



Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu  
Bağımlılığı İzleme Merkezi

# 2006 YILLIK RAPORU

AVRUPA'DAKİ UYUŞTURUCU SORUNUNUN DURUMU





Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu  
Bağımlılığı İzleme Merkezi

# 2006 YILLIK RAPORU

AVRUPA'DAKİ UYUŞTURUCU SORUNUNUN DURUMU

## Yasal bildirim

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) bu yayını telif hakkıyla korunmaktadır. EMCDDA, bu belgede yer alan verilerin kullanımından kaynaklanacak herhangi bir sonuç için hiçbir sorumluluk veya yükümlölük kabul etmez. Bu yayında yer alan bilgiler, EMCDDA'nın ortakları, AB Üye Devletleri veya Avrupa Birliği ya da Avrupa Toplulukları bünyesindeki bir kurumun ya da kuruluşun resmi görüşlerini yansıtmıyor olabilir.

Avrupa Birliği hakkında pek çok ek bilgi İnternet ortamında mevcuttur. Bu bilgilere Avrupa sunucusu (<http://europa.eu>) yoluyla erişilebilir.

Europe Direct Avrupa Birliği 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 çağrıları faturalandırabilmektedir.

Bu rapor İspanyolca, Çekce, Danca, Almanca, Estonca, Yunanca, İngilizce, Fransızca, İtalyanca, Letonca, Litvanca, Macarca, Flamanca, Lehçe, Portekizce, Slovakça, Slovence, Fince, İsveççe, Bulgarca, Romence, Türkçe ve Norveççe olarak mevcuttur. Tüm çeviriler Avrupa Birliği Kurumları için Çeviri Merkezi tarafından yapılmıştır. Katalog bilgileri bu yayının sonunda bulunmaktadır.

Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, 2006

ISBN 92-9168-263-2

© Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2006

Kaynak belirtilmesi kaydıyla çoğaltılmasına izin verilir.

*Printed in Belgium*

KLORSUZ BEYAZ KAğIDA BASILMIşTIR



Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu  
Bağımlılığı 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](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

# İçindekiler

Önsöz	5
Teşekkür	7
Giriş notu	9
Yorum: Avrupa’da uyuşturucu sorunu	11
Bölüm 1	
<b>Politikalar ve kanunlar</b>	<b>17</b>
Bölüm 2	
<b>Avrupa’daki uyuşturucu sorunlarına tepki vermek – genel bir bakış</b>	<b>27</b>
Bölüm 3	
<b>Esrar (kenevir)</b>	<b>37</b>
Bölüm 4	
<b>Amfetaminler, ecstasy ve diğer psikotropik uyuşturucular</b>	<b>47</b>
Bölüm 5	
<b>Kokain ve crack kokain</b>	<b>58</b>
Bölüm 6	
<b>Opioid kullanımı ve uyuşturucu enjeksiyonu</b>	<b>66</b>
Bölüm 7	
<b>Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar ve uyuşturucuya bağlı ölümler</b>	<b>75</b>
Bölüm 8	
<b>Sorunlu ve çoklu uyuşturucu tüketimini izlemenin geliştirilmesi</b>	<b>88</b>
Referanslar	95



## Önsöz

Bu rapor, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (EMCDDA), bu yıl 23 Avrupa dilinde hazırlanmış olan 11. yıllık raporudur. Kurumun yıllardır çıkardığı raporlara dönüp bakıldığında, şu anda eldeki bilgilerin ne derece ayrıntılı olduğundan etkilenmemek zordur – bunlar hem Avrupa'da yasadışı uyuşturucu kullanımı hem de Avrupa'nın uyuşturucu sorununa tepki verme şekline dair daha karmaşık bir durumu yansıtmaktadır.

Analizimizi destekleyecek eldeki bilgiler önemli oranda artmıştır. Bu yılki raporda yer alan bilgiler, 25 AB Üye Devleti ve Norveç ile, elde edilebildiği kadarıyla Bulgaristan, Romanya ve Türkiye'den gelmektedir. Yalnızca bilgi sağlayan ülkelerin sayısı artmakla kalmamış, aynı zamanda her birinden elde edilen karşılaştırılabilir bilgi miktarı da artmaya devam etmiştir. Bu bilgiler bize Avrupa'nın uyuşturucu konusundaki durumu ve dinamiklerinin şu ana kadar var olandan çok daha ayrıntılı bir tablosunu sunmaktadır. Bu karmaşıklığı inceleyerek, eğer varsa ortak deneyimleri bir araya getirmenin yanı sıra, farklılıkları değerlendirmek de EMCDDA'nın görevleri arasındadır. Üye Devletlerimiz, veri toplamak ve İzleme Merkezi'nin çalışmalarına ortak olmak suretiyle, bugün komşularında var olan sorunun, yarın kendileri için de sorun olabileceğini anlamıştır. Bu bilinç, Avrupa Birliği'nin belirlediği yeni uyuşturucu stratejisi ile planlarında ortaya konmuş olup, bunlar bilgi toplama ve paylaşmanın önemi; iyi uygulamaları saptayıp yaygınlaştırma gereği ve uyuşturucunun vatandaşlarımıza yönelik oluşturduğu ortak sağlık, sıhhat ve güvenlik tehdidine tepki olarak işbirliği ile koordine eylemin değeri hakkında fikir birliğiyle desteklenmektedir.

Mevcut bilgiler bize sürekli olarak dikkatli olma gereğini ve gevşeklik göstermenin tehlikelerini hatırlatmaktadır. Bu raporda uyuşturucuya bağlı HIV enfeksiyonları ve uyuşturucuya bağlı ölümlere ilişkin olarak uyarılar yer almaktadır. Bununla birlikte, genel olarak Avrupa'da, bu gibi sorunlara eğilmek için olağanüstü çabalar gösterilmiş ve somut ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu durum, Avrupa'da

politika yapıcılarının zor tercihlerde bulunmak durumunda kalmış oldukları ve eldeki kanıtları dikkatle inceledikten sonra da bu tercihleri yaptıkları anlamına gelmiştir. Böylesi bir siyasi perspektif alkışlanmalıdır. Dünyadaki uyuşturucu sorunu tartışmasında, dengeli ve kanıt esaslı bir yaklaşım ihtiyacına ilişkin görüşler de oldukça fazladır. Avrupa'da, belki de başka hiçbir yerde olmadığı kadar, bu konuşmalar gerçek olmuştur. Üye Devletlerimiz arasında, her birinin karşı karşıya bulunduğu uyuşturucu sorununun ayrıntılarındaki ve eyleme yönelik önceliklerindeki farklılıklara rağmen, uyuşturucu arzını azaltmak üzere bilgi paylaşımı ve işbirliği yapmanın önemi için olduğu kadar, arz azaltma faaliyetlerini talep azaltma tedbirleriyle dengeleme ihtiyacına yönelik de ortak bir fikir birliği bulunmaktadır ve hangi program ve eylemlerin vatandaşlarımız için en iyi faydayı sağlayabileceğine dair zor kararların alınmasında kanıt esaslı hareket etme gereğine ilişkin olarak da mutabakat artmaktadır. Bu Avrupa yaklaşımı yalnızca Avrupa'nın yeni uyuşturucu stratejisinde değil, aynı zamanda Üye Devletlerimiz'in kabul etmiş oldukları ulusal uyuşturucu stratejilerinde, Avrupa'dan bu konu hakkında çıkan daha güçlü ve ortak ses ve EMCDDA'nın çalışmalarında da kendini göstermektedir. EMCDDA olarak biz de, Avrupa'daki uyuşturucu sorunu hakkındaki mevcut bilgilerin tarafsız bir şekilde ve bilimsel açıdan sıkı bir analizini sunarak bilgilendirilen politika yapıcılığını kolaylaştırmak konusunda üzerimize düşeni yerine getirmeye çalışmaktayız.

Uyuşturucu kullanımı karmaşık bir sorun olduğundan, basit sonuçlara varılmasına olanak vermez. Yine de Avrupa'nın deneyiminden açıkça ortaya çıkan bir sonuç varsa, o da yasadışı uyuşturucu kullanımından kaynaklanan güçlüklerle karşı etkin tepkiler geliştirmek için, birlikte çalışmanı işe yaramakla kalmayıp, aynı zamanda zorunlu olduğunu da anlamış olmamızdır.

**Marcel Reimen**  
EMCDDA Yönetim Kurulu Başkanı

**Wolfgang Götz**  
EMCDDA Müdürü





## Teşekkür

EMCDDA, bu raporun oluşturulmasındaki katkılarından dolayı aşağıdakilere teşekkür eder:

- Reitox Ulusal Odak Noktalarının şefleri ve personelleri;
- her Üye Devlet içerisinde bu rapor için ham verileri toplayan servisler;
- EMCDDA Yönetim Kurulu ve Bilimsel Komite Üyeleri;
- Avrupa Parlamentosu, Avrupa Birliği Konseyi – özellikle Uyuşturucu hakkında Yatay Çalışma Grubu – ve Avrupa Komisyonu;
- Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) ile Europol;
- Avrupa Konseyi Pompidou Grubu, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, WHO Avrupa Bölgesel Ofisi, İnterpol, Dünya Gümrük Örgütü, İsveç Alkol ve diğer Uyuşturucular hakkında Bilgi Konseyi (CAN) ve AIDS Epidemiyolojik İzleme Merkezi;
- Avrupa Birliği Kurumları için Çeviri Merkezi ve Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu;
- Prepress Projects Ltd.

### Reitox Ulusal Odak Noktaları

Reitox, Avrupa'nın uyuşturucu ve uyuşturucu bağımlılığı hakkındaki bilgi ağıdır. Ağ, AB Üye Devletleri, Norveç, aday ülkeler ve Avrupa Komisyonu'ndaki ulusal odak noktalarından meydana gelir. Odak noktaları, hükümetlerinin sorumluluğu altında, EMCDDA'ya uyuşturucu hakkında bilgi sağlayan ulusal makamlardır.

Ulusal odak noktalarının iletişim bilgileri aşağıdaki adreste bulunmaktadır: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



## Giriş notu

Bu yıllık rapor, EMCDDA'ya AB Üye Devletleri ve aday ülkeler ile (EMCDDA'nın çalışmalarına 2001'den beri katılan) Norveç tarafından ulusal bir rapor şeklinde sunulan bilgilere dayanmaktadır. Burada raporlanan istatistiksel veriler 2004 yılına (ya da mevcut son yıla) aittir. Bu raporda yer alan grafikler ve tablolar AB Üye Devletlerinin bir alt kümesini yansıtabilir: seçme işlemi, ilgili dönem için veri sağlayabilen ülkeler temel alınarak yapılmıştır.

Yıllık raporun bir çevrimiçi sürümü 23 dilde mevcut olup <http://annualreport.emcdda.europa.eu> adresinde bulunmaktadır.

2006 istatistik bülteni (<http://stats06.emcdda.europa.eu>), yıllık rapordaki istatistiksel analizin dayandığı kaynak tabloların tamamını sunmaktadır. Ayrıca, kullanılan yöntem bilim hakkında daha fazla bilgi ve 100'ün üzerinde ek istatistik çizelgesi içermektedir.

Ülke veri profilleri (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>), her bir ülke için uyuşturucu durumunun anahtar yönlerinin en üst düzey, grafik şeklinde bir özetini sunmaktadır.

Bu raporun yanında yer alan üç derin inceleme aşağıdaki hususları araştırmaktadır:

- Avrupa uyuşturucu politikaları: yasadışı uyuşturucuların ötesine mi genişledi?
- uyuşturucu kullanımına cinsiyet perspektifinden bir bakış ile uyuşturucu sorunlarına tepki vermek ve
- eğlence ortamlarında uyuşturucu kullanımındaki gelişmeler.

Bu hususlar yazılı baskı ve çevrimiçi olarak (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) yalnızca İngilizce dilinde mevcuttur.

Her ülkedeki uyuşturucu sorunlarının ayrıntılı bir tanımını ve analizini sunan Reitox Odak Noktalarının ulusal raporlarına EMCDDA web sitesinden erişilebilir (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Yorum: Avrupa’da uyuşturucu sorunu

### Koordinasyon ve işbirliğine yönelik yeni bir Avrupa çerçevesi

Ulusal uyuşturucu politikalarını tanımlamak bütün Avrupa Üye Devletleri’nin bir önceliğini teşkil etmeye devam etmekle beraber, artık Avrupa düzeyinde birlikte çalışmaktan doğabilecek faydalara dair kuvvetli bir mutabakat da vardır. Bu durum, koordinasyon ve işbirliği faaliyetlerini destekleyen bir dizi yeni gelişmede de kendini göstermektedir. Bu gelişmeler arasında, öncül maddeler hakkında iki yeni AK tüzüğü ile yeni uyuşturucular hakkında bir Konsey kararının 2005 yılında yürürlüğe girmesi bulunuyordu. Bunlara ek olarak, uyuşturucu ticaretiyle mücadeleyle yönelik tedbirler, kara para aklama ve mallara el konmasıyla ilgili yeni hukuki araçlarla desteklenmektedir. Ancak, uyuşturucu konusunda Avrupa’da işbirliğini ve gelecek eylemleri şekillendirecek en önemli gelişme, yeni 2005-2012 AB uyuşturucu stratejisi ile buna eşlik eden iki eylem planıdır. Bunların ilki kapsamında, 100 civarında belirli tedbir AB Üye Devletleri tarafından 2008’de uygulamaya konmak üzere ayrıntılandırılmıştır. Her iki eylem planının sonunda çıkarılacak yıllık ilerleme incelemeleri ve etki değerlendirmeleriyle beraber, strateji belirlemek amacıyla sürekli bir değerlendirme programı öngörülmektedir.

Stratejinin, Avrupa’nın uyuşturucu problemine nasıl yaklaşılması gerektiğine dair bir görüş birliğini temsil ettiği düşünülebilir. Arz – talep tedbirlerini birleştiren dengeli bir yaklaşımla beraber, eylemleri etkinlik kanıtına dayandırma ve bunun yanı sıra, ilerlemeyi sistematik olarak değerlendirme ihtiyacının kabul edilmesi konusunda açık bir kararlılık vardır. Avrupa Üye Devletleri arasında hala önemli politika farklılıkları bulunmakta olup, bunlar genellikle ulusal uyuşturucu durumlarındaki ve tepkilerin yapılandırılmasındaki farklılıkları yansıtmaktadır. Buna rağmen yeni uyuşturucu stratejisi, Avrupa’nın uyuşturucu hakkındaki politika tartışmasının giderek artan bir şekilde faaliyetler hakkında ortak bir çerçeve üzerinde mutabakata dayandığına işaret etmektedir. Örneğin, her birinin vurgusu Üye Devletler arasında farklılık göstermekle beraber, neredeyse tüm talep azaltma stratejileri önleme, tedavi ve hasar azaltma unsurlarını içermektedir. İzlenecek bazı politika tercihleri ciddi tartışmalara yol açmayı sürdürüyorsa da, genellikle bu tartışmaların arkaplanında Avrupa’nın uyuşturucu sorununa tepkisini temellendiren ana unsurlara dair genel bir fikir birliği bulunmaktadır.

### Uyuşturucu kullanımı ve uyuşturucu arzı: giderek daha çok yapılan bir ayırım

Yine bu yıl rapor edilen yeni bilgilerde ortaya çıkan bir eğilim, kişisel kullanım için uyuşturucu bulundurma ile ticaret

ve arzla ilgili olan suçlar arasındaki ayırımı daha belirgin bir şekilde altının çizilmesine yönelik uyuşturucu konusundaki ulusal yasalarda değişikliklerin yapılması yönündedir. Genel olarak, ticaret ve arzla ilgili olan suçlar için cezaların artmasına ve kişisel kullanıma yönelik uyuşturucu bulundurma söz konusu olduğunda ise hapis cezalarının azaltılmasına doğru bir değişim gözlemlenmektedir. Bu gelişme, tüm Avrupa’da uyuşturucu tedavi seçeneklerinin artırılması ve uyuşturucu sorunu olanları cezai adalet sisteminden uzaklaştırarak tedavi ve rehabilitasyon seçeneklerine yönelten müdahalelere daha çok önem verilmesine dair artan eğilime uygundur. Uyuşturucunun satılmasından ziyade kişisel kullanım amacıyla bulundurulmasına ilişkin hukuki bir ayırma gitmiş olan ülkeler için, uyuşturucunun hangi miktarda kişisel kullanım eşiği oluşturduğuna dair açık bir kanun yapma ihtiyacı olup olmadığı sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu konuda mevcut durumda hiçbir fikir birliği hakim olmamakla beraber, Avrupa’da genel operasyonel kılavuz ilkelerin oluşturulmasından, hukuki sınırların belirlenmesine kadar değişen farklı yaklaşımlar benimsenmiştir.

### Eroin kullanımı: daha büyük bir resmin önemli bir unsuru

Bu raporda sunulan veriler, Avrupa genelinde tarihsel olarak uyuşturucu sorununun merkezi unsurları olarak eroin kullanımı ve bu maddenin çoğunlukla enjeksiyon yoluyla alınması, çoklu uyuşturucu kullanımıyla birlikte uyarıcı kullanımının artan önemi ile geniş kapsamlı esrar kullanımının kamu sağlığına yönelik büyüyen etkilerinden dolayı daha geniş olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bununla birlikte, pek çok ülkede opioidler (başta eroin), hastaların tedavi sebebinin teşkil eden başlıca uyuşturucu maddesi olup, 2004’te kaydedilmiş tedavi taleplerinin yaklaşık % 60’ını teşkil etmektedir ve bunların içinde hastaların yarısından biraz fazlası (% 53) uyuşturucuyu enjeksiyon yoluyla aldığını bildirmiştir.

Opioid tedavisi taleplerinin neredeyse % 25’i, 35 yaş ve üzeri kişiler tarafından gerçekleştirilmiş olup, ilk kez tedavi talep eden hastaların yalnızca % 7’si 20 yaş altındadır. Tedavi talebi verilerinin, rapor edilen yıl içerisinde tedavi isteyenlerin sayısını yansıttığı ve tedaviye devam etmekte olan kişileri içermediği unutulmamalıdır; dolayısıyla tedavi altındaki hastaların toplam sayısı bundan önemli ölçüde daha yüksektir. Avrupa genelinde, uyuşturucu ikame tedavisinde son yıllarda meydana gelen ciddi büyüme, tedavi sisteminin, eroin sorunları bulunan artan sayıda yaşlanmakta olan ve daha pek çok sene bakım gerektirerek kaynakları önemli

ölçüde tüketmeye devam etmesi kuvvetle muhtemel bir kesimi kapsadığı anlamına gelmektedir.

