyuşturucu izleme sisteminin zamanlamasının ve hassaslığının iyileştirilmesine yönelik geniş kapsamlı veri kaynakları kullanımının önemli bir unsurunu oluşturmaktadır.

#### Yeni psikoaktif maddeler hakkında AB eylemi

Yeni psikoaktif maddeler hakkında Konsey Kararı<sup>(157)</sup>, kamu sağlığına yönelik ve sosyal tehditler oluşturabilecek yeni psikoaktif maddeler hakkında hızlı bilgi değişimine yönelik bir mekanizma oluşturmaktadır. Ayrıca, Üye Devletler'de narkotik ve psikotropik maddelerin kontrolü için geçerli tedbirlerin yeni maddeler için de geçerli olması amacıyla bu yeni maddelerle ilişkili risklerin bir değerlendirmesini sunmaktadır. Mayıs 2007'de, EMCDDA'nın genişletilmiş Bilimsel Komitesi tarafından yeni bir psikoaktif madde olan BZP'nin (1-benzilpiperazin) risk değerlendirmesi gerçekleştirilmiş ve Konsey ile Avrupa Komisyonu'na bir rapor sunulmuştur<sup>(158)</sup>. Risk değerlendirmesi, uyarıcı özellikleri, oluşturduğu sağlık riski ve tıbbi açıdan yararsız

olmasından dolayı, BZP'nin kontrol edilmesine yönelik bir ihtiyaç bulunduğunu ama kontrol tedbirlerinin, maddenin yol açtığı nispeten düşük riske uygun olması gerektiği sonucuna varmıştır. Mart 2008'de, Konsey BZP'yi kontrol tedbirleri ile cezai hükümlere tabi kılacak yeni bir psikoaktif madde olarak tanımlayan bir kararı kabul etmiştir. Üye Devletler'in, 1971 Birleşmiş Milletler Psikotropik Maddeler Sözleşmesi kapsamındaki yükümlülüklerine uygun mevzuatları kapsamında belirtildiği gibi, kanunlara uygun olarak gereken tedbirleri almak, BZP'yi riskleriyle orantılı kontrol tedbirlerine ve para cezalarına tabi kılmak için bir yılı bulunmaktadır.

Mart 2007'de EMCDDA ve Europol 1-(3-klorofenil) piperazinin (mCPP) aktif izlenmesi hakkında Komisyon'a rapor vermiştir<sup>(159)</sup>. Bu rapor, sadece bilgi amacıyla üretilmiş olup mCPP'nin karışık psikoaktif özellikleri ve bazı yan etkileri yüzünden 'başlı başına bir eğlence uyuşturucusu haline gelmesi ihtimali olmadığı' sonucuna varmıştır. mCPP'nin kullanıcılar için özel bir çekiciliği yok gibi görüldüğünden, Avrupa Birliği'ndeki mCPP pazarını sürdüren büyük bir olasılıkla talepten ziyade arzıdır.

2007 yılında, EMCDDA ve Europol'e erken uyarı sistemi yoluyla toplam 15 yeni psikoaktif madde ilk olarak bildirilmiştir. Yeni bildirilen maddeler grubu çeşitli olup yeni sentetik uyuşturucuların yanı sıra tıbbi ürünler ve doğal olarak yetişen maddeleri de içermektedir. Yeni rapor edilen karışımlardan dokuzu 1971 Birleşmiş Milletler Psikotropik Maddeler Sözleşmesi'nin I ve II. Planlarında listelenenlere benzer sentetik uyuşturuculardır. Bunlar arasında fenetilamin, triptamin ve piperazin gibi bilinen kimyasal madde gruplarının yanı sıra, daha az bilinen kimyasal madde birleşimleri de bulunuyordu. Grup, belirgin halüsinojenik etkilere sahip maddeler ile ağırlıklı olarak uyarıcı özellikler sergileyenler arasında eşit olarak bölünmüştür.