Avrupa'da tüketilen eroin ağırlıklı olarak Afganistan'da imal edilmektedir. Avrupa, tüm dünyada en büyük miktarlarda eroinin ele geçirildiği yer olmaya devam etmektedir ve Güneydoğu Avrupa ülkelerindeki (özellikle Türkiye) ele geçirme vakalarının sayısındaki artışın bir sonucu olarak, bu bölge, el konulan miktar anlamında Batı ve Orta Avrupa'yı geçmiştir. Eroin ele geçirme vakalarındaki bu artan eğilim, sadece daha geniş Avrupa düzeyinde yasadışı ticaretle mücadeleyle yönelik koordine eyleminin önemini vurgulamakla kalmayıp, aynı zamanda artan eroin üretiminin Avrupa pazarı üzerindeki etkisi hakkında da önemli sorulara yol açmaktadır. Ortalama saflığa ilişkin olarak net bir eğilim görülmemektedir; ancak enflasyona göre düzeltilmiş 5 yıllık fiyat eğilimi (1999-2004) pek çok ülkede düşüş göstermektedir. Yine de, Avrupa'da eroin daha hazır bulunur ve daha ucuz olmakla beraber, bunun genel tüketim düzeylerini etkilediğine dair henüz kanıt bulunmamaktadır. Genel göstergeler, yeni eroin kullanımındaki vaka oranlarının Avrupa'da, muhtemelen dengeli bir durum içerisinde, hala düştüğüne işaret etmekte olup opioid sorunu olanların ciddi bir bölümünün artık, en azından bazı ülkelerde, ikame tedavisi gördüğüne işaret etmektedir. Tedaviye yeni başlayanlar arasında ciddi bir opioid sorunu olanların sayısı çoğu ülkede düşmektedir. Bununla beraber, geçmişte de epidemik kullanım dalgaları görülmüş bir alan olduğundan gevşeklik göstermekten kaçınmak gerekmektedir.

Bu yılın raporunda, 2000'den beri genellikle düşmüş olan uyuşturucuya bağlı ölüm sayısının 2004'te çoğu ülkede biraz arttığına dair kaygılandırıcı göstergeler vardır. Bu küçük değişikliklerin uzun vadeli bir değişimin habercisi olup olmadığına hüküm vermek için henüz çok erken olmakla beraber, uyuşturucuya bağlı ölümlerin, yasadışı uyuşturucu kullanımının kamu sağlığına ilişkin en büyük sonuçlarından birini teşkil ettiği unutulmamalıdır. Yeni eroin enjekte etme vakalarının düşmekte olduğuna dair varsayımları destekleyici bir şekilde, gençler arasında meydana gelen uyuşturucuya bağlı ölümlerin oranı düşmekte olsa da, uyuşturucuya bağlı ölümlere ilişkin (aşırı doz ve diğer sebeplerle) mevcut şehir bazlı tahminler, hali hazırda 15-49 yaş arası yetişkinler arasındaki genel ölümlerin % 10-23'ünün opioid kullanımına bağlanabileceğini düşündürmektedir.

### **Enjeksiyon ve buna bağlı sağlık sorunları: değişmeyen ikili**

Enjeksiyon yoluyla uyuşturucu madde kullanımı pek çok ülkede eroin kullanımıyla neredeyse eş anlamlıdır ama özellikle ağır amfetamin kullanıcıları arasında önemli düzeylerde uyarıcı enjekte edildiğini rapor eden birkaç AB ülkesiyle, bazı istisnalar bulunmaktadır. Eroin tablosunu bir dereceye kadar yansıtan eldeki bilgiler genel kapsamıyla, uyuşturucu enjekte

edilmesinde uzun vadede genel bir düşüşe işaret etmektedir. Ancak, yeni Üye Devletler'in pek çoğunda enjeksiyon oranları yüksektir. Burada dikkate alınması gereken bir nokta da uyuşturucu enjeksiyona dair ulusal veya ulus altı tahminlerin yeterince bulunmadığıdır. Bunun yanı sıra, bazı bölgelerde enjeksiyon konusunda yapılan çalışmalarda, yakın dönemde küçük artışlar dahi bildirilmiştir. Bu davranışa ilişkin en kapsamlı tablo, enjeksiyon yoluna başvuranların oranının bazı ülkelerde önemli ölçüde düşmüş, bazılarında ise düşmemiş olduğu tedavi altındaki eroin kullanıcılarının izlenmesinden elde edilmektedir. Özellikle eski Üye Devletler'den Danimarka, Yunanistan, İspanya, Fransa, İtalya ve Birleşik Krallık'ın tümü, tedavi altındaki eroin kullanıcıları arasında düşüş gösteren enjeksiyon oranlarını rapor etmektedir.

Uyuşturucu madde enjeksiyonu ile sağlık sorunları arasındaki ilişki iyi bilinmektedir ve uyuşturucu maddeyi enjeksiyon yoluyla kullananlar yüksek oranda aşırı doz ve ağır hastalık riskinin yanı sıra sepsisemi ve tromboz gibi başka sağlık sorunları riski altında bulunmaktadır. HIV enfeksiyonu, Avrupa'nın bu uyuşturucu kullanımı şekline yönelik, kamu sağlığı kurumlarının tepkisini harekete geçirmiş olan sağlık riski olmasıyla, artık neredeyse bütün ülkelerin yeni enfeksiyonları önlemeye yönelik müdahaleleri bulunmaktadır. Örneğin, bir zamanlar tartışmalı bir müdahale olarak görülen iğne ve şırınga temini, kapsamı ülkeler arasında önemli farklılıklar gösterse de, neredeyse tüm Üye Devletler'de bir dereceye kadar mevcuttur. Çoğu ülke, enjeksiyon yoluyla uyuşturucu kullanımına bağlanabilecek, yeni teşhis edilmiş HIV enfeksiyonunda düşük oranlar rapor etmekte ve enjektör kullananlar arasındaki HIV enfeksiyonu oranlarının % 5'in altında olduğu tahmin edilmektedir. Ancak, yine bazı önemli noktalar göz önünde bulundurulmalıdır: ilk olarak, enjeksiyon yöntemini kullananlar arasında AİDS'den en fazla etkilenen en büyük iki ülke, İspanya ve İtalya, şu anda ulusal HIV vakası raporlama verisi sağlamamaktadır ve ikinci olarak da, HIV'nin Avrupa'da belirli enjektör kullanan gruplar arasında yayılmaya devam ettiği rapor edilmekte olup, hatta incelenen nüfus gruplarının bazılarında arttığına dair işaretler bulunmaktadır.

Uyuşturucu kullanımında enjeksiyon yöntemine başvuranlar arasında neredeyse dünya çapında yüksek olmaya devam eden Hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyon oranlarında ise çok daha olumsuz bir tabloyla karşılaşmaktadır. Uyuşturucu enjekte edenler ve eskiden enjekte etmiş olanlar arasındaki HCV'ye bağlı sağlık sorunlarının tedavisinin önümüzdeki pek çok yıl boyunca büyük bir sağlık harcaması oluşturmaya devam etmesi muhtemeldir. Enjeksiyon yoluyla uyuşturucu kullanımının yavaş yavaş düşmekte olduğu ve Avrupa'nın, 1990'lardaki epidemik HIV salgınının yarattığı sorunlara iyi tepki verdiği sonucu çıkarıldığı takdirde, söz konusu durumun bu davranışın yol açtığı sağlığa ilişkin tehditlere dair rahatlamaya yol açması tehlikesi bulunmaktadır. Yüksek

## Bir bakışta — Avrupa’da uyuşturucu kullanımına ilişkin tahminler

(Bu tahmini değerlerin yetişkin kesime ilişkin olduğu ve elde edilen en son tahminler olduğu dikkate alınmalıdır. Verilerin tamamı ile bütün yöntem bilimsel notlar için ekteki istatistik bültenine bakınız)

### Esrar

Yaşam boyu yaygınlık: en az 65 milyon Avrupalı yetişkin veya her 5 Avrupalı yetişkinden biri  
Geçmiş yıldaki kullanım: 22,5 milyon Avrupalı yetişkin veya yaşam boyu kullanıcılarının üçte biri  
Son 30 gün içinde kullanım: 12 milyon Avrupalı  
Geçmiş yıldaki kullanımda ülke farklılıkları:  
Genel aralık % 0,8 ila % 11,3  
Tipik aralık % 2,8 ila % 7,5 (15 ülke)

### Kokain

Yaşam boyu yaygınlık: en az 10 milyon Avrupalı yetişkin veya Avrupalı yetişkinlerin % 3’ünden fazlası  
Geçmiş yıldaki kullanım: 3,5 milyon Avrupalı yetişkin veya yaşam boyu kullanıcılarının üçte biri  
Son 30 gün içinde kullanım: 1,5 milyon üzerinde  
Geçmiş yıldaki kullanımda ülke farklılıkları:  
Genel aralık % 0,1 ila % 2,7  
Tipik aralık % 0,3 ila % 1,2 (18 ülke)

### Ecstasy

Yaşam boyu yaygınlık: 8,5 milyon civarında Avrupalı yetişkin  
Geçmiş yıldaki kullanım: 3 milyon veya yaşam boyu kullanıcılarının üçte biri  
Son 30 gün içinde kullanım: 1 milyonun üzerinde  
Geçmiş yıldaki kullanımda ülke farklılıkları:  
Genel aralık % 0,0 ila % 3,5  
Tipik aralık % 0,3 ila % 1,5 (15 ülke)

### Amfetaminler

Yaşam boyu yaygınlık: neredeyse 10 milyon Avrupalı yetişkin veya Avrupalı yetişkinlerin yaklaşık % 3’ü  
Geçmiş yıldaki kullanım: 2 milyon, yaşam boyu kullanıcıların beşte biri  
Son 30 günde kullanım: 1 milyondan az  
Geçmiş yıldaki kullanımda ülke farklılıkları:  
Genel aralık % 0,0 ila % 1,4  
Tipik aralık % 0,2 ila % 1,1 (16 ülke)

### Opioidler

Sorunlu opioid kullanımı: 1.000 yetişkin (15-64 yaş) başına 1 ila 8 vaka  
Yaklaşık % 70’inde opioid görülmüş olan yaklaşık 7.000 akut uyuşturucu ölümü (2003 verileri)  
Tüm uyuşturucu tedavi taleplerinin % 60’ında başlıca uyuşturucu  
2003’te yarım milyondan fazla opioid kullanıcısı ikame tedavisi görmüştür

düzeylerde endemik HCV enfeksiyonunun, uyuşturucu enjekte edenler arasında yayılmaya devam etmesiyle birlikte, bu vaka bazı gruplarda gözlemlenen artan görülme oranı ve yeni Üye Devletler’den bazılarında enjekte edenlerden oluşan büyük bir yüksek risk grubunun hepsi birden, uyuşturucu enjekte etme ile buna bağlı sağlık sorunlarının Avrupa’da büyük bir kamu sağlığı sorunu olarak görülmeye ve uyuşturucu politikası ile araştırma titizliği için önemli bir alan kabul edilmeye devam edilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

## Kokain: Avrupa’nın ikinci en yaygın yasadışı uyuşturucusuna ilişkin dengelenme işaretleri

Kokain kullanımına yönelik tahminler (geçen yıl yaygınlığı) şu anda bu uyuşturucuyu, Avrupa’nın en çok kullanılan ikinci yasadışı uyuşturucusu olarak amfetamin ve ecstasy’nin önüne yerleştirmektedir. Ancak, uyuşturucuyu kullananların sayısında önemli bir artış yaşanan bir dönemden sonra, kullanım düzeylerinin oranlarını gösteren tablo şu an bir dengelenmeye işaret etmektedir. İspanya ve Birleşik Krallık’ta kokain yaygınlığında 1990’ların ortalarından sonlarına kadar yaşanan büyük artışlar, 2000 veya 2001’den beri dengelenmiş görünmektedir. Diğer yerlerde, birkaç ülkede kokain kullanımı düzeylerinde ölçülebilir artışlar görülmüş olmakla beraber, çarpıcı artışlar rapor edilmemiştir. Genel olarak, kokain durumu Avrupa’da oldukça heterojendir ve ciddi kokain kullanımı, başta Batı Avrupa olmak üzere, birkaç ülkeyle sınırlıdır.

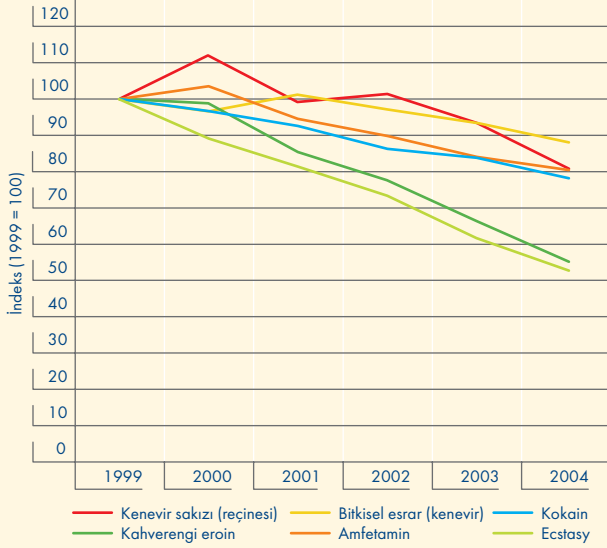
Kokain kullanımında görülen dengelenme işaretlerinin kesin olarak bu uyuşturucunun kullanımına atfedilen sorunların kapsamında bir dengelenmeye yol açacağı sonucuna varmak yanlış olur. Avrupa’da, kokain kullanımı tarihsel olarak yüksek düzeydedir ve çalışmalar şunu ortaya koymaktadır ki bir uyuşturucuya bağlı sorunlardaki artışlar genellikle yaygınlık artışlarını birkaç yıl geriden takip etmektedir. Bu durum, yoğun ve düzenli uyuşturucu kullanımı alışkanlıkları geliştirilmesinin ve sorunların belirgin hale gelmesinin zaman almasından ileri gelmektedir. Kokain kullanımının artık yerleşik bir hal aldığı Avrupa ülkelerinde ortaya çıkmaya başlayan durum da bu olabilir. Hollanda ve İspanya’da, hali hazırda dört tedavi talebinden en az birinin kokaine bağlı olduğu bildirilmektedir ve Avrupa genelinde ise, kokain için yeni tedavi talepleri 1999-2004 arasında neredeyse iki kat artmıştır. Crack kokain kullanımı Avrupa’da oldukça sınırlı olmakla beraber, bazı ülkelere rapor edilen sorunlar durumun kötüye gitmekte olabileceğini ortaya koymaktadır.

Opioid uyuşturucularına atfedilen ölümlerin toksikolojik analizlerinde kokain sıklıkla görülmekte olup, bazı ülkelerde eroin sorunlarını tedavi edenler için kokainin eroinle birlikte kullanımı belirgin bir sorun haline gelmiştir. Veriler sınırlı olmakla beraber, 2005 ulusal raporlarında 400’den fazla ölüm nedeninin kokain kullanımına bağlı olduğu tespit edilmiş

## Avrupa'da uyuşturucu kullanımı her zamankinden daha ucuz

Bu raporda, ilk kez olarak, yasadışı uyuşturucuların sokaktaki satış fiyatında zaman içerisinde meydana gelen değişimlerin daha hassas bir değerlendirmesine olanak verecek enflasyona göre düzeltilmiş yasadışı uyuşturucu sokak fiyatlarının 5 yıllık bir analizi bulunmaktadır. Sokak fiyatlarına dair veri toplamak ve bunları değerlendirmek güç bir iştir. Satın alınan maddenin saflığı, miktarı ve türünün yanı sıra büyük bir şehirde veya düzenli bir transit uyuşturucu yolu üzerinde yaşıyor olmak gibi coğrafi faktörlerin hepsi birlikte fiyatı etkilemektedir. Uyuşturucu fiyatları ayrıca ülkeler arasında da önemli farklılıklar göstermekte ve zaman içerisinde arzdaki kesintileri yansıtan dalgalanmalara tabidir. Verilerdeki

Avrupa'da uyuşturucuların perakende fiyatlarındaki eğilimler, 1999-2004



bu çarpımlara rağmen, eldeki veriler Avrupa genelinde çoğu uyuşturucu türü için alım fiyatının düştüğünü göstermektedir. Çoğu ülke için hakim olan 5 yıllık eğilim, esrar, eroin, amfetamin, ecstasy ve kokainin sokak fiyatlarında bir düşüş gösterdiği yönünde olmuştur (aşağıdaki grafiğe bkz.). Sokak fiyatlarına dair zaman içindeki veriler büyük oranda eksik ve var olanların yorumlanması zor olmakla beraber, bu yeni eğilim, fiyatların daha uzun vadede düşüyor olabileceği varsayımıyla kaygılandırıcı şekilde uyuşturucu. Örneğin, bazı yüksek yaygınlığa sahip ülkelerden alınan bilgiler, kokain ve ecstasy fiyatlarının 1980'lerin sonu ile 1990'ların başında bugüne göre önemli oranda arttığı ileri sürmektedir.

**Not:** Eğilimler, AB Üye Devletleri ve Norveç'te her bir uyuşturucunun ulusal sokak düzeyi fiyatları hakkındaki mevcut bilgileri temsil etmekte olup, bunlar genel bir Avrupa eğilimi oluşturmak üzere ülke nüfuslarının büyüklüğüne göre ağırlıklandırılmıştır. Fiyatlar ulusal enflasyon oranlarına göre düzeltilmiş (taban yılı 1999) ve tüm diziler 1999'da 100'lük bir tabana göre endekslenmiştir.

Pek çok ülke, elde edilmesi güç ve çoğunlukla güvenilir ve eksik olan bu verileri temin edememektedir. Birbirini takip eden iki veya daha çok yıl için uyuşturucu fiyatı bilgileri eksik olan ülkeler, söz konusu uyuşturucuya yönelik eğilimin hesaplarına katılmamıştır: kahverengi eroin için eğilim 9 ülkeye, amfetamin için 9 ülkeye, kokain için 13 ülkeye, ecstasy için 13 ülkeye, bitkisel esrar için 13 ülkeye ve kenevir sakızı için 14 ülkeye dayanmaktadır.

Bunun yanı sıra, 2004 verilerinin eksik olduğu durumda (11 vaka) 2003 fiyatları kullanılmıştır; eksik 1999 verileri (1 vaka) yerine 2000 fiyatları kullanılmıştır; diğer yıllar için eksik olan veriler (12 vaka) bir önceki veya bir sonraki yıllardan eklenmiştir.