2007 yılında, ilk olarak bilgi değişim mekanizması yoluyla üç tane doğal olarak yetişen madde rapor edilmiştir; bunlar arasında, etki gücü yüksek psikoaktif özelliklere sahip bir bitki olan *Salvia divinorum* da bulunmaktadır<sup>(160)</sup>.

<sup>(157)</sup> Yeni psikoaktif maddelerin bilgi değişimi, risk değerlendirmesi ve kontrolü hakkındaki 10 Mayıs 2005 tarih ve 2005/387/JHA sayılı Konsey Kararı (RG L 127, 20.5.2005, s. 32).

<sup>(158)</sup> [https://ednd-cma.emcdda.europa.eu/assets/upload/Risk\\_Assessment\\_Report\\_BZP.pdf](https://ednd-cma.emcdda.europa.eu/assets/upload/Risk_Assessment_Report_BZP.pdf)

<sup>(159)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

<sup>(160)</sup> Bkz. 'Kontrol edilen yeni maddeler', s. 92.

## Kontrol edilen yeni maddeler

Ocak 2006'dan beri 12 ülke kontrol edilen maddeler listelerinde ekleme ya da değişiklik yaptıklarını rapor etmiştir. Altı ülkede (Belçika, Almanya, Litvanya, Macaristan, Malta, Slovakya) mCPP (1-(3-klorofenil) piperazin) ve dört ülkede (Estonya, İtalya, Litvanya, Malta) BZP (1-benzilpiperazin) kontrol edilen maddeler listesine eklenmiştir. Bu maddelerden mCPP EMCDDA ve Europol tarafından aktif olarak izlenmiş, BZP de 2007 yılındaki bir risk değerlendirmesine konu olmuştur. Bu dönemde kontrol altına alınan diğer maddeler arasında Danimarka ve Estonya'da halüsinojenler DOC (4-kloro-2,5-dimetoksiamfetamin), DOI (4-iodo-2,5-dimetoksiamfetamin) ile bromo-dragonfly (bromo-benzodifuranil-izopropilamin) ve Estonya'da da ketamin bulunmaktadır.

Psikoaktif özelliklere sahip çeşitli bitkiler de kontrol edilmektedir. Bu amaçla, Belçika psikotropik maddeler hakkındaki mevzuatını, daha önceden olduğu gibi sadece psikoaktif bileşenlerinden ziyade, kontrol edilen bitki ve bitki bölümlerini listeleyen yeni bir kategoriye içerecek şekilde yeniden yapılandırmıştır. Listeye eklenen bitkiler arasında khat (qat, *Catha edulis*) ve *Salvia divinorum* bulunmaktadır. Khat şu anda Avrupa'da 11 ülke tarafından kontrol edilmektedir (Birleşik Krallık'ta 2005 yılında yapılan bir risk değerlendirmesi kontrol aleyhine tavsiyede bulunmuştur). 2006 yılında, İsveç listesine *Salvia divinorum*'un ana aktif prensibi olan salvinorin-A'yı eklemiştir; 2008 yılında bu bitki Almanya'da da kontrol altına alınmıştır. Aynı dönemde, aktif bileşeni ibogainin Belçika, Danimarka ve İsveç'te yasal kontrolünü takiben, *Tabernanthe iboga* Fransa'da kontrol edilen maddeler listesine eklenmiştir. Son olarak da halüsinojenik mantarlarla ilişkili ölümlere tepki olarak İrlanda ve Hollanda psilosin içeren taze mantarların satışına ve bulundurulmasına izin vermiş olan önceki yasal boşlukları kapatmaya yönelmişlerdir; İrlanda'da kanun Ocak 2006'da yürürlüğe girerken Hollanda'da bu metnin yazıldığı dönemde parlamento sürecinde bulunuyordu.

Daha fazla bilgi için, AB ve Norveç'te kontrol edilen maddelerin bir listesi Avrupa Yasal Uyuşturucu Veritabanında yer alan 'Maddeler ve sınıflandırmalar tablosu'nda yer almaktadır (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

## İnternet – psikoaktif maddeler pazaryeri

İnternet, çevrimiçi forumlar ve sohbet odalarının yanı sıra kontrol edilen maddelere alternatif psikoaktif maddeler satan çevrimiçi siteler yoluyla da uyuşturucu kullanıcısının dünyasına yeni bir pencere açmaktadır. Eldeki bilgiler, çevrimiçi uyuşturucu pazarının farklı yönlerine ilişkin olarak örneğin; çevrimiçi dükkanların çalışma yöntemleri, bunların kullanıcıların taleplerine ne şekilde tepki verdiği ve gençler arasındaki yeni eğilimlere ilişkin fikir sağlayabilir. EMCDDA, çevrimiçi uyuşturucu pazarındaki yeni gelişmeleri saptamak amacıyla, 2008'in başlarında 25 çevrimiçi

dükkanı araştıran, enstantane bir çalışma gerçekleştirmiştir. Söz konusu çalışmanın sonuçları burada sunulmuştur.

## Çevrimiçi dükkanlar

Kontrol edilen uyuşturuculara LSD, ecstasy, esrar ve opioid gibi psikoaktif alternatifler satan çevrimiçi dükkanların sayısının arttığına ilişkin raporlar bulunmaktadır. Çevrimiçi dükkanların satışa sunduğu maddeler genellikle 'yasal kafa yapıcı maddeler' ya da 'bitkisel kafa yapıcı maddeler' diye adlandırılmakla beraber, bazı Avrupa ülkelerinde bu uyuşturucular kontrol edilen uyuşturucularla aynı kanun ve cezalara tabi tutulabilirler.

Avrupa Birliği dahilinde, enstantane çalışmada belirlenen çevrimiçi dükkanların çoğunluğunun merkezi Birleşik Krallık ve Hollanda'da ve daha az bir ölçüde de Almanya ve Avusturya'da bulunmaktadır. Çevrimiçi dükkanlar genellikle belli türlerdeki uyuşturucuyla ilgili ürünlerde uzmanlaşmaktadırlar, örneğin; bazıları esasen uyuşturucu teçhizatı satmakta, bazıları halüsinojenik mantarlarda ya da 'parti hapları'nda uzmanlaşırken diğerleri çok çeşitli bitkisel, yarı-sentetik ve sentetik maddeler pazarlamaktadır.

Merkezi Avrupa'da bulunan çevrimiçi dükkanlar 200'ün üzerinde psikoaktif ürün tanıtılmaktadır. En sık karşılaşılan 'yasal kafa yapıcı' maddeler *Salvia divinorum*, kratom (*Mitragyna speciosa*), Hawaiiian baby woodrose (*Argyrea nervosa*), halüsinojenik mantarlar (EMCDDA, 2006) ve çeşitli 'parti hapları'dır.

Satılan maddelerin reklamı, çoğunlukla kontrol edilen uyuşturuculara benzer etkileri olduğu söylenerek yapılmaktadır. Hem *Salvia divinorum* hem de Hawaiiian baby woodrose'un daha az satılan morning glory'le (*Ipomoea*