2004 fiyatları hakkında daha fazla bilgi için, bkz. istatistik bülteni Tablo PPP-1, PPP-2, PPP-3 ve PPP-4.

**Kaynaklar:** Fiyat verileri: Reitox ulusal odak noktaları.  
Enflasyon ve nüfus verileri: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

ve kokaine bağlı ölümlerin yüksek yaygınlıklı ülkelerin tümünde artmakta olduğu gözlemlenmiştir. Bu rakam neredeyse kesin olarak gerçek rakamın altındadır ve kokain kullanımının kalp damar sorunlarına bağlı ölümlerdeki etkisi bilinmezliğini korumaktadır. Mesaj açıktır: Avrupa, bu uyuşturucuyla ilişkili kamu sağlığı harcamalarında bir artış yaşamaktan kaçınacaksa, genel kokain kullanımında görülen herhangi bir dengelenmenin, kokaine ilişkin sorunların daha iyi teşhis edilmesi ve anlaşılması ihtiyacı ile etkin tepkiler geliştirilmesine yönelik yatırım yapma gereğini maskeleyememesi gerekmektedir.

## Avrupa'daki daha karmaşık bir uyuşturucu sorununa tepki verme

Bu raporda yaygın olarak yer alan bir diğer tema, bugünkü uyuşturucu sorununun karmaşık ve çok yönlü niteliğine duyarlı tepkiler geliştirilmesi ihtiyacıdır. Önlem, tedavi ve hasar azaltma faaliyetleri göz önüne alındığında, neyin iyi uygulama ve kanıt temelli eylem teşkil ettiğini daha iyi anlamak gerekmektedir. 2004'te rapor edilen yaklaşık

380.000 tedavi talebinin-% 15'inde başlıca tedaviye sevk sebebinin oluşturduğu uyuşturucu olan esrar, eroinden sonra en yaygın olarak rapor edilen uyuşturucudur. Tedavi hizmetleri ayrıca daha fazla uyarıcı ve çoklu uyuşturucu sorunuyla mücadele etmekte olup, bunlara yasadışı uyuşturucu ile alkol sorunlarının ciddi oranda bir çakışması da dahildir. Bununla beraber, nüfus düzeyinde, ne bu tür uyuşturucuların düzenli veya sürekli kullanımından doğan kamu sağlığı sorunları hakkında ne de bunları kullananların olası müdahale gereksinimleri hakkında yeterince bilgimiz bulunmamaktadır. Avrupa'da uyuşturucu sorunları için tepkiyi belirlemeye yönelik kanıt temelinin en güçlü olduğu alan, hizmetlerin gelişimi ve hedeflemesinin önemli miktarlarda kanıtla desteklendiği yasadışı opioid kullanımı sorununa tepki verilmesidir. Sorunlu eroin kullanımı için nelerin uygun müdahale oluşturabileceği hakkında politikayı yönlendirme konusundaki artan fikir birliği, Avrupa'da daha heterojen bir uyuşturucu sorununa nasıl tepki verileceğine dair aynı oranda bir netlik geliştirme ihtiyacıyla uyuşturucu.



## Çoklu uyuşturucu kullanımını daha iyi belirleme ve anlama ihtiyacı

Bir diğer önemli konu ise, birden fazla psikoaktif madde kullanımından ileri gelen sorunlara tepki verme ihtiyacıdır. Çoklu uyuşturucu kullanımı, hizmet gelişimi için kilit bir alan olarak giderek daha çok kabul görmektedir. Ancak, kavramın tanımı hala pek elle tutulur olmayıp uyuşturucu kullananların hemen hepsi bazı açılardan çoklu uyuşturucu kullanıcısı kabul edilebilir. Çoklu uyuşturucu kullanımı aynı zamanda, genellikle tek bir indeks uyuşturucunun kullanımının davranışsal ölçümlerine dayanan uyuşturucu izleme servisleri için de ciddi güçlükler yaratmaktadır. Dolayısıyla, bu davranışın sonuçlarının anlaşılması için bir ilk adım olarak çoklu uyuşturucu kullanımının farklı türlerinin tanımlanması amacıyla daha iyi bir kavramsal çerçeve geliştirmek önemli bir ihtiyaç haline gelmiştir. Bu yılın raporunda bazı bölümler, Avrupa'nın, sorunları tek bir maddeye bağımlılıktan ziyade bir dizi uyuşturucunun kullanımına bağlı olan artan sayıda kişinin ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılabilmesi için, ele alınması gereken analitik sorunların sunumuna ayrılmıştır.

## Geleceğe dönüş: Öngörülen tehditler ve güçlükler

Bu yılın raporunda, her zaman olduğu gibi, gelecekteki sorunları öngörmek üzere yeni ortaya çıkan eğilimler saptanmaya çalışılmıştır. Bu gibi bir analiz, tanımı itibarıyla spekülasyon olduğundan dikkatli yapılması gerekmektedir. Ağır kamu sağlığı sorunlarıyla açıkça ilişkilendirilen bir uyuşturucu da metamfetamindir. Tüm dünyada metamfetamin sorunları büyümeye devam ederken, bu uyuşturucu Avrupa içinde, uzun süreli sorunları bulunan birkaç ülkeyle sınırlıdır. Eldeki bilgiler, eğilimler hakkında kesin sonuçlar çıkarmamıza olanak vermezken, giderek daha çok sayıda ülke bu uyuşturucuya dair ele geçirme ile kullanım vakaları rapor etmekte ve bu durum en çok risk altında bulunan nüfus gruplarının daha yoğun olarak izlenmesi ihtiyacını açıkça vurgulamaktadır.

2006 yılında EMCDDA halüsinojenik mantarlar hakkında teknik bir belge yayımlamış ve bu sayı yıllık raporumuzda tekrar özetlenmiştir. Halüsinojenik mantarların bulunabilirliği ile kullanımının 1990'ların sonlarından beri arttığı gözlemlenmektedir ancak bu durumun büyük ölçüde farkına varılmamıştır. Genellikle bu tür uyuşturucunun kullanımı deneysel gibi görünmekte ve nadiren sorun olarak rapor edilmektedir. Bununla beraber, politika yapımcıların halüsinojenik mantarların bulunabilirliğine dair bilinçlenmenin artması, kontrol tedbirlerinin artırılmasına yönelik bazı eylemlerin uygulamaya konmasına yol açmıştır.

Halüsinojenik mantarlarda bulunan psikoaktif maddelerden ikisi olan psilosibin ve psilosin, uluslararası bir sözleşmeyle kontrol edilmektedir. Ancak, mantarların pek çok ülkede doğal olarak yetiştiği gerçeği, mevzuat için daha karmaşık bir sorun yaratmakta ve bunlar Avrupa'da farklı şekillerde ele alınmaktadır. Daha genel anlamda, kamu sağlığına yönelik tehdit oluşturabilecek ve dolayısıyla kontrol gerektiren, yeni ortaya çıkan maddelere yönelik tedbirler, bilgi alış veriş, risk değerlendirme ve yeni psikoaktif maddelerin kontrolü hakkında yeni bir Konsey kararıyla (2005/387/jha) desteklenmektedir. Bu alandaki erken uyarı bilgisine yönelik ihtiyaca bir örnek, 2005'te mCPP'nin (1-3-klorofenil piperazin) hızla yayılması olmuştur. mCPP'nin ortaya çıkışı, yasadışı uyuşturucu üretiminde olanların sürekli olarak pazara sunulabilecek yeni kimyasallar formunda – bu vakada, muhtemelen MDMA'nın (ecstasy) etkilerini artırmak ya da değiştirmek amacıyla – bir yenilik arayışında olduğu gerçeğini gözler önüne sermektedir. Bu maddelerin ağır sağlık sorunlarına sebep olma potansiyeli bilinmediğinden, bu gibi yenilikler tepki vermeyi gerektirmektedir. Dolayısıyla Konsey kararıyla uygulamaya konan erken uyarı sistemi, mevcut uyuşturucu kontrol mekanizmalarından kaçmak suretiyle kazanç peşinde koşanlar tarafından genç Avrupalıların sağlığının riske sokulduğu bir süreçte müdahale etmek için önemli bir mekanizma teşkil etmektedir.



## Bölüm 1

### Politikalar ve kanunlar

#### Ulusal uyuşturucu stratejileri

Raporlama dönemi boyunca, ulusal uyuşturucu stratejileri ve eylem planları beş ülke tarafından kabul edilmiştir (Tablo 1). Letonya, 2005-08 dönemi için ilk kez ulusal bir uyuşturucu stratejisi kabul ederken, Çek Cumhuriyeti, İspanya, Lüksemburg ve Romanya'da yeni ulusal uyuşturucu stratejileri ve planları kabul edilmiştir.

Buna ek olarak, Finlandiya hapishane yönetimi için bir uyuşturucu stratejisi kabul ederken (2005-06), Birleşik Krallık'ta Kamu Hizmeti Anlaşmaları (PSA'lar), uyuşturucu politikası alanında yasadışı uyuşturucuların bireylere, ailelerine ve topluma verdiği hasarı azaltmayı amaçlayan yeni hedefler saptamıştır.

Raporlama dönemi boyunca İtalya, Avusturya, Polonya, Portekiz, İsveç ve Norveç'te ulusal uyuşturucu stratejileri hazırlık aşamasında bulunmaktaydı (Tablo 2).

Ulusal uyuşturucu stratejileri ile eylem planlarını ilk kez uygulamaya koyalı belli bir süre geçmiş olan (1998'den itibaren) bazı ülkeler, artık daha net ve daha gerçekleştirilebilir hedefler koymaya daha fazla önem vererek, stratejilerini veya planlarını yeniden belirlemekteler. Örneğin Lüksemburg, 2005-09 yeni eylem planının basit, açık bir şekilde yapılandırılmış ve sonuç odaklı olduğunu, eylemler için hedefler koyduğunu, sorumluluklar saptadığını ve sonuç ve değerlendirme için bütçeler, beklenen sonuçlar ve son tarihler belirlediğini bildirmektedir. Belçika'da, bir

**Tablo 1: 2005'te yeni uyuşturucu stratejileri kabul eden ülkeler**

Ülke	Belge	Devre
Çek Cumhuriyeti	Ulusal uyuşturucu stratejisi Eylem planı	2005-09 2005-06
İspanya	Eylem planı	2005-08
Letonya	Ulusal uyuşturucu stratejisi	2005-08
Lüksemburg	Ulusal strateji ve uyuşturucu eylem planı	2005-09
Romanya	Ulusal uyuşturucu strateji	2005-12

**Tablo 2: 2005'te uyuşturucu stratejileri hazırlamakta olan ülkeler**

Ülke	Belge	Devre
İtalya	Eylem planı	2004-08
Avusturya	Ulusal strateji	
Portekiz	Ulusal stratejik plan ve eylem planı	2005-08
İsveç	Eylem planı	
Norveç	Eylem planı	

'uyuşturucu bağımlılığını önleme, yardım ve bakım uyumlu planı' oluşturmak üzere Fransız Toplum ve Walloon bölgesinin kamu sağlığı makamları tarafından bir uzman grubu atanmıştır. Grup, 'öncelikler ile hedeflerin hükümetler tarafından daha açık şekilde tanımlanması', 'ortak bir uyuşturucu politikasının temel ilkelerinin net bir tanımının oluşturulması' ve 'saptanan stratejilerin bir kronolojisinin belirlenmesi gerektiğini' ileri sürmüştür. Çek Cumhuriyeti'ndeki 2005-06 eylem planı da benzer bir yönde ilerleyerek somut hedefler ile bunlara ulaşılmasını sağlayacak faaliyetleri belirlemekte ve her bir bakanın sorumlulukları ile her alan için başarılı olmanın şartları ve göstergelerini saptamaktadır.

#### Ulusal uyuşturucu stratejilerinin değerlendirilmesi

Pek çok Avrupa ülkesi, önceki stratejinin sonuçları veya değerlendirmesinin gelecekteki strateji için girdi sağladığı döngüsel bir süreci harekete geçirerek ulusal uyuşturucu stratejilerini otomatik olarak yenilemektedir (EMCDDA, 2004a).

2005 boyunca, İrlanda, Lüksemburg, Macaristan ve Romanya tarafından böyle bir süreç rapor edilmiştir. Macaristan Uyuşturucuyla Mücadele Stratejisi'nin uygulamasının değerlendirilmesi dışarıdan Hollanda Trimbos Enstitüsü tarafından üstlenilmesiyle ilk kez bir ülkenin uyuşturucu stratejisi yabancı uzmanlarca değerlendiriliyordu. Değerlendirme, uyuşturucu stratejisinin orta vadeli sonuçlarına odaklanıyor, gelecekteki uyuşturucu stratejilerine ilişkin olarak

ve uyuşturucu politikası alanında koordinasyon yapısının nasıl güçlendirilebileceğine dair bir dizi önerinin yolunu açıyordu. Dışarıdan Portekiz Ulusal Kamu Yönetimi Enstitüsü ile içeriden Uyuşturucu ve Bağımlılık Enstitüsü (IDT) tarafından yürütülen 1999 Portekiz ulusal uyuşturucu stratejisi ve 2001-04 eylem planının 2004 yılı değerlendirmesi arasında benzerlikler bulunmaktadır. Avrupa'da ulusal uyuşturucu stratejilerinin dışarıdan bir değerlendirmesini talep eden ilk iki ülke Macaristan ve Portekiz'dir.

2005 yılında, bir halka danışma süreci ile anahtar ulusal veriler ve AB verilerinin analizine dayanan İrlanda 2001-08 uyuşturucu stratejisinin dönem ortası incelemesi, tedavi, çoklu uyuşturucu kullanımı, kokain kullanımı ile HIV ve hepatit C'nin yayılmasında ortaya çıkan eğilimleri ele almak üzere öncelikleri 'yeniden odaklamayı' ve stratejinin geri kalan süresi boyunca çeşitli anahtar eylemlerin başlatılıp uygulanmasını 'yeniden harekete geçirmeyi' önermiştir. Romanya'da da 2003-04 ulusal uyuşturucu stratejisi, uyuşturucu alanıyla ilgili olan tüm devlet kurumlarının katılımıyla değerlendirilmiş, bunun bulguları yeni 2005-12 ulusal uyuşturucu stratejisinin temelini oluşturmuştur. Lüksemburg'da, 2000-04 ulusal uyuşturucu eylem planında belirlenen tedbirlerin % 87'si belirtilen son tarihlerden önce uygulamaya konmuştur. Yerine getirilmeyen tedbirlerin (örneğin, bir eroin dağıtım programı) çoğunlukla politik sebeplerden dolayı geciktiği bildirilmiştir. Henüz uygulamaya konmamış eylemler yeni eylem planında yer almaktadır.

Bundan başka, son bir yılın raporları ulusal uyuşturucu stratejilerinin gözle görülür etkileri olmaya başladığını öne sürmüştür. Genel olarak arz ve talebin azaltılması amaçlarının gerçekleştirildiğini kesin olarak söylemek henüz mümkün olmasa da, ulusal uyuşturucu stratejilerinin belirli ve önemli hedeflere ulaştığı konusunda şüphe yoktur.

1999'da kabul edilen Portekiz uyuşturucu stratejisinin değerlendirmesine göre strateji, uyuşturucu tedavisinin bulunabilirliğinde artış, uyuşturucuya bağlı ölümlerde ve HIV'in yaygınlığında azalma ve uyuşturucu madde ticaretinin polis raporlarına geçmesinde artış sağlamıştır. Öte yandan, aynı zamanda kişilerin uyuşturucuyu ilk denedikleri yaşta bir düşüş olduğunu ve opioidler dışındaki maddelerle ilgili uyuşturucuya bağlı ölümlerde bir artış meydana geldiğini ortaya koymuştur. İspanya'da, ulusal stratejinin değerlendirmesi (2003), uyuşturucu kullanımının azaltılması hedefinin gerçekleştirilemediğini teslim ederken, yardım ve hasarın azaltılması alanlarında iyi sonuçlar elde edildiğini ve araştırma ile eğitim, uluslararası işbirliği ile arzın azaltılması gibi diğer alanlarda da tatminkar sonuçlar elde edildiğini ortaya koymaktadır. Buna ek olarak, Sağlık ve Tüketici İşleri Bakanlığı, ulusal uyuşturucu stratejisini geliştirmek ve canlandırmak amacıyla kaynakların mobilize edilmesi ve girişimlerin uygulamaya konması için 2005-08

eylem planını onaylamıştır. Yunanistan'da ise, 2002-06 eylem planının bir sonucu da, mevcut tedavi programlarının tipi ve kapsamında meydana gelen artış olmuştur.

İsveç'te, 2002-05 uyuşturucu hakkında ulusal eylem planı, uyuşturucu konusunun yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde politika gündeminin ön sıralarına çıkmasıyla sonuçlanmıştır. İsveç'teki belediyelerin çoğunda artık bir çeşit uyuşturucu eylem planı bulunmakta ve uyuşturucu alanında çıkar sahipleri arasında koordinasyon ve işbirliğine şimdi daha fazla öncelik tanındığından bu alanlarda da ilerlemeler olmaktadır. Ayrıca uyuşturucu bağımlılarının faydalanabileceği tedavilerin hem tipi hem de bunlara ulaşma konusunda gelişmeler meydana gelmiştir. Birleşik Krallık'ta, Denetim Komisyonu, uyuşturucu tedavisinde ilerleme kaydedildiğini kabul ederken, uyuşturucu kullananların yeniden entegrasyonu ve rehabilitasyonu için barınak, sosyal bakım ve diğer destek hizmetleri gibi hizmetlerde yeterince ilerleme kaydedilmediğini ileri sürmüştür. Gelecekte, hükümetin uyuşturucu stratejisinin hedeflerine ulaşmasındaki başarısı PSA'larda belirlenen hedeflere ve her hangi bir yasadışı uyuşturucunun sorunlu kullanımından kaynaklanan hasarları değerlendirecek olan bir uyuşturucu hasar indeksine (DHI) göre ölçülecektir.

Son olarak, değerlendirme, yeni kabul edilen ulusal uyuşturucu stratejilerinde anahtar bir unsur olarak saptanmıştır. Letonya'da, Uyuşturucu Kontrolü ve Uyuşturucu Bağımlılığını Sınırlama Koordinasyon Konseyi, her yıl programın uygulanmasının ilerleyişini değerlendirecek ve 2009'da Lüksemburg'da son bir dış sonuç değerlendirmesi yapılacaktır.

## Uyuşturucuyla ilgili kamu harcamaları

Her ne kadar harcamalar farklı zaman aralıklarda ölçülse de ve uyuşturucuyla ilgili kamu harcamaları için ortak bir tanım bulunmasa da, eldeki tahminlere göre Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Lüksemburg, Avusturya ve Polonya'nın da dahil olduğu bazı ülkelerde uyuşturucuyla mücadelede harcanan para artmıştır.