## İnternet çalışması yöntembilimi

Bir enstantane elde etmek amacıyla, Ocak 2008'de çok dilli anahtar kelimeler ve Google arama motoru (<http://www.google.com>) kullanılmak suretiyle, İnternette aramalar gerçekleştirilmiştir. Çeşitli türlerde yasal 'kafa yapıcı madde' satan, toplamda 68 AB-merkezli çevrimiçi dükkan belirlenmiştir. Bunlar geldikleri ülkeye göre sınıflandırılmıştır. Geldiği ülkenin belirlenmesinde AB ülke alan kodları (örneğin ES, FR, DE) ya da AB merkezli olmanın diğer göstergeleri (örneğin iletişim adresi) kullanılmıştır. Dükkanların yarısından fazlası (% 52) Birleşik Krallık'ta, % 37'si Hollanda'da, % 6'sı Almanya'da, % 4'ü Avusturya'da ve % 1'i de başka ülkelerde (örneğin İrlanda, Polonya'da) bulunuyordu. Ayrıntılı analiz için 25 çevrimiçi dükkandan oluşan rasgele bir örnek seçilmiştir. Her sınıftaki (geldiği ülke) örnekleme bölümleri, çevrimiçi dükkanların toplam örneğiyle orantılıydı. Tüketiciye satmaktan ziyade, sadece sektöre satış yapan çevrimiçi dükkanlarla birlikte, sadece halüsinojenik mantar satanlar gibi dükkanlar çalışmanın dışında bırakılmıştır.

violacea) beraber, LSD'ninkilere benzer halüsinojenik etkiler ürettiği söylenmektedir. Kratom, çoğunlukla opioid yerine geçen bir madde olarak pazarlanmakta, esrara alternatif olarak çeşitli karışımlar sunulmakta ve 'parti hapları' da MDMA'ya alternatif olarak satılmaktadır. Sentetik 'parti hapları'nın başlıca bileşeni genellikle benzilpiperazin (BZP) olmakla beraber, çevrimiçi dükkanların, BZP'nin AB Üye Devletleri'nde kontrol tedbirlerine tabi kılınacağı zaman için bazı ikame maddeleri hazır bulundurduğu düşünülmektedir. Reklam edilen maddelerin fiyatları bir doz için 1 EUR'dan 11 EUR'ya kadar değişmektedir.

### GHB ve öncülü GBL: takip çalışması

Avrupa'da, gamma-hidroksibütrik asit (GHB), yeni sentetik uyuşturucular hakkındaki 1997 ortak eyleminin koşulları kapsamında bir risk değerlendirmesinin gerçekleştirildiği 2000 yılından beri denetim altında bulunmaktadır (EMCDDA, 2002). GHB'nin Mart 2001'de 1971 BM Psikotropik Maddeler Sözleşmesi'nin IV. Planı'na eklenmesi, tüm AB Üye Devletleri'ni bu uyuşturucuyu psikotropik maddelere yönelik kendi mevzuatları kapsamında kontrol etmeye zorunlu kılmış ve yeni kontroller GHB'nin önceden açıkça yapılan satışını hızla düşürmüştür.

GHB insan vücudunda doğal olarak oluşur ama aynı zamanda ilaç ve eğlence amaçlı bir uyuşturucu olarak da kullanılmaktadır. GHB'nin tıbbi olmayan kullanımı 1990'larda Avrupa, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'nın bazı bölgelerindeki gece ortamlarında, özellikle de diğer pek çok uyuşturucunun yaygın olarak kullanıldığı gece kulüplerinde ortaya çıkmıştır. Kullanımına bağlı sağlık risklerine ilişkin kaygılar hızla yayılmıştır. Bilhassa, cinsel saldırıyı kolaylaştırmak amacıyla içkiye gizlice GHB eklendiğine dair endişeler doğmuştur. Ancak, bu yöndeki adli kanıtlar yetersiz olup vücut sıvılarında GHB'nin saptanması için çok az zaman bulunmasına bağlı olarak kanıtlanması da güçtür. Bununla beraber, GHB'nin uyuşturucuyla kolaylaştırılan cinsel saldırıyla ilişkilendirilmesinin, maddenin 'olumsuz imajına' muhtemelen katkısı olabileceği düşünülmektedir (EMCDDA, 2008c).