2004 yılı için uyuşturucuyla mücadele harcamalarını rapor eden ülkeler arasında Çek Cumhuriyeti (11,0 milyon euro), İspanya (302 ila 325 milyon euro), Kıbrıs (2,8 milyon euro), Polonya (51 milyon euro) ve Norveç (46 milyon euro) bulunmaktadır. İki ülke ise uyuşturucuyla mücadele için daha yakın tarihlerde bütçelenmiş harcamalar rapor etmiştir: Lüksemburg (2005'te 6 milyon euro) ve Birleşik Krallık (2004/05'te 2 milyar euro).

Slovakya'da, 2004'te uyuşturucu alanında yapılan toplam kamu harcamalarının 14,5 milyon euro olduğu ve bunlardan yaklaşık 8,4 milyon euro'nun kanun uygulama ve 6,1 milyon euro'nun da sosyal ve sağlık hizmetleri için harcandığı tahmin edilmektedir.

İsveç'te, 2002 yılında uyuşturucu politikası harcamalarının 0,9 milyar euro civarında (daha düşük tahmin 0,5 milyar euro, daha yüksek tahmin 1,2 milyar euro) olduğu düşünülmektedir. 2002 tahminleri 1991 rakamlarıyla karşılaştırıldığında, uyuşturucu politikası için kamu harcamalarının önemli ölçüde artmış olduğu görülmektedir.

İrlanda'da, ulusal uyuşturucu stratejisinin Haziran 2005'te yayımlanan dönem ortası incelemesi, 'harcamaların ölçülmesinin stratejinin farklı unsurlarının uygun maliyetli olup olmadığını değerlendirmek için hayati önem taşıdığını' kabul etmektedir ve polis harcamalarının bir tahminini hesaplamak için çalışmalar yakında başlayacaktır. Portekiz'de, Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü (IDT), uyuşturucu alışkanlığının maliyetlerinin tahmin edilmesi için bir model geliştirilmesi ve denenmesine yönelik araştırmalara fon sağlarken, Belçika'da 2005'in sonunda, kamu harcamalarına dair 2004 çalışmasının takibi yapılmıştır. Seyrek olmakla birlikte, bu ilgi çekici veriler, uyuşturucu harcamalarına ilişkin araştırmaların bazı Üye Devletler'in politika gündeminde giderek daha çok önem kazandığını göstermektedir.

## AB hukuk ve politika gelişmeleri

### Eylem planları

AB düzeyinde, 2005 yılında kabul edilen iki eylem planı, gelecek bir kaç birkaç yıl için uyuşturucu alanında AB politikasının geliştirilmesi için doğrudan veya dolaylı olarak yeni bir görev çerçevesi oluşturulmaktadır. Konsey öncelikle, Komisyon'un Şubat 2005 tarihli önerisini inceledikten sonra ve AB uyuşturucu stratejisi ile AB eylem planının (2000-04) son değerlendirmesini bütünüyle göz önünde bulundurarak, Haziran 2005'te 2005-08 AB uyuşturucu eylem planını onaylamıştır. Yeni eylem planı, 2005-12 AB uyuşturucu stratejisinin yapısı ve hedeflerini taşımakta olup AB ve Üye Devletleri tarafından 2008'in sonuna kadar uygulamaya konması gereken 100 kadar belirli eylemi listelemektedir.

Değerlendirme, yeni AB uyuşturucu eylem planının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Sürekli, aşamalı ve katılımcı bir süreç olarak görülmektedir. Avrupa Komisyonu, EMCDDA ve Europol'un desteğiyle, yıllık ilerleme incelemeleri sunacağından süreklilik göstermektedir. Her yıllık ilerleme incelemesi geçen yılın sonuçlarını bir önceki yılın bağlamına yerleştireceğinden, değerlendirme işlemi aynı zamanda aşamalı da olacaktır. Son olarak, görevi yöntem bilim, çıktı ve geçici takvim belirlemek olacak olan bir değerlendirme Yönlendirme Grubu da bulunacağından, süreç katılımcı

olacaktır. AB eylem planının (2000-04) değerlendirmesinde olduğu gibi, Yönlendirme Grubu, ilgili Komisyon servisleri, EMCDDA ve Europol'un ilgili temsilcilerinin yanı sıra Üye Devletler'in temsilcilerinden oluşacaktır. Ayrıca sivil toplum temsilcileri için danışma oturumları da düzenlenecektir. 2005-08 uyuşturucu eylem planının sonunda ve Avrupa düzeyinde ilk kez olarak, 2009-12 dönemi için yeni bir eylem planı önermek amacıyla bir etki değerlendirmesi düzenlenecek olup, yeni eylem planının bu değerlendirmeyi bir başlangıç noktası olarak alması öngörülmektedir. Daha sonra Komisyon tarafından 2012 yılında strateji ve eylem planlarının son bir değerlendirmesi yapılacaktır. Bu AB uyuşturucu eylem planı, aynı zamanda, 2005-10 dönemi boyunca Avrupa Birliği'nde özgürlük, güvenlik ve adalet alanlarında uygulanacak hedefleri belirleyen Lahey Programını uygulayacak eylem planının bir parçasıdır. Bu eylem planı, Mayıs 2005'te Komisyon tarafından sunulup Haziran 2005'te Konsey tarafından onaylanmıştır.

2005-08 AB eylem planı, AB'nin uyuşturucu konusuna dengeli yaklaşımını yansıtmaktadır, yani konuyu her açıdan ele alan kapsamlı bir çokdisiplinli yaklaşım: koordinasyon, talep azaltma; arzı azaltma; uluslararası işbirliği; bilgi, araştırma ve değerlendirme.

### Uyuşturucu arzını azaltma

AB'de uyuşturucu arzını azaltma alanındaki iki önemli faaliyeti, 2004'te kabul edilen öncüller hakkında iki AT tüzüğü'nün 18 Ağustos 2005 tarihinde yürürlüğe girmesi oluşturuyordu. Uyuşturucu üretimi için vazgeçilmez olan kimyasal öncüllerin kontrolü, uyuşturucu arzını azaltmanın önemli bir yönünü teşkil etmektedir. AB'de bu alandaki eylemler iki şekilde gerçekleşmektedir: birincisi, AB ve üçüncü ülkeler arasında belirli maddelerin ticaretinin düzenlenmesi, ikincisi ise, iç pazar dahilinde düzenlemedir.

1988 Narkotik Uyuşturucular ve Psicotropik Maddelerin Yasadışı Ticaretine Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin öncüllerin kontrolü hakkındaki 12. maddesinin hükmüne uymak üzere 1990'da kabul edilen ilk tüzük, belirli maddelerin narkotik uyuşturucular ve psicotropik maddelerin yasadışı imalatına saptırılmasını engellemek üzere alınması gereken tedbirleri belirliyordu <sup>(1)</sup>. Bu tüzük, Aralık 2004 tarihinde, yine sentetik uyuşturucu üretimiyle mücadeleyi hedef alan genişletilmiş bir uygulama çerçevesine sahip yeni bir tüzükle değiştirildi <sup>(2)</sup>.

2 yıl sonra, 1992'de çıkarılan bir Konsey Direktifi <sup>(3)</sup>, sistemi tamamlayarak, iç pazar dahilinde, kontrol tedbirleri konmasını da içeren ilgili düzenlemelerin (narkotik

<sup>(1)</sup> 13 Aralık 1990 tarih ve 3677/90 sayılı Konsey Tüzüğü (AET), RG L 357, 20.12.1990, s. 1.

<sup>(2)</sup> 22 Aralık 2004 tarih ve 111/2005 sayılı Konsey Tüzüğü (AT), RG L 22, 26.1.2005, s. 1.

<sup>(3)</sup> 14 Aralık 1992 tarih ve 109/92 sayılı Konsey Direktifi (AET), RG L 370, 19.12.1992, s. 76.

uyuşturucular ve psikoaktif maddelerin yasadışı imalatında kullanılan belirli maddelerin üretimi ve piyasaya sunulması) yapılmasını sağladı. Direktif, 11 Şubat 2004 tarihinde kabul edilen yeni bir tüzükle (4) değiştirildi. AB'nin genişlemesinin bir sonucu olarak, Komisyon kanun koyucuları, 'söz konusu Direktif ve Eklerinde yapılan her değişiklik 25 Üye Devlet' te ulusal uygulama tedbirleri tetikleyeceğinden', 1992 direktifinin bir tüzükle değiştirilmesine karar verdi. Yeni araç, narkotik uyuşturucular veya psikoaktif maddelerin yasadışı imalatında sıklıkla kullanılan belirli maddelerin saptırımı engellemek amacıyla, bu gibi maddelerin AB içi kontrolü ve izlenmesi için uyumlaştırılmış tedbirler belirlemektedir. Özellikle de, Üye Devletler'i, yetkili makamlarının kontrol ve izleme görevlerini yerine getirmelerini sağlayacak gerekli tedbirleri almaya zorunlu kılmaktadır. Buna ek olarak, bu iki tüzüğün uygulanması için kurallar belirleyen bir tüzük de 18 Ağustos 2005'te yürürlüğe girmiştir (5).

Öncüllerin kontrolü alanındaki bu eylemler, AB'nin arzı azaltma alanındaki önemli faaliyetlerinin bir diğer bölümünü tamamlamaktadır. AB, Maastricht Antlaşması'ndan bu yana sağlanan yeni fırsatları kullanarak, uyuşturucu kaçakçılığıyla mücadele etmek ve kanun uygulamada işbirliğini geliştirmek üzere yasal bir çerçeve geliştirmiştir. 1995-96'dan bu yana bu alanda birden fazla ortak eylem kabul edilmiş olup daha yakın zamanda, uyuşturucu kaçakçılığına karşı asgari yaptırımları uyumlaştırmak için bir çerçeve karar ile yeni psikoaktif maddeler hakkında bir karar kabul edilmiştir (bkz. 'Yeni uyuşturucular hakkında eylem', s. 55).

Bu hukuki araçların yanı sıra, cezai konularda polis ile adaletin işbirliğine yönelik bir program kabul edilip uygulanmıştır. Agis, AB Üye Devletleri'nden polis, diğer ilgili kurumlar ve yargıya yardım amaçlı bir çerçeve program olup, aday ülkeler suçla mücadelede cezai konularda işbirliği yapmaktadır. 2003 yılından bu yana Agis, pek çok projenin finanse edilmesine yardımcı olmuştur. Uluslararası organize uyuşturucu üretimi ve ticareti ile uyuşturucu öncülleri saptırımı, 2006 Agis çalışma programı ve (Ocak 2006'da kapanan) tasarı davetinin faaliyet alanları ile spesifik konuları içinde yer almaktadır.

### Kara para aklama ve varlıklara el konması

Ayrıca kara para aklama ve müsadere alanındaki hukuki araçlarda da bazı değişiklikler meydana gelmiştir. 1991'de iç pazarla ilgili hukuki temelde kabul edilmiş olup 2001'de değiştirilen, finansal sistemin kara para aklama amacıyla kullanılmasının önlenmesi hakkındaki Direktif 91/308 (6), Üye

Devletler arasında bu alandaki mevzuatın uyumlaştırılmasına yöneliktir. Bu direktifin kabul edilmesinin gerekçelerinden biri, kara para aklamaya karşı Avrupa Topluluğu eylemi yokluğunun, Üye Devletler'in iç pazarın oluşturulması ve tamamlanmasını geciktirebilecek korumacı tedbirler alınmasına yol açması ihtimalinin önünü kesmekti. Komisyon, Haziran 2004'te aynı amaçlı ama buna ek olarak terörist finansmanını da içeren yeni bir direktif önerdi. Direktifin kapsamını uyuşturucu kaçakçılığı kazancıyla sınırlandırmanın aşırı sınırlayıcı olduğu kanısına varıldığından, Komisyon içerilen suçların kapsamının genişletilmesini önerdi. Ekim 2005'te kabul edilen bu yeni direktif ağır suçların ayrıntılı bir tanımını vermekte ve, terörist faaliyetlerin finansmanı da dahil olmak üzere, bu gibi suçlardan elde edilen kara paranın aklanmasını kapsamaktadır.

Ayrıca 'Suça bağlı kazançlar, araçlar ve mülkiyete el konması' konusunda bir çerçeve karar da, Konsey tarafından 24 Şubat 2005 tarihinde kabul edilmiştir. Bu çerçeve karar, tüm Üye Devletler'in 1 yılın üzerinde hapisle cezalandırılabilen suçlardan elde edilen araçlar ve kazançlara el konmasını düzenleyen etkin kurallara sahip olmasını amaçlamaktadır. Bu alandaki AB mevzuatı daha önce de mevcut olmakla birlikte yetersiz görülüyordu. Bu yeni çerçeve karar, müsadereye ilişkin olarak etkin bir sınır ötesi işbirliğine yöneliktir. Suçun bir suç örgütü çerçevesinde işlendiği ve başka birkaç AB çerçeve kararından birinin kapsamına girdiği durumda, müsadere mekanizması, başka haksız mülkiyetleri içermek üzere genişletilir. Bunlar arasında, yasadışı uyuşturucu madde ticareti alanında suç filleri ve cezaları oluşturan ana unsurlar hakkında asgari hükümleri belirleyen 2004/757/JAI sayılı Çerçeve Karar bulunmaktadır. Üye Devletler, bu çerçeve karara uymak için gereken tedbirleri 15 Mart 2007'ye kadar alacaktır.

### Kamu sağlığı

Talep azaltma, Avrupa'nın uyuşturucuya dengeli yaklaşımının önemli bir parçasıdır. 2003-08 kamu sağlığı alanında Topluluk Eylem Programının uygulanması bağlamında, Avrupa Komisyonu 2005'te 'tüm politikalar ve faaliyetlerde sağlık belirleyicilerine yönelerek sağlığı iyileştirme ve hastalığı önleme' amacıyla finanse edilecek uyuşturucuyla ilgili bazı projeler belirlemiştir. Uyuşturucu alanında finanse edilecek AB-Dap 2 başlıklı ilk proje, uzun vadede tütün, alkol ve uyuşturucu kullanımını azaltmayı hedefleyen AB-Dap okul koruyucu programının etkinliğinin değerlendirmesinden oluşur. İkinci proje olan IATPAD, alkol ve uyuşturucuya bağlı sorunları olan kişiler için tedaviye erişimi artırmayı

(4) 11 Şubat 2004 tarih ve 273/2004 sayılı Avrupa Parlamentosu ve Konsey Tüzüğü (AT), RG L 47, 18.2.2004, s. 1.

(5) 27 Temmuz 2005 tarih ve 1277/2005 sayılı Komisyon Tüzüğü (AT), RG L 202, 3.8.2005, s. 7.

(6) Finansal sistemin kara para aklama amacıyla kullanımının önlenmesi hakkında 10 Haziran 1991 tarih ve 91/308/AET sayılı Konsey Direktifi. RG L 166, 28.06.1991, s. 77-83.

amaçlamaktadır. Başka yatay projeler arasında, örneğin 18 ve 24 yaş arası gençleri hedef alarak alkol veya uyuşturucu etkisi altındayken araç kullanmalarını önlemeyi amaçlayan 'AKRAN-Temiz kullan!' gibi uyuşturucuyu önlemeye yönelik olan bazı projeler bulunmakta olup bunlar da ortak olarak finanse edilmelidir. Söz konusu projeler finansman için seçilmiş olup, Avrupa Komisyonu'yla müzakere usüllerinin başarılı olması ve imtiyaz anlaşmasının imzalanması kaydıyla ortak finansman alması beklenir (?).

## EMCDDA tüzüğü

Son olarak Komisyon, 31 Ağustos 2005'te, EMCDDA kurucu tüzüğü'nün yeniden yapılandırılması için yeni bir taslak kabul etmiştir. Yeni tüzük, tanımladığı yeni görevlerden dolayı, EMCDDA'nın işlerini kolaylaştıracak önemli bir araç teşkil etmektedir. Özellikle, EMCDDA'nın, yeni uyuşturucu kullanım şekillerini ve hem yasal hem yasadışı psikoaktif maddelerin birlikte kullanımı dahil, çoklu uyuşturucu kullanımındaki yeni eğilimleri göz önüne almasına; Üye Devletler ile AB'nin uyuşturucu politikaları ve stratejilerini izleyip değerlendirmelerine yardımcı olacak araç ve gereçler geliştirmesine ve AB'ye aday ülkeler veya Batı Balkan ülkeleri gibi AB'ye dahil olmayan ülkelerle işbirliği yapmasına olanak tanımaktadır. Ayrıca, Bilimsel Komite ve Yönetim Kurulu'na dair bazı değişiklikler de içermektedir. Bu metin, Madde 152 TEC'e dayanarak, artık Konsey ve Avrupa Parlamentosu tarafından ortak karar usulüne göre kabul edilmelidir.

## Yeni ulusal kanunlar

Birkaç ülke, raporlama döneminde, bulundurma ve satış suçları ile cezalarına ilişkin olarak uyuşturucu kanunlarında büyük değişiklikler yapmıştır.

Romanya'da, yeni bir yasa ile yeni bir ceza kanunu, ağır suçlar ve hafif suçlar (hafif suçlar artık başta kamu hizmeti ile günlük para cezalarıyla cezalandırılabilir) kullanıcı ve bağımlılar ile düşük riskli ve yüksek riskli uyuşturucular arasında ayrımlar getirmiştir. Cezadan muafiyet ve cezanın infazının ertelenmesi artık uyuşturucu kanunu suçlarına da uygulanabilmektedir. Bağımlıların tedavisi artık bir vaka yöneticisinin idare ettiği entegre bir destek programıyla yapılabilmektedir. Uyuşturucu kullanımı için mekan temini, bu gibi bir yerde uyuşturucu kullanımına göz yumma veya uyuşturucu kullanımını teşvik etmeye ilişkin suçlar için hapis cezaları artırılmıştır. Bir kimseye kanunsuz olarak yüksek riskli uyuşturucu veren ve reşit olmayanlara toksik kimyasal solunan ilaç (inhalan) temin edenlere verilen cezalar da artırılmıştır.

Bulgaristan'da yeni Narkotik Maddeler ve Öncüller Kontrol Kanunu, Haziran 2004'te kabul edilmiştir. Bu Kanun,

uyuşturucu için düzenleyici usüllerin denetimi, uyuşturucu alışkanlığı ve ticaretine karşı tedbir alınması ile araştırma konularında devlet organlarının işlevini belirlemektedir. Ek bir değişiklik, bağımlıların tek bir dozla yakalandıkları takdirde, cezai yükümlülükten muafiyetlerini kaldırmıştır (ayrıntılar aşağıdadır).

Slovakya'da yeni ceza kanunu, kişisel kullanım ve ticari amaçlı uyuşturucu bulundurulması suçlarını yeniden tanımlamaktadır. Kişinin kendi kullanımı için uyuşturucu bulundurmaya (en fazla bir doz olarak tanımlanmaktadır) dair önceki suçun aksine, 171. Kısım kişinin kendi kullanımı için uyuşturucu bulundurma konusunda, doz sayısına bağlı olarak, iki suç belirlemektedir (ayrıntılar aşağıdadır). Bu suçlar için ayrıca iki yeni ceza verilebilmektedir: gözaltında ev hapsi veya kamu hizmeti. 10 dozdan fazlasını bulundurmak, ağırlaştırıcı sebeplere bağlı olarak, 4 yıldan müebbeteye kadar hapis cezası belirleyen 172. Kısım kapsamında değerlendirilmelidir. Buna ek olarak, cezai sorumluluk yaşı da 15'ten 14'e indirilmiştir.

Litvanya'da, uyuşturucuyu satış amacıyla bulundurmak, artık polis hücrelerinde 90 güne kadar hapisle cezalandırılmamaktadır; her ne kadar asgari ceza 5 yıldan 2 yıla düşürülmüş olsa da, bu suç artık dikkate değer ölçüde daha ağır bir asgari cezayı, yani bir hapis cezasını da beraberinde getirmektedir. Büyük miktarda uyuşturucu hırsızlığı veya organize grup hırsızlıkları için azami ceza 15 yıla çıkarılmıştır.

İtalya'da, mevzuattaki yeni değişiklikler (Şubat 2006) uyuşturucuyu yeniden sınıflandırarak altı değil, iki ana gruba ayırmış (tedavi amaçlı kullanımı olmayan tüm maddeler birlikte gruplandırılarak, ağır ve hafif uyuşturucu kavramı tamamen ortadan kaldırılmıştır); kişisel kullanım ve ticaret arasındaki eşiği belirlemiş; yaptırımları ev hapsi ile kamu hizmetini içerecek şekilde gözden geçirmiş ve hapis cezasına alternatifler artırmıştır. Buna ek olarak, artık tüm uyuşturucu kullanıcılarının gördükleri tedavinin türü ve yeri ile uyuşturucu bağımlısı olduklarını belgeleyen kurumları özgürce seçme hakları bulunmakta olup, bu hizmetler artık yalnızca kamu sektörü tarafından sağlanmamaktadır.

Birleşik Krallık'ta, 2005 Uyuşturucu Kanunu, ulusal mevzuatta bir dizi önemli değişiklik yapmış, bunlar arasında psilocin veya psilocybin içeren mantarların açıkça A sınıfı uyuşturucusu olarak sınıflandırılması; kontrol altındaki uyuşturuculardan belirli bir miktarda bulunduğu arz niyeti varsayımının yaratılması; polislin uyuşturucu suçlularını nezaret üzerine değil, tutuklama ile test etmesine olanak vererek testi pozitif çıkanların uyuşturucu kullanımından yargılanmasını ve mahkemelerin hüküm verirken ağırlaştırıcı

(?) Ayrıntılı bilgi için bkz. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm)

sebepleri (bir okulun yakınında uyuşturucu satmak gibi) dikkate almalarını gerektirmek bulunmaktadır. Mahkemeler ayrıca, uyuşturucu poşeti yutanları 8 güne kadar (daha önce 4 gündü) polis gözetimine iade edebilmekte olup, artık bir mahkeme veya jüri, kişi iyi bir gerekçe olmaksızın yakın arama ya da taramaya izin vermeyi reddettiği takdirde bundan çıkarım sonucu itham yapabilmektedir.

Genel olarak, Avrupa'da kişisel kullanım suçları için gözaltı cezaları azaltılırken veya kaldırılırken, aynı zamanda uyuşturucu sağlamakla ilgili suçlar için cezaların artırılmasına yönelik bir eğilim vardır (8).

## Miktarlar

Bazı ülkeler raporlama süresi boyunca uyuşturucu eşik miktarları hakkında kanun çıkarmıştır.

Belçika'da, Anayasa Mahkemesi'nin 2003 kanununun 16. Maddesini iptal etmesini takiben, Adalet Bakanı ile Başsavcı'nın yeni bir ortak direktifi esrara ilişkin ihlalleri ele almıştır. Bu ortak direktif, bir yetişkinin kişisel kullanımı için az miktarda esrar (en fazla 3 gram veya bir sap) bulundurma durumunda, ağırlaştırıcı sebep bulunmadığı takdirde, yalnızca basit bir polis kaydının yeterli olması gerektiğini ifade etmektedir.

Slovakya'da, uyuşturucu suçları hakkındaki ceza hukukunda miktar temel bir rol oynamaktadır. 171. Kısım kişisel kullanım için uyuşturucu bulundurmaya dair iki suç oluşturmaktadır: üç doza kadar bulundurulması 3 yıla kadar hapisle cezalandırılabilirken, 'daha büyük miktarda' (en fazla 10 doz) uyuşturucu bulundurma suçu için 5 yıla kadar hapis cezası istenebilmektedir. Bundan daha büyük miktarların bulundurulması 172. Kısım kapsamında cezalandırılmalıdır. Bu, ağırlaştırıcı sebep olmadığı takdirde, 4-10 yıl ve daha büyük miktarların (8.000 Skk – yaklaşık 200 euro – 'sınır' miktarının 10 katından fazla bir sokak değeriyle) bulundurulması için 10-15 yıllık mahkumiyetlere, yüksek miktarda (sınırın 100 katının üzerinde olarak tanımlanır) uyuşturucu bulundurmaya 15-20 yıl ve büyük ölçekte (taban çizgisinin 500 kat üzeri olarak tanımlanır) bulundurmaya da 20-25 yıl veya müebbet hapis verilmesine olanak vermektedir.

Almanya'daki Max Planck Enstitüsü, Alman Narkotik Uyuşturucular Kanunu'nun 'cüzi miktarlarda' uyuşturucu bulundurma suçunun belirli şartlarda kovuşturmadan muaf olmasını sağlayan 31a sayılı Kısımının 2002'den 2005'e kadar bir değerlendirmesini gerçekleştirmiştir. Değerlendirme sonucunda, Kanun §31a'nın uygulamasının, pratikte, kısmen 'cüzi' nin farklı yorumlarından ötürü, Almanya'nın

16 Länder'inde (Eyalet) önemli ölçüde değişiklik gösterdiği görülmüştür (Schäfer ve Paoli, 2006). Mart 2005'te, Länd Berlin, 10 grama kadar esrar bulundurmanın belirli koşulların karşılanması halinde kovuşturmaya yol açmadığı 'Esrar Kılavuzu'nun bir revizyonunu onaylamıştır. Bu miktar özel vakalarda 15 grama çıkarılabilmektedir.

Litvanya Sağlık Bakanı, narkotik ve psikotropik maddelerin küçük, büyük ve çok büyük olarak kabul edilecek miktarları hakkındaki tavsiye kararlarını, bu miktarları yeniden belirleyerek değiştirmiştir. 2005 Birleşik Krallık Uyuşturucu Kanunu, artık belirli bir miktarda kontrol edilen uyuşturucu bulunduğu arz niyeti varsayımı yaratmakta olup söz konusu miktarlar 2006 ilkbaharında belirlenen tüzüklerde belirtilmiştir. Bulgaristan'da, ceza hukukunun Değişiklik ve İlave Kanunu (yeni SG 26/04), tek bir dozla yakalandıkları takdirde, bağımlıları cezai yükümlülükten muaf tutan 354a (3) sayılı Kısım lağvetmektedir. Bu tedbirin gerekçeleri arasında tek bir dozun miktarını tanımlamanın zorlukları ile istisnanın mahkemede uyuşturucu satıcılarının lehine suistimali bulunmaktaydı.

İtalya'da, Şubat 2006'da uygulamaya konan değişiklikler, bu gibi sınırların 1993'te kaldırılmasını takiben, uyuşturucunun aktif maddesinin miktarına dayanarak, kişisel kullanım ile ticari amaç arasındaki eşiği belirlemek için miktarda yeni sınırlar getirmiştir. Sınırlar Nisan 2006 tarihli özel bir Sağlık Bakanlığı Kararnamesi'nde belirtilmiştir.

Avrupa Uyuşturucu Adli Veritabanları (ELDD) araştırmasının (9) hali hazırda göstermiş olduğu gibi, uyuşturucu kanunlarında miktarın rolü farklılık göstermektedir; bazı ülkelerde (örneğin Slovakya), belirli suçların sınırını çizen miktarlar kesin olarak saptanmış olup diğerlerinde (örneğin Birleşik Krallık), miktarlar çürütülebilir bir niyet varsayımına yol açan kılavuz ilkelerdir. Miktarlar, ayrıca suçlar arasındaki ayrımı tayin edebilir (örneğin bulundurma veya arz) ya da cezalarını saptayabilir. Her ne kadar pek çok ülke yasalarında bir miktarda atıfta bulunsun da, miktar farklı yollarla belirlenebildiği gibi (ağırlık, değer) hiç belirlenmediği de olabilmektedir. İtalya ve Bulgaristan'ın, görünüşe göre tezat oluşturan son eylemleri, sadece Avrupa'da bu konuya dair net bir fikir birliği bulunmadığını göstermeye devam etmektedir.

## Hüküm verme ile ilgili istatistikler

Uyuşturucu suçluları hakkında verilen hükümlerin izlenmesi birden fazla ülkede tartışılmış veya uygulanmış olup bazı durumlarda, şimdiden sonuçlara dayanarak harekete geçilmiş bulunmaktadır. İrlanda'da, ulusal uyuşturucu stratejisine

(8) Bkz. 2005 yıllık raporu (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/en/page013-en.html>). Ayrıca bkz. bir EMCDDA tematik belgesi olan 'AB'de yasadışı uyuşturucu kullanımı: mevzuat yaklaşımları' (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

(9) Bkz. bir ELDD adli raporu olan 'Uyuşturucu suçlarının kovuşturmasında miktarın rolü' ile bir EMCDDA tematik belgesi olan 'AB'de yasadışı uyuşturucu kullanımı: mevzuat yaklaşımları'nda Tablo 1 (her ikisine de <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175> adresinden erişilebilir).



uygun olarak, tutuklamalar, kovuşturmalar ve verilen hükümlerin niteliği hakkındaki istatistikleri izleyecek merkezi bir suç istatistik biriminin kurulması için onay verilmiştir.

Alman Narkotik Uyuşturucular Kanunu, savcının, belirli koşullar altında, mahkemenin onayı olmaksızın uyuşturucu bulundurma davasından vazgeçmesine olanak tanımaktadır. Bunlar hakkındaki tavsiye kararları ile kılavuz ilkelere rağmen, Länder arasındaki tüzükler önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Sağlık Bakanlığı için yürütülen söz konusu değişiklikler hakkındaki yukarıda sözü geçen araştırma, altı farklı Länder’deki 1.800’ün üzerinde vakada verilen hükümleri ele alıyordu (Schäfer ve Paoli, 2006).

Avusturya’nın bazı eyaletlerinde, Narkotik Kanunu’nun küçük miktarlarda esrar satın alımı veya bulundurulması durumunda polise verilen bir raporu geri çekmek için basitleştirilmiş usuller tanımlayan 12 ve 35(4) sayılı Kısımlarının uygulanmasını standartlaştırma çabalarında bulunulmuştur. Hüküm verme ile ilgili diğer istatistiklere göre, cezaya yasal alternatif olarak raporlardan vazgeçilmesi 2004 yılında artarken, polis raporları ile mahkumiyetlerin daha da artmasına rağmen, askıya alınan dava sayısının çok az düştüğünü göstermektedir.

Romanya’da, mahkemelerin hüküm vermesi ile ilgili istatistikler, uyuşturucu kullanımından başka suç işleyen uyuşturucu kullanıcılarının yeniden sosyal entegrasyonunun başarısını izlemek üzere incelenmiştir. Vakaların çoğunda ceza, gözlem altında askıya alınmıştır. 2004’ten itibaren, mahkemelerin daha az sıklıkla zorunlu tedaviye karar vermelerinden ötürü şartlı tahliye hizmetlerinden daha seyrek olarak faydalandığı ve böylelikle bu hizmetlerin uyuşturucu kullananların sosyal rehabilitasyonuna katılımlarının da önemli oranda azaldığı görülmüştür.

Hüküm vermeye veya hüküm vermekten kaçınmaya dair istatistikler, bir ülkenin uyuşturucu politikasını hangi oranda uyguladığını, kanun metinlerinin sunduğundan çok daha doğru bir resmini sunmaktadır (bkz. EMCDDA, 2002a). Her ne kadar tüm Üye Devletler, tutuklama istatistiklerinin aksine, hüküm verme ile ilgili kapsamlı istatistik toplama da, ülkeler bu uygulamanın izlenmesine daha büyük bir ilgi göstermeye başlamış olup, bu da politika araçlarının değerlendirilmesi eğilimine uygun bir durumdur<sup>(10)</sup>. Hüküm verme istatistikleri toplama ve analiz etme konusu, 2006 yılında bir EMCDDA uzman toplantısında ele alınmıştır.

## Uyuşturucuya bağlı suçlar

2005-08 AB uyuşturucu eylem planı’nın 25.1 sayılı Eylemi, ‘uyuşturucuya bağlı suç’ un ortak bir tanımının, EMCDDA

tarafından öne sürülecek mevcut araştırmalara dayanan bir Komisyon tasarısına dayanarak, Konsey tarafından 2007’ye kadar kabul edilmesini öngörmektedir.

Uyuşturucuya bağlı suç için bir AB tanımı henüz bulunmadığından bu, genellikle uyuşturucu etkisi altındayken işlenen suçlar, uyuşturucu kullanımını finanse etmek için işlenen suçlar, yasadışı uyuşturucu pazarlarının faaliyeti bağlamında işlenen suçlar ve uyuşturucu mevzuatını ihlal eden suçlar anlamına geldiği kabul edilmektedir. AB’de yalnızca son suç tipi – uyuşturucu yasasına muhalefet – hakkında rutin veriler bulunmaktadır.

İlk üç suç tipi hakkındaki veriler AB’de ender veya düzensizdir. Bazıları, çıkarım yapmanın güç olduğu bir defalık yerel araştırmalardan elde edilirken, diğerleri sadece uyuşturucuya bağlı belirli bir suç tipini ifade etmektedir.

Uyuşturucu yasası suçlarının ‘raporları’ hakkındaki veriler<sup>(11)</sup>, bu raporda analiz edilen tüm Avrupa ülkelerinde mevcuttur. Bunlar, ulusal mevzuatlardaki farklılıkların yanı sıra, kanunların uygulandığı veya yürürlüğe konulduğu farklı şekiller ile cezai adalet kurumları tarafından belirli

### Uyuşturucu-suç bağlantısı hakkında raporlar

Çek Cumhuriyeti’nde 2005 yılında, bölgesel polis merkezleri uyuşturucuya bağlı suçlar hakkında ikinci ardışık yıl için incelenmiştir. 2004’te uyuşturucu üretimi/dağıtım suçlarının yaklaşık % 62’sinin, dolandırıcılık suçlarının % 25’inin, zimmete para/mal geçirilmesine ilişkin suçların % 21’inin ve adi hırsızlıkların % 20’sinin, uyuşturucu kullanıcıları tarafından kendi tüketimlerini finanse etmek amacıyla işlendiği tespit edilmiştir (Çek ulusal raporları).

Finlandiya’da 2004’te 15-16 yaşındakiler arasında gerçekleştirilen bir araştırma geçen yıl esrar kullanmış olanların yaklaşık % 7’sinin kullanımlarını yasal olarak, yarısından fazlasının uyuşturucu satarak ve geri kalanının da çoğunlukla hırsızlık yaparak finanse ettiğini göstermiştir (Kivivuori vd., 2005, Finlandiya ulusal raporundan alınmıştır).

İrlanda’da, Garda Araştırma Birimi tarafından 1996 ve 2000-01’de polisin bildiği uyuşturucu kullanıcılarından oluşan bir örnek arasında gerçekleştirilen iki çalışma, 1996’da tespit edilen ağır suçlardan % 66’sından ve 2000/01’de % 28’inden uyuşturucu kullanıcılarının sorumlu olduğu tespit edilmiştir (Keogh, 1997; Furey ve Browne, 2003, İrlanda ulusal raporundan alınmıştır). 2000/01 araştırması, tespit edilmiş yankesicilik suçlarının % 23’ünden ve tespit edilmiş hırsızlıkların % 37’sinden opioid kullanıcılarının sorumlu olduğunu ortaya çıkarmıştır.

<sup>(10)</sup> Bkz. ‘Ulusal politikalar: kanunların değerlendirilmesi’ (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/en/page021-en.html>).

<sup>(11)</sup> Uyuşturucu kanunu suçları için ‘raporlar’ terimi, farklı ülkelerdeki farklı kavramları tanımladığından tırnak içerisinde verilmiştir. Her ülkede kullanılan tam bir tanım için, 2006 istatistik bültenindeki uyuşturucu kanunu suçları hakkında yöntem bilimsel notlar’a bakınız.

suçlara ayrılan kaynaklar ve öncelikler arasındaki farklılıkları da yansıtmaktadır. Buna ek olarak, uyuşturucu yasası suçları hakkındaki ulusal bilgi sistemleri arasında da, özellikle de raporlama ve kayıt uygulamaları – yani neyin, nerede ve nasıl kaydedildiği – konusunda farklılıklar bulunmaktadır. Bu gibi farklılıklar AB ülkeleri arasında doğrudan karşılaştırmaları oldukça zorlaştırdığından<sup>(12)</sup>, mutlak rakamlardan ziyade eğilimleri karşılaştırmak daha doğrudur.

1999-2004 5 yıllık döneminde, uyuşturucu kanunu suçları 'raporları'nın sayısı çoğu AB ülkesinde (aslında İtalya ve Portekiz haricinde raporlayan tüm ülkelerde, Estonya, Litvanya<sup>(13)</sup>, Macaristan<sup>(14)</sup> ve Polonya'da ise özellikle belirgin artışlarla – iki katı veya daha fazla) genel olarak artış göstermiştir. Birkaç ülke önceki yılda bir düşüş rapor etmiş olsa da, 2004'te, bu artan eğilim, raporlayan pek çok ülkede teyit edilmiştir<sup>(15)</sup> – Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Letonya, Lüksemburg, Portekiz, Slovenya (2001'den beri), Slovakya, Finlandiya ve Bulgaristan<sup>(16)</sup>.