### GBL

Son zamanlarda GHB'nin bir öncülü ve BM uyuşturucu kontrol sözleşmelerinin hiçbirinde listelenmemiş bir madde olan gamma-butirolakton (GBL) tüketimine ilişkin raporlar da endişe uyandırmaya başlamıştır. GBL vücutta hızla GHB'ye dönüşür ve bu iki maddeden hangisinin tüketildiğinin belirlenmesi için yapılabilecek hali hazırda hiçbir toksikolojik test bulunmamaktadır.

GHB, endüstrinin pek çok dalında (örneğin kimyasal, plastik, farmasötik) yaygın ve yasal olarak kullanılan ve dolayısıyla ticari tedarikçilerden bulunabilen GBL ve 1,4-butanedioldan imal edilmektedir. GBL'nin ticari bulunurluğu, uyuşturucu satıcıları ve tüketicilerinin bu maddeyi Avrupa Birliği'nde yasadışı uyuşturucu pazarlarında normalinden çok daha düşük fiyatlar ve risk düzeylerinde bulabilmelerini sağlamaktadır. Örneğin, İnternet'ten toplu olarak satın alınan 1 gram GBL'nin ortalama fiyatı 0,09 EUR ile 2 EUR arasında değişmektedir.

### Sağlık riskleri

Gerek GHB gerekse GBL'nin doza-tepki eğrisi son derece yüksek olup semptomları hızla baş göstermekte ve bu durum yasadışı kullanımla ilişkili riskleri önemli oranda artırmaktadır. Bulantı, kusma ve farklı derecelerdeki şuur bozuklukları, rapor edilen çoğu GHB zehirlenme vakasında bulunan başlıca yan etkilerdir. Bununla birlikte, sıkça başka uyuşturucularla birlikte saptanması klinik sunumunu karmaşıklştırabilir. Hollanda'da 72 GHB kullanıcısıyla yapılan bir çalışmada, çoğu kullanıcının GHB kullanırken en az bir kez, diğerlerinin ise daha sık bayıldığı rapor edilmiştir (Korf vd., 2002). Birleşik Krallık'ta GHB ve GBL kullanıcılarıyla yapılan bir ankette, sakıncalı reaksiyonların kulüp ortamlarında özel evlerde olduğundan daha yaygın meydana geldiği rapor edilmiştir (Sumnall vd., 2008). Londra ve Barselona'da, GHB zehirlenmelerine ilişkin hasta profili, çoğunluğun gençler ve erkeklerden oluştuğunu göstermiş ve zehirlenmelerin birçoğunun da genellikle eşlik eden alkol veya yasadışı uyuşturucu tüketimiyle birlikte, hafta sonlarında meydana geldiği belirtilmiştir (Miro vd., 2002; Wood vd., 2008).

Bilimsel literatürde ve EMCDDA'ya iletilen raporlarda, GHB'yle ilişkili zehirlenme vakaları ve acil durumlar, 1990'ların sonlarından beri, çok sistematik bir şekilde olmasa da Belçika, Danimarka, İspanya, Lüksemburg, Hollanda, Finlandiya, İsveç, Birleşik Krallık ve Norveç'te rapor edilmektedir. GHB, hastane ya da ambulansla acil durum hizmetleri gerektiren tüm acil uyuşturucudan zehirlenme vakalarının sadece çok küçük bir kısmıyla ilişkilendirilmekle beraber, sayılar 2000 yılından beri artmış görülmektedir. Amsterdam'da, 2005 yılında, GHB/GBL'yle ilgili vakalarda hastaneye götürülmeyi gerektiren acil durum yardım taleplerinin oranı diğer uyuşturucularla ilgili olanlardan daha yüksekti.

Birleşik Krallık'ta, Londra'daki tipik olarak gay kulüplerin müdavimlerinin (ama başkalarının da) gittiği yerel kulüp mekanlarını içeren bir hizmet alanına sahip bir hastanenin acil bölümü, 2006'da toplam 158 GHB ve GBL vakası

kaydetmiştir. Bu hastaların çoğu GHB tükettiğini rapor ederken aynı hizmet alanında bulunan gece kulüplerinden aynı zaman sürecinde toplanan örneklerin kimyasal analizi, örneklerin yarısından fazlasının GHB'den ziyade GBL içerdiğini ortaya çıkarmıştır. Bu durum GBL kullanımının önceleri zannedilenden daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir (Wood vd., 2008).