Çoğu AB Üye Devleti'nde, rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarının çoğunluğu<sup>(17)</sup>, uyuşturucu kullanımı veya kullanmak üzere bulundurmaya bulundurmaya ilişkin olup<sup>(18)</sup> bunlar 2004'te Polonya'da tüm uyuşturucu kanunu suçlarının %61'inden, Avusturya'da %90'ına kadar değişmektedir. Çek Cumhuriyeti, Lüksemburg, Hollanda ve Türkiye'de, rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarının çoğu uyuşturucu satışı veya uyuşturucu kaçakçılığıyla ilgili olup, oran tüm uyuşturucu suçları için Lüksemburg'da %48'den Çek Cumhuriyeti'nde %93'e kadar değişmektedir.

Aynı 5 yıllık dönemde, kullanmak/kullanmak üzere bulundurmaya suçlarının sayısı, düşen bir eğilim bildiren İtalya, Portekiz, Slovenya, Bulgaristan ve Türkiye<sup>(19)</sup> dışındaki tüm rapor eden ülkelerde genel olarak artış göstermiştir. Bu gibi suçlara karşılık gelen tüm uyuşturucu kanunu suçlarının

payı da, daha çok yukarı doğru eğilimlerin bildirildiği Kıbrıs, Polonya ve Finlandiya dışında artış oranı genellikle düşük olmasına rağmen, çoğu rapor eden ülkede gene artış göstermiştir. Ancak, Lüksemburg, Portekiz, Bulgaristan ve Türkiye'de, kullanmak/kullanmak üzere bulundurmaya bağlı uyuşturucu suçlarının oranı genel olarak düşmüştür<sup>(20)</sup>.

Üye Devletler'in çoğunda, rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarında<sup>(21)</sup>, esrar en çok rastlanan yasadışı uyuşturucudur<sup>(22)</sup>. Böyle bir durumun söz konusu olduğu ülkelerde, 2004'te esrarla ilgili suçlar, tüm uyuşturucu kanunu suçlarının % 34-87'sine tekabül etmekteydi. Çek Cumhuriyeti ve Litvanya'da, amfetaminlerle ilgili suçlar çoğunlukta olup tüm uyuşturucu kanunu suçlarının, sırasıyla % 50 ve % 31'ini oluştururken; Lüksemburg'da en çok rapor edilen madde kokaindir (uyuşturucu kanunu suçlarının % 43'ü).

1999-2004'te, esrarla ilgili uyuşturucu kanunu suçları 'raporları'nın sayısı rapor eden ülkelerin çoğunluğunda genel bir artış gösterirken, İtalya ve Slovenya'da düşüşler görülmekteydi<sup>(23)</sup>. Aynı dönemde, esrarla ilgili uyuşturucu suçlarının oranı Almanya, İspanya, Fransa, Litvanya, Lüksemburg, Portekiz, Birleşik Krallık ve Bulgaristan'da artarken İrlanda ve Hollanda'da genel olarak aynı kalmış ve Belçika, İtalya, Avusturya, Slovenya ve İsveç'te düşmüştür<sup>(24)</sup>. Rapor eden tüm ülkelerde (Çek Cumhuriyeti ve Bulgaristan ile bir kaç birkaç yıllığına Belçika dışında) kullanma/bulundurma suçlarında esrar diğer uyuşturucu kanunu suçlarında olduğundan daha çok görülmekte olup, esrarla ilgili kullanma suçlarının oranının bazı ülkelerde – yani Kıbrıs (2002-04), İtalya, Avusturya, Slovenya ve Türkiye'de (2002-04) – 1999'dan beri azalması ve çoğu rapor eden ülkede de son yıl içerisinde (2003-04) düşmesi, muhtemelen bu ülkelerdeki kanun uygulayıcı kurumların esrar kullanıcılarını daha az hedeflediğine işaret etmektedir<sup>(25)</sup>.

<sup>(12)</sup> Yöntem bilimsel konuların daha ayrıntılı bir açıklaması için, 2006 istatistik bültenindeki uyuşturucu kanunu suçları hakkında yöntem bilimsel notlara bakın.

<sup>(13)</sup> Litvanya'daki artış Mayıs 2003'te yeni Ceza Kanununun uygulamaya konmasından kaynaklanmaktadır.

<sup>(14)</sup> Macaristan'daki artışın başlıca sebebi, Ceza Kanunu ve ceza usulünde yapılan bir değişikliktir.

<sup>(15)</sup> Uyuşturucu kanunu suçlarının 'raporları' hakkında veriler 1999-2004 arasındaki yıllar için (bazen her yıl için olmamakla beraber), Kıbrıs, Slovakya, Bulgaristan, Romanya, Türkiye ve Norveç dışındaki tüm ülkelerde ve 2004 için de İrlanda, Birleşik Krallık ve Norveç dışındaki tüm ülkelerde mevcuttu.

<sup>(16)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DLO-1 ile Şekil DLO-1.

<sup>(17)</sup> Suç tipine göre dökümler (bazen 1999 ile 2004 arasındaki her yıl için olmamakla beraber), Danimarka, Estonya, Letonya, Litvanya, Macaristan, Slovakya ve Romanya dışındaki tüm ülkelerde mevcuttu.

<sup>(18)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DLO-2.

<sup>(19)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DLO-5.

<sup>(20)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DLO-5.

<sup>(21)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DLO-3.

<sup>(22)</sup> Uyuşturucu kanunu suçlarının maddeye göre dökümleri (bazen 1999 ve 2004 arasındaki her yıl için olmamakla beraber) Danimarka, Estonya, Letonya, Macaristan, Finlandiya, Romanya ve Norveç dışındaki tüm ülkelerde mevcuttu.

<sup>(23)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil DLO-2.

<sup>(24)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DLO-6.

<sup>(25)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil DLO-3.

Aynı 5 yıllık dönemde, yükselen bir eğilim rapor eden Belçika, Avusturya, Slovenya ve İsveç dışında, eroinle ilgili 'raporlar'ın sayısı ve/veya uyuşturucu kanunu suçlarının oranı, eroinle ilgili 'raporlar'ın sayısı <sup>(26)</sup> ve/veya eroinle ilgili uyuşturucu suçlarının oranını <sup>(27)</sup> rapor eden ülkelerin çoğunda düşmüştür.

Karşıt bir eğilim, kokainle ilgili suçlar için gözlemlenebilmektedir: hem 'rapor'ların sayısı <sup>(28)</sup> hem de tüm uyuşturucu suçlarının oranı <sup>(29)</sup> anlamında, çoğu rapor eden ülkede kokainle ilgili suçlar 1999'dan bu yana artmıştır. Bulgaristan, kokain suçlarında (hem uyuşturucu suçu sayısı hem de oranında) azalan bir eğilim bildiren tek ülkedir.

### **EMCDDA 2006 yıllık raporu: seçili yayınlar' da, Avrupa uyuşturucu politikaları: yasadışı uyuşturucuların ötesine mi genişledi?**

Avrupa'da, uyuşturucu politikalarının kapsamı, yasadışı uyuşturucuların ötesine yayılmaya ve başka bağımlılık yapıcı maddeler ve hatta davranış şekillerini dahi kapsamaya başlamıştır. Bu durum bazı Üye Devletler ile AB uyuşturucu stratejilerinde bulunmaktadır. Araştırma, giderek daha çok ilgili maddelere bakmaksızın bağımlılık veya bağımlı davranışları konusuyla ilgilenmektedir. Ulusal yasadışı uyuşturucu stratejileri veya politika belgelerinde yasal maddeler veya başlı başına bağımlılığa verilen artan önemi hakkındaki seçili yayın, Avrupa Birliği'nde yeni ortaya çıkan bu duruma dair ilk içgörüyü sunmayı amaçlamaktadır.

Her ne kadar uyuşturucu stratejileri her zaman yasal uyuşturucular veya bağımlılıklara atıfta bulunmasa da, seçili yayın, öncelik olarak çocuklarla gençleri hedef alan önleme programları ile, bazı ülkelerde, tedavi tedbirlerinin hem yasal hem de yasadışı uyuşturucular için geçerli olduğunu ortaya koymaktadır. Yasal uyuşturucuların, yasadışı uyuşturucu karşıtı politika ve tedbirlere stratejik veya kurumsal olarak yavaş bir entegrasyonu giderek yaygınlaşmaktadır.

Bu seçili yayın basılı olarak ("European drug policies: extended beyond illicit drugs?", in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) ve İnternet üzerinde yalnızca İngilizce olarak mevcuttur (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(26)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil DLO-4.

<sup>(27)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DLO-7; İsveç'te eroinle ilgili suçların 1999-2003 döneminde düştüğü göz önünde bulundurulmalıdır.

<sup>(28)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil DLO-5

<sup>(29)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DLO-8.



## Bölüm 2

### Avrupa'daki uyuşturucu sorunlarına tepki vermek – genel bir bakış

#### Önleme

Bazı Üye Devletler'deki deneyimler, bireysel düzeyde uyuşturucuyu önleme müdahalelerinin, aynı zamanda gençlerin bu gibi maddelere erişimini sınırlandırıp bu maddelerin sosyal kabul edilebilirliğini azaltabilecek olan yasal uyuşturucular hakkında düzenleyici politikalarla desteklendikleri takdirde, daha etkin olabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla, madde kullanımının normatif ve kültürel çerçevesine yönelik çevresel önleme stratejileri Avrupa'nın bazı bölümlerinde giderek önem kazanırken AB düzeyinde atılan ilk adımlarla desteklenmektedir: tütün reklam direktifi ile tütün kontrolü hakkında WHO çerçeve sözleşmesi (eğlenceye yönelik ortamlarda uyuşturucu kullanımı hakkındaki seçili yayında yer alan çevresel stratejilere dair bölüme bakınız).

Kitle iletişim kampanyalarının rolü giderek davranışları değiştirmekten ziyade bilinçlendirmek (temellendirmek, desteklemek ve çevresel stratejilerin altında yatan mantığı genel halka açıklamak) olarak görülmektedir. Bu anlamda, Almanlar tarafından uluslararası literatürün yeni bir incelemesi (Bühler ve Kröger, 2005, Alman ulusal raporundan alınmıştır), medya kampanyalarının, yalnızca davranış değişiklikleri gerçekleştirmek için tek tedbir olarak değil, destekleyici bir tedbir olarak kullanılmasını önermektedir.

#### Kamu sağlığının korunması

Önleme için bir çerçeve koşul olarak sağlık teşviki, kişileri sağlıklı yaşam tarzları benimsemeye yönelterek herkes için sağlıklı yaşam koşulları oluşturmaya çabalarırken, yeni 'kamu sağlığının korunması' terimi, bazı Üye Devletler (İtalya, Hollanda, Slovakya) ile Norveç tarafından giderek daha çok kullanılmaktadır. Kamu sağlığının korunması, toplumun daha zayıf kesimlerinin sağlığını iyileştirmeye yönelik bir dizi önleme tedbiri gerektirmekte olup bunlardan biri de uyuşturucunun önlenmesidir. Bu tedbirler, uyuşturucu kullanımını da içeren sorunlu davranışları büyük ölçüde (sosyal ve kişisel) etkilenmeye daha açık olan ve yaşam şartlarıyla koşullanan gençlerin ihtiyaçları için özellikle

uygundur. Dolayısıyla, seçici ve belirtilen önleme stratejileri sosyal ve kişisel risk koşullarını hedef aldığından, bunlar doğal olarak gençlerle ilgili diğer kamu sağlığı politikalarına (davranış bozukluklarına ilişkin ergen ruh sağlığı stratejileri, dikkat eksikliği sorunu, vs.), sosyal politikalara (etkilenmeye açık gençler veya yoksul aileler için boş zaman geçirme alanları ve destek sağlanması), (okul bırakmayı azaltan) eğitim politikalarına, vs. bağlıdır. Kamu sağlığının korunması, böylelikle, uyuşturucu sorunlarıyla doğrudan uyuşturucu odaklı olmayan hizmet ve sektörleri dahil ederek mücadele etmek için önemli olan etkilenmeye daha açık olma etmenlerinin tamamını hedeflemektedir.

#### Evrensel okul esaslı önleme

Program esaslı önleme yaklaşımları, okul esaslı önleme kapsamında önem kazanmaktadır. Program esaslı önleme, her biri tam olarak tanımlanmış içerik ile ayrıntılı öğretmen ve öğrenci malzemesiyle, belirli sayıda oturumda standartlaştırılmış sunum anlamına gelmektedir. Bu sayede, izleme ve değerlendirme kolaylaşmakta ve müdahalelerin hassasiyeti, doğruluğu ve tutarlığı artarak yüksek kaliteli sunum sağlanmaktadır. Bunun sonucunda, eskisinden daha çok sayıda Üye Devlet okul esaslı önleme müdahalelerini izlemektedir (Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Kıbrıs, Macaristan, Hollanda ve Birleşik Krallık). İlk Avrupa Uyuşturucu Alışkanlığını Önleme Denemesi ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)) umut vadeden sonuçlar vermiştir. Avrupa Komisyonu tarafından finanse edilen proje, yedi ülke, dokuz bölge merkezi ile 143 okulda uygulanmış, karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş ve (3.500'ü bir deneme grubunda ve 3.500'ü de bir kontrol grubunda olmak üzere) 7.000 öğrenciyi içermiştir. EU-Dap'ın raporuna göre, deneme grubundaki öğrencilerin, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında her gün sigara içme olasılığının % 26 daha az, sıklıkla sarhoş olma olasılığının % 35 daha az ve esrar kullanma olasılığının da % 23 daha az olduğu görülmüştür. Karşılaştırılabilir bir program esaslı araştırma yaklaşımı da Birleşik Krallık'taki Blueprint'tir<sup>(30)</sup>. Buna ek olarak, okul esaslı önlemenin uygulanmasında daha sıkı teknik rehberliğe

<sup>(30)</sup> [www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/](http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/)

ve yaygınlaştırmaya verilen önem artmaktadır (örneğin, Fransa ve İrlanda'da).

### Okullarda polis

Okul esaslı önlemede polisin rolü tartışmalı bir konudur. Belçika'da, Frankofon Topluluğu, sağlık teşviki ve koruma politikasının okul yetkilileri tarafından uygulanması gerektiğini ve önleme programlarına polisin karışmaması gerektiğini düşünmektedir. Ayrıca, Birleşik Krallık'ta da, bir politika belgesi (ACPO Uyuşturucu Komitesi, 2002), polisin sadece uzmanlık alanları dahilinde (güvenlik, suçlar, asayiş) hareket etmesini ve özel uyuşturucu eğitimine karışmamasını önermektedir. Buna uygun olarak Portekiz, bir yakın takip programı olan Escola Segura'yı (güvenli okul) yürütmeyi sürdürmektedir. 2004/05 okul yılı boyunca, gece gündüz yakın takip ve suçtan caydırma amacıyla, toplamda 320 polis memuru özel olarak okul ortamlarına tahsis edilmiştir. Fransa'da, kanun uygulayıcı servisler tarafından genç veya yetişkin nüfuslarla irtibat kurmak üzere eğitilen uzmanlar, talep üzerine okul veya diğer kurumlara ziyarette bulunmaktadır. Ancak, bazen ters etki yapabileceğinden dolayı uyuşturucu eğitiminin üniformalı polis memurları tarafından verilmemesi gerektiği yolundaki tavsiyelere rağmen, okul içerisindeki polis servislerinin yürüttüğü faaliyetler bazı Üye Devletler'de hala yaygındır.

### Seçici önleme

Seçici önleme yaklaşımının çoğu Üye Devlet tarafından onaylanması ve geliştirilmesiyle, etkilenmeye daha açık gruplar giderek daha fazla hedef alınmaktadır. Örneğin, Almanya, Yunanistan, Lüksemburg, Avusturya, Finlandiya ve Birleşik Krallık, genç suçluları hedefleyen programlar rapor etmektedir. Bazı ülkeler (örneğin Polonya ve Slovakya) etkilenmeye daha açık gruplara özel önem vermeye başlamıştır. İsveç'te, faaliyetlerde önceki yıllara oranla en bariz artış risk altındaki okul öncesi çocuklar ile yansıtıcı davranışlara sahip okul çocuklarına yönelik programlarda olmuştur. Bu programları uygulayan yerel yönetimlerin sayısı yaklaşık olarak iki katına çıkmıştır. Bunlara ek olarak, Norveç, önleme çabalarının özel olarak risk gruplarını hedefleyeceği sorunlu uyuşturucu ve alkol kullanımına karşı erken müdahale için ulusal bir strateji geliştirmektedir. Kaçınmaya dayanmayan yaklaşımlar, uyuşturucu kullanımı başlangıç aşamasında bulunan gruplarda yalnızca tüketimi değil, başlamayı da azaltmakta etkilidir. Bundan dolayı, Polonya'da etkilenmeye daha açık çocukların veya uyuşturucu kullanımının erken aşamalarında bulunan çocukların uyuşturucuya bağlı davranışlarını değiştirmeye yönelik ulusal çapta bir program vardır. Polonya'daki programın spesifik hedefi, uyuşturucu sorunlarını çözmekte aileye destek olmaktır. Bu anlamda, seçici önleme kavramının uyuşturucu kullanımına odaklanmaması ve uyuşturucu

kullanımını damgalamamasının yardımı dokunmaktadır; daha ziyade, daha geniş anlamda etkilenmeye açık olmaya odaklanır. Üye Devletler, seçici önleme politikalarında belirli etnik grupların hedeflendiğini giderek daha çok bildirmekte olup, dört ülke (Belçika, Almanya, İtalya ve Lüksemburg) bu alanda yeni projelere dair rapor vermiştir. İtalya'da, pek çok projenin önceliğini artık çocuklar, anneler ile göçmen ailelerin veya etnik azınlık mensubu olanların korunması oluşturmaktadır. Lüksemburg, dilbilimsel ve sosyokültürel özelliklere odaklanarak, gençlere ve en büyük göçmen topluluğuna özellikle dikkat edildiğini rapor etmektedir.

### Okullarda seçici önleme

Okulu terk etme riski bulunan ve/veya davranış sorunları olan gençler, seçici uyuşturucu önleme kapsamında giderek daha çok ele alınmaktadır. Bunlara bir örnek, okullardaki önleme müdahalelerinin yaklaşık % 15'inin etkilenmeye daha açık öğrenci alt gruplarını hedef aldığı (seçici ve belirli önleme) İtalya'dır. Okullarda seçici önlemenin hedeflediği başlıca alt gruplar, sosyal davranış bozuklukları, okul sorunları veya aile sorunları olan öğrenciler, göçmen öğrenciler ile etnik azınlıklara mensup olanlardır. Aslında, akademik performans ve okula devam oranı uyuşturucu problemlerinin habercisi olabilmekte ve bunların izlenmesi erken ve doğru müdahaleye olanak sağlamaktadır.