Vücuttan hızla atıldığından, GHB/GBL'nin zehirlenme ya da ölüm sebebi olarak saptanması güçtür. Ayrıca GHB ve öncüllerinin kullanımına bağlı ölümlerin ve ölümcül olmayan acil durumların sayısının kaydedilmesi için hassas ve karşılaştırılabilir bir sistem bulunmamaktadır.

### Tepkiler

Bazı Üye Devletler (İtalya, Letonya, İsveç) GBL'yi (veya GBL'yi ve diğer öncül 1,4-BD'yi) uyuşturucu kontrolü ya da dengi mevzuat kapsamında kontrol etmeyi tercih etmiştir

ve Birleşik Krallık'ta daha ileri derecede kontrol edilmesi hakkındaki tartışmalar da sürmektedir. Öncül maddelerin kontrolü hakkındaki Topluluk mevzuatına uygun olarak GBL ve 1,4-BD, yasal endüstriyel kullanım alanlarından saptırılmalarının önlenmesine yönelik, gönüllü izleme tedbirleri tüm Üye Devletler'de uygulanmakta olan ve kontrol edilmeyen maddeler listesinde bulunmaktadır.

GHB/GBL kullanımına tepki olarak uygulanan önleme ve hasar azaltma müdahaleleri gece hayatı ortamlarını hedefleyen ulusal ve topluluk uyuşturucu projeleri tarafından yaygın olarak temin edilmektedir. Bu müdahaleler genellikle kulüp personelinin eğitimi ve GHB ile diğer uyuşturucuları kullanmanın riskleri hakkındaki bilgilendirme çalışmalarından oluşmaktadır. Bu tür müdahaleler genellikle 'kulüp uyuşturucuları' ile alkol ve uyuşturucu kombinasyonlarının kullanımıyla ilişkili diğer müdahalelerle birlikte gerçekleştirilmektedir (EMCDDA, 2008e).



## Referanslar

- Avrupa Komisyonu (2007a), 'Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence', COM (2007) 199 final.
- Avrupa Komisyonu (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Sağlık ve Tüketiciyi Koruma Müdürlüğü.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., vd. (2005), 'Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries', *European Journal of Public Health* 16, s. 198-202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. vd. (2005), 'Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain', *Addiction* 100, s. 981-9.
- Cameron, L. ve Williams, J. (2001), 'Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?', *Economic Record* 77, s. 19-34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Narkotik Uyuşturucu Komisyonu, Birleşmiş Milletler: Ekonomik ve Sosyal Konsey, Viyana.
- Coggans, N. (2006), 'Drug education and prevention: has progress been made?', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, s. 417-22.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., vd. (2007), 'Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation', *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. ve Sorensen, J.L. (2001), 'Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment', *Drug and Alcohol Dependence* 62, s. 91-5.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. ve Van Laar, M. (2008), 'Estimating the total mortality among problem drug users', *Substance Use and Misuse* 43, s. 733-47.
- Currie, C., vd. (der.) (2008), 'Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey', DSÖ Politika Dizisi: Çocuklar ve Ergenler için Sağlık politikası Sayı 5, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag.
- Daly, M. (2007), 'Plant warfare', *Druglink* 22(2), Mart-Nisan.
- Darke, S. ve Ross, J. (2002), 'Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods', *Addiction* 97, s. 1383-94.
- Darke, S., Degenhardt, L. ve Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A., vd. (2007), 'Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study', *Addiction* 102, s. 1954-9.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., vd. (2006), 'Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro', *Revista Española de Salud Pública* 80, s. 505-20.
- DeFuentes-Merillas, L. ve De Jong, C.A.J. (2008), 'Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie', NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. ve Kalelkar, M.B. (2008), 'An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007', *Journal of Forensic Science* 53, s. 452-4.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., vd. (2003), 'A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system', *Drug and Alcohol Dependence* 72, s. 59-65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. ve Matic, S. (2007), 'Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2004', *International Journal of Drug Policy* 18, s. 271-80.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Avrupa Hastalık Kontrol Merkezi, Stokholm.
- EMCDDA (2002), Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2006), 2006 Yıllık raporu: Avrupa'da uyuşturucu sorununun durumu, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.