Okulu terk etme, bazı Üye Devletler'de uyuşturucu önleme programlarının odağını oluşturmaktadır.

Danimarka, Storstrom'daki HUP projesi, etkilenmeye daha açık öğrencilere odaklanarak, ortalama okul bitirme oranını % 75'ten, ulusal hedef olan % 95'e çıkarmayı amaçlamaktadır. Benzer projeler İrlanda, Portekiz (47 proje), Romanya (bir proje) ve Norveç'te (öğretmenler için broşürler) de rapor edilmektedir. Okulu erken bırakmanın azaltılması, İrlanda'nın ulusal stratejisinin resmi bir amacı olup LDTF (yerel uyuşturucu görev gücü) alanlarındaki 2005/06 oranlarına göre % 10'luk bir düşüşü hedeflemektedir.

En fazla risk altında bulunan öğrenciler Malta'da seçici önleme programlarının hedefini oluştururken, Fransa ile Slovakya'da okullarda öğrencilerin kendilerinin başvurduğu danışmanlık hizmetleri verilmektedir.

### Aile esaslı önleme

Giderek artan sayıda daha küçük yaşta çocuğun uyuşturucuya başlamasıyla, aile esaslı önlemenin geliştirilmesi ve yoğunlaştırılması giderek önem kazanmaktadır. On üç yaşından küçüklerde, aile etkisi akran etkisinden daha baskındır. Çocuklar için kurallar ve destek sağlamak ailenin rolü, önleme açısından maddeler hakkında bilgi vermekten daha önemlidir.

AB'de aile esaslı önleme daha hedefe odaklı ve ihtiyaç esaslı hale gelmektedir. Bazı Üye Devletler (Almanya, İspanya,

İrlanda, İtalya ve Birleşik Krallık), kurumların sorunlu ailelerle iletişim kurmasının zor olabileceğini kabul etmektedir. Dolayısıyla, Birleşik Krallık'ta FRANK kampanyası, aileye nasıl ulaşılabileceğine dair uyuşturucu ve alkol eylem ekipleri ile önleme uygulayıcıları için bir eylem paketi geliştirmiş olup diğer birkaç Üye Devlet'te risk altındaki aileleri hedef alan seçici önleme programları uygulanmaya başlamıştır. Bu programlar, risk altındaki aileleri çekmek için, çoğunlukla Kumpfer'in Aile Güçlendirme Programı'na (Kumpfer vd., 1996) dayanan birkaç teknikten faydalanmaktadır (örneğin gıda, finansal teşvik, bebek bakıcılığı sağlamak).

Aile Güçlendirme Programı (SFP) İspanya (Palma de Mallorca ve Barselona), Hollanda (iki şehir, değerlendirme çalışması) ve İsveç'te (iki şehir) uygulanmaktadır. İrlanda ve İtalya'da eğitim başlamış olup, İtalya'da kapsamın birkaç şehre yayılması öngörülmektedir. Norveç, randomize bir kontrollü denemede benzer MST programını değerlendirmektedir. Bu seçici aile esaslı programlar, uygulanmış oldukları tüm Üye Devletler'de benzer özelliklere sahiptir.

İhmal edilen çocuklar ile görevlerini yerine getiremeyen ailelerden gelen gençlere yönelik programlar Polonya ile Avusturya'nın bazı eyaletlerinde yürütülmektedir. Bu programlar, sosyo-terapötik ortak alanlar, yetiştirme yurtları, gençlik klüpleri ve önleme merkezleri gibi yerel halk esaslı mekanlarda uygulanmaktadır.

Bazı ülkeler alkoliklerin çocuklarına giderek daha fazla odaklanmaktadır (Belçika, Almanya, Avusturya). Geri kalan ülkeler halen yalnızca uyuşturucu kullananların çocuklarına odaklanmaktadır.

### Toplum içinde önleme

Çoğu seçici önleme programı, toplum düzeyinde yürütülmektedir. Bunun sebebi kısmen, programda yer alan çeşitli sosyal hizmetlerin genellikle bu düzeyde koordine edilmesinden kaynaklanmaktadır. Bununla beraber, toplumların yerel normları uygulama gücü ve iradesi bulunan ülkelerde, toplum, çevresel stratejiler için doğal bir birimdir. Toplum esaslı seçici önleme, Kuzey Avrupa ülkeleri ile Belçika, Hollanda, Polonya ve Birleşik Krallık'ta yaygın olup, geçmişte bu yaklaşımdan daha az faydalanmış olan ülkelerde de (Fransa, İtalya, Macaristan, Portekiz) artmaktadır.

Yerel çevresel önleme stratejileri, yasal uyuşturucuların tüketim yöntemleri ile erişilebilirliğine dair toplumsal normlar oluşturmak ve yerel hizmetleri iyileştirmek suretiyle, etkin uyuşturucu önleme programları için iyi bir başlangıç noktası teşkil etmektedir.

### Önlemede kalite kontrolü

Özellikle pek çok Üye Devlet, önleme konusundaki uzmanlıklar ile yükümlülükleri yerel düzeye geçirdiklerinden (Danimarka, İtalya, Hollanda, Polonya, Portekiz ve Slovenya) ve/veya uyuşturucu önleme yükümlülüğünü sivil toplum örgütlerine (STK'lar) veya yarı bağımsız derneklere devrettiklerinden (Belçika, Almanya, Fransa, Macaristan ve Finlandiya), önlemede kalite kontrolünün önemi artmaktadır. Dolayısıyla, bazı Üye Devletler, gelişen okul politikalarında okul veya toplumlara destek vererek (Belçika, Danimarka, Hollanda ve Birleşik Krallık), uygun önleme programları uygulayarak ve asgari kalite kriterleri temin ederek (Danimarka, Fransa, Litvanya, Macaristan, Slovakya, Birleşik Krallık, Romanya ve Norveç) yerel düzeyde ortak kalite kriterleri, standartları ve teknik danışma hizmetleri sağlamaya yönelik stratejiler hakkında rapor vermektedir.

Yunanistan ile Avusturya, önleme kurumlarının veya önleme uzmanlarının akreditasyonu için özellikler saptanmasında başı çekmektedir.

### Tedavi ve hasar azaltma tepkileri

Hasar azaltma ile uyuşturucu sorununa yönelik tedavi tepkileri hakkındaki EMCDDA veri toplamalarının bağlamı, iki ana AB aracı tarafından sağlanmaktadır:

- Uyuşturucu kullanımının önlenmesi ile tedavi ve hasar azaltma servislerinin kapsamı ile kalitesinin artırılmasını amaçlayan ulusal politikalar için bir çerçevenin yanı sıra Üye Devletler'deki eylemler için ayrıntılı tavsiyeler sunan 2005-12 AB uyuşturucu stratejisi ile 2005-08 ilk eylem planı;
- Üye Devletler'in, uyuşturucu bağımlılığıyla ilgili sağlık hasarlarının önlenmesi ve azaltılması ile sağlığın korunmasında yüksek bir düzey sağlanması için uygulamayı düşünmeleri gereken tedbirler hakkında daha fazla spesifik öneri sunan 18 Haziran 2003 tarihli Konsey Tavsiye Kararı<sup>(31)</sup>. Bu tavsiye kararı, 14 sayılı hedef olarak AB eylem planına dahil edilmesiyle güçlenmiştir.

Stratejinin uygulanma düzeyini değerlendirmek için, hizmet sağlama düzeylerini ve hizmetlerin ne ölçüde kullanıldığını saptamak önemlidir. Ancak eninde sonunda, eylem planı hedeflerinin değerlendirilmesinde ve stratejinin etkisinin değerlendirilmesi için bir temel oluşturulmasında kapsamın makul tahminleri –tedavi ve hasar azaltma tedbirleri ile amaçlanan hedef gruba ne ölçüde ulaşıldığı – gerekli olacaktır.

<sup>(31)</sup> 2003/488/AT sayılı Konsey Tavsiye Kararı.

Stratejinin 8 yıllık uygulama dönemi boyunca, EMCDDA, AB epidemiyolojik göstergeler sisteminden veri temin ederek ve tedavi ile hasar azaltma hizmetlerinin kullanımını ve hizmet sağlanmasını belirleyecek bir dizi özel veri toplama aracı geliştirip uygulayarak, değerlendirme sürecinde Komisyon'u desteklemektedir. EMCDDA'nın yönlendirdiği gösterge esaslı izlemenin geliştirilmesi ve uygulanmasıyla başarılı epidemiyolojik durumun iyi açıklamasıyla karşılaştırıldığında, tepkiler hakkındaki standartlaştırılmış raporlama sınırlıdır.

## Opioid ikame tedavisi

Eroin kullanıcıları için metadon idame tedavisi, Avrupa'da İsveç (1967'de), Hollanda ve Birleşik Krallık'ın (1968) yanı sıra Danimarka (1970) tarafından başlatılmış ancak kullanımı yıllarca sınırlı kalmıştır.

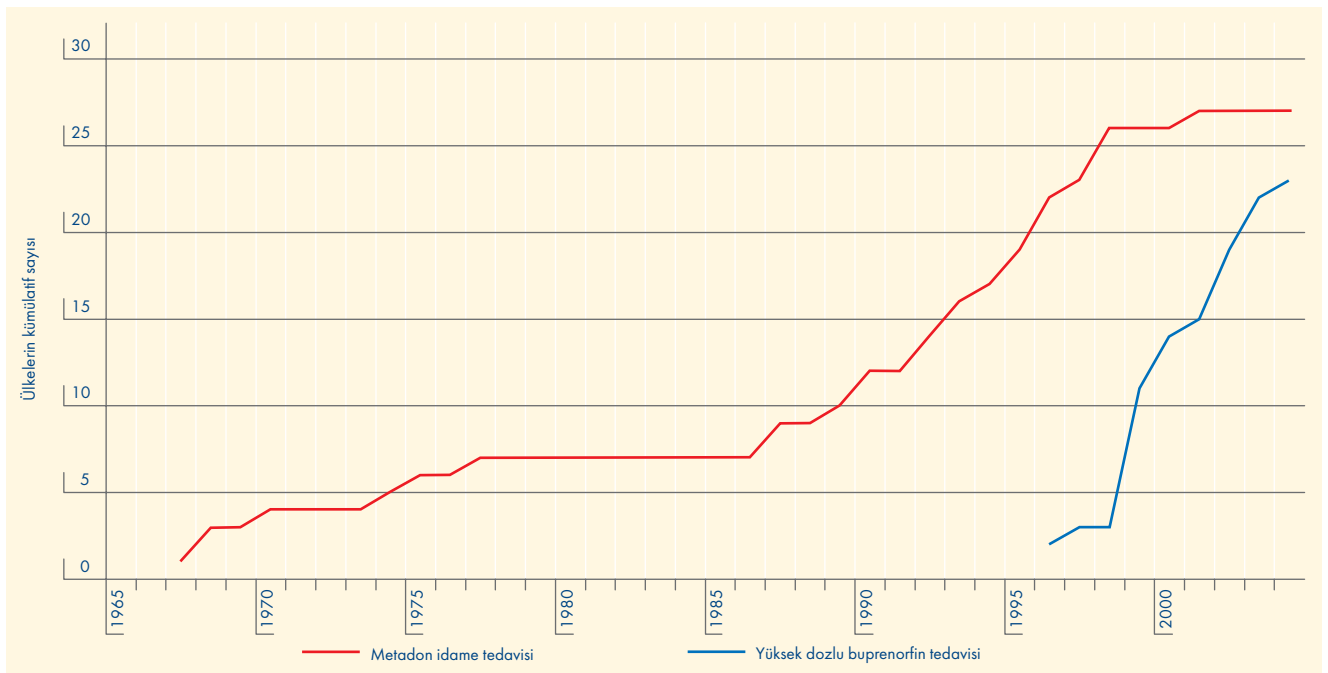
HIV salgınının Batı Avrupa ülkelerindeki uyuşturucu kullanıcıları arasında ne ölçüde yayılmış olduğunun keşfedilmesini takiben, pek çok ülkede tedaviye yönelik amaçlar ve yaklaşımlar, birincil hedef olarak kullanımdan kaçınma yerine, daha çok uyuşturucu kullanımından kaynaklanan hasarların azaltılmasına yönelik olan müdahalelerin benimsenmesine doğru kaymaya başlamıştır. Yinelenen tedavi müdahalelerine olan ihtiyaç kabul edilerek opioid kullanıcılarının sağlığı ile sosyal durumunun stabilizasyonu ile iyileştirilmesinin yanı sıra bir bütün olarak toplum için de uyuşturucu idame tedavisinin faydaları tanınmıştır. 1980'lerin sonlarından sonra, metadon idamesinin bir tedavi şekli olarak tanıtılması hız kazanmıştır.

2001 itibarıyla, 24 AB ülkesinin yanı sıra Bulgaristan, Romanya ve Norveç de bunu kullanmaya başlamıştır (Şekil 1). Ancak, ölçek ve kapsam ülkeler arasında büyük değişiklik göstermektedir (bkz. Bölüm 6).

Uyuşturucu kullanıcılarının tedavisinde buprenorfin içeren ilaçların kullanılması için yasal temel, bir AB Üye Devleti'nde ilk kez 1996 yılında oluşturulmuştur (bkz. 2005 yıllık raporunda buprenorfin hakkında seçili yayın). Artık Üye Devletler'in çoğunda bulunmakta ve kullanılmaktadır. Buprenorfin, BM uyuşturucu sözleşmelerinin daha az katı bir programı kapsamında kontrol edildiğinden, reçetelendirilmesi için ülkelere daha büyük olanaklar tanınmaktadır. Bazı ülkelerde bu tedavi seçeneği, tedavi edilen hastaların sayısı da hızlı artışlara yol açmıştır. Agonist ikamesinin ötesinde yeni farmokoterapi tedavi şekilleri araştırılmakta olup araştırmaların odağı bugün, pek çoğu eroin de kullanan ya da geçmişte kullanmış olan kokain ve crack kullanıcıları için tedavi tepkileri geliştirmeye yönelmektedir (ayrıca bkz. Bölüm 5).

AB'de yarım milyondan fazla opioid kullanıcısının 2003'te ikame tedavisi gördüğü tahmin edilirken, bu rakam, mevcut tahmini 1,5 milyon sorunlu opioid kullanıcısının üçte birini temsil etmektedir (EMCDDA, 2005a). Yeni Üye Devletler ile aday ülkeler, Avrupa bölgesinde ikame tedavisi gören hastaların yalnızca küçük bir kısmını oluşturmakta olup, bu durum kısmen bu ülkelerdeki opioid kullanımı seviyelerinin daha düşük olmasıyla açıklanabilir. Her ne kadar genel olarak ikame tedavisi bu ülkelerde daha az sunulsa da,

**Şekil 1:** AB Üye Devletleri, aday ülkeler ve Norveç'te metadon idame ve yüksek dozlu buprenorfin tedavisine başlanması



Kaynaklar: Ulusal odak noktaları.



Estonya, Litvanya ve Bulgaristan'da artış olduğuna dair bazı göstergeler vardır.

Verilen bilgiler, bazı ülkelerde metadon tedavisinin sağlanmasında daha fazla artış olduğunu ancak sekiz ülkede bu gibi tedavi gören kişilerin sayısının dengelendiğini ya da düştüğünü göstermektedir<sup>(32)</sup>. Bu ülkelerden dördü, Danimarka, İspanya, Malta ve Hollanda, uzun bir süreden beri devam eden bir kokain kullanımı profiline ve erişilebilirliği yüksek metadon ikame programlarına sahiptir. Diğer dört ülke, Letonya, Macaristan, Polonya ve Romanya'da, metadon ikamesinin coğrafi kapsamı düşük olup bazı yerlerde tedavi için bekleme listesi bulunmaktadır.

Metadon tedavisi gören hasta sayısındaki azalmanın bu gibi hastaların erişilebilir hale geldiğinde buprenorfin tedavisine geçtikleri anlamına gelip gelmediğini saptamak zordur. Uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin ne ölçüde pratisyen hekimler tarafından verildiği ulusal düzeyde genellikle bilinmemektedir.

### Uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin türü ve sağlanması

2005 yılında Ulusal Odak Noktaları (UON'ler) arasında gerçekleştirilen bir araştırma, Avrupa'da tedavi sağlanmasının genel özelliklerini değerlendirmiştir. Ulusal uzmanlara opioid kullanıcılarının çoğunluğunun ilaçsız mı yoksa ilaçla sağlanan programlar dahilinde mi tedavi gördüğü, yoksa her iki şeklin de eşit derecede mi yaygın olduğu sorulmuştur.

Sonuçlar, büyük ölçüde ilaçla destek sağlanan tedaviden yana bir oran göstermekte olup kullanılan başlıca madde metadondur (Çek Cumhuriyeti ve Fransa dışında; ayrıntılı bilgi için bkz. Bölüm 6). Sonuçlar yine, çoğu ülkede uyuşturucu tedavisinin ağırlıklı olarak ayakta tedavi şeklinde sağlandığını göstermektedir – sadece Letonya ve Türkiye çoğunlukla yatarak tedavi sağlamaktadır. Geleneksel psikoterapötik tedavi şekilleri (psikodinamik, bilişsel-davranışsal, sistemik/ aile terapisi veya Gestalt terapisi), İrlanda, Letonya, Birleşik Krallık, Bulgaristan ve Türkiye'de ayakta tedavide en sık kullanılan şekillerdir. Dokuz ülke ağırlıklı olarak (danışmanlık, sosyo-eğitsel ve çevresel terapi, motivasyonel görüşme veya rahatlatma teknikleri ile akupunktur içerebilen) 'destekleyici' yöntemler sağlandığını rapor etmekte ve 10 ülke de ayakta tedavi çalışmalarında farklı yöntemleri bir arada kullanmaktadır.

Yatarak tedaviyle ilgili olarak, 12 aşamalı Minnesota modeli İrlanda, Litvanya, Macaristan ve Türkiye'de yatarak bakım

kurumlarında sıklıkla kullanılan bir modelken, altı ülke ağırlıklı olarak psikoterapötik tedavi şekilleri, beş ülke 'destekleyici' yöntemler ve 10 ülke de bu gibi yaklaşımların bir birleşimini uygulamaktadır.