- EMCDDA (2007a), 2007 Yıllık raporu: Avrupa'da uyuşturucu sorununun durumu, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2007b), Uyuşturucu ve suç: karmaşık bir ilişki, Mercek altındaki uyuşturucular No 16, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2008a), Esrar kitabı: küresel hususlar ve yerel deneyimler, Monograf No 8, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2008b), Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach, Insights No 8, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2008c), Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).
- EMCDDA (2008d), Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe: EMCDDA 2008 seçili konu, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/public-expenditure>.
- EMCDDA (2008e), GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Proje SYN2007076, Lahey.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Lahey.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Lahey.
- Farrell, M. ve Marsden, J. (2008), 'Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment', *Addiction* 103, s. 251-5.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. ve Wendling, B.W. (2001), 'The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse', *Journal of Health Economics* 20, s. 51-68.
- Gorman, D.M., Conde, E. ve Huber, J.C. (2007), 'The creation of evidence in "evidence-based" drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation', *Drug and Alcohol Review* 26, s. 585-93.
- Gossop, M., Manning, V. ve Ridge, G. (2006), 'Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder', *Addiction* 101, s. 1292-8.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. ve Treacy, S. (2002), 'Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)', *Addictive Behaviors* 27, s. 155-66.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. ve Klempova, D. (2008), 'Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe', *Drug and Alcohol Review* 27, s. 236-42.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., vd. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Vakfı, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. ve Anderson, J. (2003), 'Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)', *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, s. 125-34.
- INCB (2008a), *Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulunun 2007 Raporu*, Birleşmiş Milletler: Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Birleşmiş Milletler: Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, uyuşturucu ticareti ve kanun uygulama hakkındaki ikinci Avrupa konferansında sunulmuştur, Paris, 26/27 Eylül, 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. ve Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide* BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (<http://www.archido.de/adresinde> bulunmaktadır).
- Korf, D., Nabben, T. ve Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Tombourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. ve Patton, G.C. (2006), 'Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies', *Addiction* 101, s. 948-58.
- Matrix Araştırma ve Danışmanlık ve Ceza Politikası Araştırma Enstitüsü, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, İdare Merkezi (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. ve Davoli, M. (2008), 'Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone

- maintenance for opioid dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Sayı 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. ve Davoli, M. (2004), 'Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Sayı 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. ve Sanchez, M. (2002), 'Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate', *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, 129-35.
- Morgan, O., Griffiths, C. ve Hickman, M. (2006), 'Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004', *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1579-85.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. ve LaRowe, S. (2004), 'Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues', *Annals of Clinical Psychiatry* 16, s. 101-9.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, Ulusal Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü, Londra.
- Nordstrom, B.R. ve Levin, F.R. (2007), 'Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature', *American Journal of Addiction* 16, s. 331-42.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. ve Kielland, K.B. (2007), 'Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach', *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176-82.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A. ve Vuori, E. (baskıda), 'An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia', *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., vd. (2007), 'A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose', *Research briefing* 24, Ulusal Madde Bağımlılığı Tedavi Kurumu, Londra.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., vd. (2008), 'The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life', *Addiction* 103, s. 439-49.
- Petrie, J., Bunn, F. ve Byrne, G. (2007), 'Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review', *Health Education Research* 22, s. 177-91.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., vd. (2004), 'Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European Addiction Research* 10, s. 147-55.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. ve Hopkins, L.N. (2001), 'Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey', *Circulation* 103, s. 502-6.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., vd. (2000), 'Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention', *Journal of Psychoactive Drugs* 32, s. 233-8.
- Reitox ulusal raporları (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. ve Wiessing, L. (2008), 'Guidelines for estimating the incidence of problem drug use', Nihai rapor CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lizbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., vd. (baskıda), 'Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe', Avrupa Komisyonu'na yönelik 'Drug policy and harm reduction' hakkındaki SANCO/2006/C4/02 projesinin nihai raporu WP1.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. ve Carballo, J.L. (2008), 'Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes', *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, s. 202-7.
- Stallwitz, A. ve Stöver, H. (2007), 'The impact of substitution treatment in prisons: a literature review', *International Journal of Drug Policy* 18, s. 464-74.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., vdo (2008), 'Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)', *Drug and Alcohol Dependence* 92, s. 286-90.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. ve Gill, O.N. (2006), 'Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison', *BMC Public Health* 6, s. 170.
- Swift, W., Hall, W. ve Copeland, J. (2000), 'One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia', *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 309-18.
- Szendrei, K. (1997/1998), 'Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality', *Bulletin on Narcotics* XLIX ve L, No 1 ve 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., vd. (2007), 'Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use', *Lancet* 369, s. 1391-401.
- UNODC (2007a), *2007 Dünya uyuşturucu raporu*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana (bulunduğu adres: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on>

Drugs-and-Crime.html).

UNODC (2008), *2008 Dünya uyuşturucu raporu*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.

UNODC ve Fas Hükümeti (2007), *Fas esrar anketi 2005*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.

USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Cilt I, ABD Dışişleri Bakanlığı, Washington, DC.

Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. ve Prins, M. (2007), 'Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users', *Addiction* 102, s. 1454-62.

WCO (2007), *Gümrük ve uyuşturucu raporu 2006*, Dünya Gümrük Örgütü, Brüksel.

Werch, C.E. ve Owen, D.M. (2002), 'Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs', *Journal of Studies on Alcohol* 63, s. 581-90.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., vd. (2008), 'Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)', *Quarterly Journal of Medicine* 101, s. 23-9.

Zador, D., Mayet, S. ve Strang, J. (2006), 'Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK', *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1586-7.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. ve Lochman, J.E. (2007), 'Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, s. 33-9.







EMCDDA 2008 yıllık raporu

**2008 yıllık raporu: Avrupa'da uyuşturucu sorununun durumu**

Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu

2008 – 99 pp. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-341-3





## EMCDDA hakkında

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA) Avrupa Birliği'nin merkeze bağlı olmayan kurumlarından biridir. 1993'te kurulan ve Lizbon'da konumlanmış olan kurum, Avrupa'da uyuşturucu ve uyuşturucu bağımlılığı hakkında kapsamlı bilginin merkezi kaynağıdır.

EMCDDA, uyuşturucu ve uyuşturucu bağımlılığı hakkında olgusal, tarafsız, güvenilir ve karşılaştırılabilir bilgi toplamakta, analiz etmekte ve yaygın bildirmektedir. Böylelikle izleyicilerine Avrupa düzeyindeki uyuşturucu sorununun belgelere dayanan bir tablosunu sunar.

Merkez'in yayınları, politika yapıcılar ve danışmanları; uyuşturucu alanında çalışan profesyoneller ile araştırmacılar ve daha geniş anlamda, medya ve halkın geneli için başlıca bir bilgi kaynağı teşkil etmektedir.

Yıllık rapor, EMCDDA'nın AB'deki uyuşturucu sorununun yıllık değerlendirmesini sunmakta olup Avrupa'da uyuşturucular hakkındaki en son bulguları öğrenmek isteyenler için temel bir referans kitabıdır.



Yayımlar Dairesi  
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-341-3



9 789291 683413