Son on yılda, daha da fazla olarak da son 5 yılda, pek çok Avrupa ülkesi, ikame tedavisi hizmetlerini yaygınlaştırarak ve erişim sınırlamalarını azaltarak tedavinin 'kapılarını açmıştır'. Bakım sistemi ilk kez olarak bu kadar büyük sayılarda uyuşturucu kullanıcılarına ulaşmıştır. Hepsi olmamakla beraber çoğu, bağımlılıklarının tedavisinden öte destek verilmesini gerektirmekteyken yine pek çoğunun yeniden entegrasyonları için önemli bir desteğin yanı sıra düşük eşikli bakıma ihtiyacı olduğu görülmektedir.

### Hasar azaltma tepkileri

Hastalara ulaşmak ve onlarla iletişimi sürdürmek kendi içinde bir hedefe dönüşürken, sosyal yardım ile düşük eşikli hizmet sağlanması kabul ve destek kazanarak şimdi pek çok Üye Devlet'te kapsamlı bir tepkinin başlıca unsurları haline gelmiştir. Avrupa'da uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ile uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılmasına ilişkin ortak tepki profilleri görülmektedir (ayrıca bkz. Bölüm 7).

Uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılması, ilk kez 6 yıl önce bir Avrupa uyuşturucu politikası hedefi olarak saptanmış olup güncel AB eylem planının da bir hedefini oluşturmaktadır<sup>(33)</sup>. Ulusal politikalarında uyuşturucuya bağlı ölümleri azaltma hedeflerine doğrudan bir atıfta bulunan ülkelerin sayısı son yıllarda artmaya devam ederken, 2004 ve 2005 boyunca (toplam sayıyı 15'e çıkararak) sekiz ülke bu gibi stratejiler benimsemiştir. Ulusal politikaların yanında, şehir düzeyinde tamamlayıcı yaklaşımlar yaygındır: birden fazla başkent (Atina, Berlin, Brüksel, Lizbon ve Talin dahil) yanı sıra daha geniş yarı-kentsel bölgelerin de (örneğin İrlanda'nın doğu bölgesi, Dublin çevresi) uyuşturucuya bağlı ölümleri azaltmak için kendi stratejileri bulunmaktadır. Çek Cumhuriyeti, İtalya, Hollanda ve Birleşik Krallık'ta yerel veya bölgesel politikaların var olduğu bildirilmekte olup Bulgaristan'da dokuz şehirde yerel düzeyde stratejiler oluşturulmuştur.

Önceki Avrupa Birliği uyuşturucu stratejisi ile eylem planında olduğu gibi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesi mevcut stratejide önemli bir amaç teşkil etmeye devam etmekte ve 2005-08 eylem planında 16 sayılı hedef olarak belirtilmektedir. Bu durum, Avrupa hükümetleri

<sup>(32)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo NSP-7.

<sup>(33)</sup> 2005-08 AB eylem planının 17 sayılı hedefi, özel olarak bu amaca yönelik tasarlanmış müdahalelerle, uyuşturucuya bağlı ölümlerin tüm düzeylerde belirli bir hedef olarak bulunmasını talep etmektedir.

### Yeni Üye Devletler'de hapisanelerdeki uyuşturucu kullanıcılarıyla ilgili eylemler ve müdahaleler

Mevcut veriler, 2005 yılında gerçekleştirilen ortak bir EMCDDA-WHO/Avrupa veri toplama projesini temel almaktadır <sup>(1)</sup>.

Hapishanelerde uyuşturucu testi yapıldığı yeni Üye Devletler'in çoğunda rapor edilmektedir. Bununla beraber, uyuşturucu testi programları bakımından ülkeler farklılık göstermektedir. Mahkumların hapishaneye girişleri sırasında test edildiği ülkeler sadece Çek Cumhuriyeti, Malta ve Slovenya'dır. Malta ve Slovenya aynı zamanda mahkumları izne çıkmadan önce test eden tek ülkelerdir. Rastgele uyuşturucu testi Çek Cumhuriyeti, Malta, Slovenya ve Slovakya'daki tüm hapishanelerde ve Macaristan'daki hapishanelerin % 50'sinden azında yapılmaktadır.

Yeni Üye Devletler'deki hapishanelerde uygulanan müdahalelerde uyuşturucusuz tedavi yaklaşımları baskın olmakla beraber, bu gibi müdahalelerin kapsamı sınırlıdır. Psikolojik destekli uyuşturucusuz tedavinin Çek Cumhuriyeti, Estonya, Litvanya, Macaristan, Polonya ve Slovakya'daki hapishanelerin % 50'sinden azında bulunduğu rapor edilmiş olup yalnızca Çek Cumhuriyeti ile Slovenya hapishanelerin % 50'sinden fazlasında bu gibi hizmetler bulunduğunu rapor edilmektedir. İlaçlı kısa süreli detoksifikasyon daha yaygın olarak bulunmaktadır (Letonya, Macaristan, Malta, Slovenya ve Slovakya'daki tüm hapishaneler). Yeni Üye Devletler'de antagonistlerle tedavi ve ikame tedavisine erişimi olan hapishanelerin sayısı genel olarak azdır. Acil durumlar dışında, antagonistlerle tedavi

mevcut görünmemektedir ve hapishanede akut detoksifikasyon için opioid ikame tedavisi bulunduğunu bildiren ülke sayısı azdır (Macaristan, Malta, Polonya ve Slovenya). Uyuşturucuyla ilgili tahliye öncesi müdahaleler en çok danışma hizmetleri ve bilgilendirme şeklinde yapılmaktadır (Çek Cumhuriyeti, Letonya, Litvanya, Macaristan, Polonya, Slovenya ve Slovakya). Tahliye öncesi bir müdahale olarak ikame tedavisi Slovenya'daki tüm hapishanelerde ve Polonya'daki hapishanelerin % 50'sinden azında bulunmaktadır.

Yeni Üye Devletler'de az sayıda hapishane, enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları için hasar azaltma tedbirleri rapor etmektedir. İğne ve şırınga değişim programları, yeni Üye Devlet'lerin hiçbir hapishanesinde uygulanmamakta ve yalnızca Estonya, Litvanya ve Slovenya şırıngaların temizlenmesi için dezenfektan temin edildiğini rapor etmektedir. Yine de hapishanelerde uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmektedir. Altı yeni Üye Devlet'in (Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Malta, Slovenya ve Slovakya) tüm hapishanelerinde hepatit B'ye karşı aşılama yapılmaktadır ve beş ülke de (Çek Cumhuriyeti, Litvanya, Polonya, Slovenya ve Slovakya) tüm hapishanelerde hepatit C pozitif mahkumlar için antiviral tedavi bulunduğunu rapor etmektedir. HIV pozitif mahkumlar için antiretroviral tedavi tüm yeni Üye Devletler tarafından rapor edilmektedir <sup>(2)</sup>.

(1) Veriler Çek Cumhuriyeti, Estonya, Letonya, Litvanya, Macaristan, Malta, Polonya, Slovenya ve Slovakya tarafından temin edilmiştir. Daha fazla referans için bkz. EMCDDA (2005c).

(2) Kıbrıs için hiçbir veri bulunmamaktadır.

ile Komisyon'un uyuşturucu kullanımının sağlığa ilişkin sonuçlarına yükledikleri süregelen önemi vurgulamaktadır <sup>(34)</sup>.

AB ülkelerinin büyük bir çoğunluğu ile Norveç, uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik yaklaşımlarını açıkça ifade ederek ulusal uyuşturucu stratejisi belgelerinde somut hedefler veya görevler saptamış ya da uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesinin ne şekilde ele alınacağını belirten ayrı bir politika metni kabul etmiş (İspanya, Letonya, Lüksemburg, İsveç) veya her ikisini de yapmıştır (Estonya, Fransa, Birleşik Krallık). Malta ve Avusturya, bu alandaki yaklaşımları için spesifik politikalar oluşturmayı planlamaktadır.

Almanya ve Yunanistan'da, bulaşıcı hastalıkların önlenmesini hedef alan somut tedbirler ulusal uyuşturucu stratejisinin bir

parçasını oluştururken, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi açıkça bir hedef olarak tanımlanmamıştır.

Bu bulaşıcı hastalıkları önleme stratejileri çoğu durumda oldukça yeni olup kabul edilmelerinin zamanlaması, bir dizi ülkede uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalık görülmesinde bir azalmanın ilk kez olarak bir Avrupa hedefi haline geldiği önceki AB uyuşturucu stratejisiyle (2000-04) aynı zamana denk düşmektedir.

UON'lerin raporlarına göre <sup>(35)</sup>, ulusal stratejilerdeki hedefler ve hedef gruplar da Avrupa düzeyinde yüksek düzeyde bir sinerji göstermektedir. Hedef gruplar, uyuşturucu enjekte edenlerin yanı sıra seks alanında çalışanları ve mahkumları da içermektedir. Özellikle yeni Orta Avrupa Üye Devletlerinde ve Norveç'te, gençler ile enjekte etmeyenler,

(34) Özellikle, 2005-08 eylem planının 16 sayılı hedefi bulaşıcı hastalıkların önlenmesine atıfta bulunmaktadır. 14 sayılı hedef, uyuşturucu bağımlılığıyla ilişkili sağlığa ilişkin hasarın önlenmesi ve azaltılması hakkında bir Konsey Tavsiye Kararı'nın uygulanmasını talep etmektedir (2003/488/AT sayılı Konsey Tavsiye Kararı). 2007'de AB uyuşturucu stratejisinin değerlendirilmesine bir katkı olarak, bu Tavsiye Kararı'nın uygulanması hakkında politika yapımcılar ve Reitox Ulusal Odak Noktalarından toplanan bilgileri de içeren Komisyon'un bir raporu beklenmektedir.

(35) Bu analiz büyük oranda, Ulusal Odak Noktalarının ulusal raporlarında verdiği bilgilerle güncellenen, yapılandırılmış bir anketle (SQ 23) ulusal raporlamaya dayanmaktadır.

bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik eylem için diğer önemli hedef gruplarını teşkil etmektedir. Danimarka ile Estonya politikaları hedef gruplarını daha da genişleterek uyuşturucu kullanıcıları ile yakın temasta bulunan grupları da içermektedir.

Pek çok AB ülkesinde ve özellikle Estonya, İspanya, Kıbrıs, Letonya ve Litvanya'da bulaşıcı hastalıkları azaltma stratejileri açıkça HIV/AIDS'e yönelmiştir. Bununla beraber, 10 ülkede (% 37), bulaşıcı hastalık stratejilerinde uyuşturucu kullanıcıları arasında hepatit C hastalığının önlenmesinden açıkça söz edilmektedir<sup>(36)</sup>. İrlanda 2004'te, bu gibi bir stratejiyi hazırlayan bir danışma süreci başlatırken, Almanya'da önleme ve tedavi hakkında tavsiyeler yayınlanmıştır. Avusturya'da mesleki ve halka açık tartışmalar, konu üzerine 2005 yılında Viyana'da yapılan uluslararası bir konferansla hararetlenmiştir.

Hasar önleme stratejileri, bugün Avrupa'nın uyuşturucu kullanımına tepkisinin önemli bir parçasını oluşturmakta olup sağlığa ilişkin hasarın önlenmesi ile azaltılmasına yönelik hizmetlere erişimi artırmak, 2005-12 AB uyuşturucu stratejisinin başlıca önceliklerinden biridir. AB uyuşturucu stratejisinin sunduğu, sağlığa ilişkin hasarın azaltılması hakkındaki stratejik ortak platform AB çapında pek çok ulusal politikada yansıtılmakta olup bu alandaki kanıt esaslı tepkilerin düzene sokulmasını desteklemiştir.

2004 yılında, Avrupa düzeyinde şırınga edinilebilirliğinin izlenmesinde bir gelişme belgelendirilmiştir. Ancak, düşük eşikli kurumlar tarafından verilen diğer çok sayıda önemli hizmetlerin sağlanması, kullanımı ve kapsamı hakkındaki bilgiler, pek çok ülkede ulusal düzeyde zar zor kaydedilmektedir. Bir Avrupa resmi kolaylıkla çizilememektedir. Veri durumunu iyileştirmeye yönelik bir proje 'Önemli bir veri kaynağı olarak düşük eşikli kurumlar' kutusunda anlatılmaktadır.

### Hedefli tedavi ve kalite yönetimi

Güncel AB eylem planı aynı zamanda yüksek kaliteli tedavi ile hasar azaltma hizmetleri talep etmektedir.

Tedavi ve hasar azaltma planlaması düzeyinde kalite yönetimi araçları kullanılması, hizmetlerin daha hedef grubuna özel hale gelmesine yol açmıştır. Bunlara örnek olarak, cinsiyet gruplarının farklı ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaya verilebilir (ayrıca bkz. cinsiyet konusunda seçili yayın).

Özel olarak belirli bir hedef grubuna hizmet eden tedavi birimleri veya programlar AB'de yaygın olarak görülmektedir.

### Önemli bir veri kaynağı olarak düşük eşikli kurumlar

Düşük eşikli kurumlar, uyuşturucu kullanıcılarının sağlık hizmetlerine erişiminde hayati rol oynamaktadır. 'Gizli' veya ulaşılmaması daha zor veya sağlık hizmeti sistemiyle temasını kaybetmiş olan uyuşturucu kullanan kesimler için, bu kurumlar iletişim noktası oluşturmanın yanı sıra tıbbi ve sosyal hizmetler vermek için ortam sağlayabilir.

Her ne kadar tüm düşük eşikli kurumların verdikleri hizmetleri belgelendirmek için bir sistemleri bulunsun ve izleme ile raporlama çok kapsamlı olabilmekteyse de bu faaliyetler, öncelikli olarak finansman organlarına hesap vermeye ve daha az oranda da iç kalite yönetimi veya hizmet planlama ve değerlendirmeye yöneliktir. Toplanan değerli bilgiler fazlasıyla kurum düzeyinde kalmaktadır. Uyuşturucu şekilleri ve eğilimlerini izlemenin yanı sıra hizmet erişimi için olan potansiyel önemine rağmen, düşük eşikli ortamın çoğu zaman yeterince kullanılmadığı gözlemlenmektedir. Bunun önündeki başlıca engellerden biri, toplanan bilgilerin standardizasyonu ve karşılaştırılabilirliğindeki eksikliklerdir. Hasar azaltma hizmetlerinin sağlanması ve kullanılması hakkındaki mevcut verilerin kalitesini iyileştirmek için, kurumlar için uygun olan ve aynı zamanda ulusal ve Avrupa izleme amaçları için faydalı sonuçlar üreten bir araç bulunması önemlidir. Bu yöndeki bir girişim de, Fransa, İrlanda, Macaristan ve Norveç'in odak noktalarından uzmanlarca desteklenen ortak EMCDDA-Korelasyon projesidir. Korelasyon ağı (Avrupa Sosyal Katılım ve Sağlık Ağı, [www.correlation-net.org](http://www.correlation-net.org)), 27 Avrupa ülkesindeki Devlet ile ve sivil kuruluşları temsil eder ve Avrupa Komisyonu'nun kamu sağlığı programı kapsamında finanse edilmektedir (DG SANCO).

Çocuklar ve 18 yaş altındaki gençler, 23 ülkedeki uzmanlaşmış kurumlarda tedavi edilmektedir; psikiyatrik bir hastalığın eşlik ettiği uyuşturucu kullanıcılarının tedavisi, 18 ülkede uzmanlaşmış kurumlarda gerçekleştirilmekte ve kadınlara özel hizmetlerin de Kıbrıs, Letonya, Litvanya, Bulgaristan ve Türkiye dışında tüm ülkelerde bulunduğu bildirilmektedir. Göçmen uyuşturucu kullanıcılarının veya özel dil gereksinimlerine veya belirli dinsel veya kültürel yapıya sahip grupların ihtiyaçlarını karşılamak üzere tasarlanmış hizmetler daha az yaygın olmakla birlikte, Belçika, Almanya, Yunanistan, İspanya, Litvanya, Hollanda, Finlandiya, İsveç ve Birleşik Krallık'ta var olduğu rapor edilmiştir. 13 ülkeden esrar veya kokain kullanıcılarının tedavisinde uzmanlaşmış birimler bildirilmiş olup sekiz ülkedeki uyuşturucu kurumlarında bu gruplar için özel tedavi programları bulunmaktadır. Ancak, bu gibi hizmetlerin bulunabilirliği ile erişilebilirliğinin bu ülkelerin çoğunda düşük olduğu belirtilmektedir. Amfetamin kullanıcıları için buna benzer özel

<sup>(36)</sup> Fransa ve Birleşik Krallık dahildir. Her ikisi de tamamen uygulanan hepatit C önleme stratejileri oluşturmuştur: Sırasıyla *Plan National Hépatites Virales C et B (2002-2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/hepatites/situation.htm>) ve *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>).

bir program İspanya, Slovakya ve Birleşik Krallık'tan rapor edilmiştir. Tedavi ve bakımda kalitenin iyileştirilmesine yönelik daha başka somut adımlar, özel vaka yönetimi, uzmanlık hizmetleri (yani birden fazla hastalığın tedavisi) verilmesinde aracılık ve tedaviyi daha çok sürdürmek ile artırılmış tedavi etkinliği gerçekleştirmek amacıyla hasta profillerini sunulan tedaviyle daha iyi şekilde eşleştirecek tedavi öncesi hasta değerlendirmelerinden oluşmaktadır.

Tedavi seçeneklerindeki genel artışa rağmen, bazı uyuşturucu kullanıcı gruplarıyla, bilhassa uzun vadeli ve kronik sorunları olanlarla meşgul olmak uyuşturucu hizmetleri için zorluk teşkil etmeye devam etmektedir. Sosyal hizmetler ile düşük eşikli müdahaleler, hem bu ulaşılması güç gruplarla iletişim kurmak açısından, hem ilgilenmeye yönelik çabalar açısından tipik yaklaşımlardır. Daha tartışmalı bir yaklaşım ise, bazı ülkelerde çoğunlukla uyuşturucu enjekte edenleri hedefleyen ama hizmetin kapsamını artık crack kokain kullananları veya kokain içenleri de bazen kapsayacak şekilde genişleten, denetim altındaki uyuşturucu tüketim odalarının geliştirilmesidir (bkz. EMCDDA, 2004c). Hizmet geliştirilmesi ve deneme alanında bir diğer tartışma konusu da, eroinin birkaç ülke tarafından uyuşturucu ikame tedavisi için bir araç olarak kullanılmasıdır. Her ne kadar, genel olarak, bu alandaki faaliyetler diğer tedavi seçeneklerine göre oldukça sınırlı da kalsa, bazı çalışmalar metadon idame tedavisinin başarısız olduğu hastalar için eroin reçete etmenin potansiyel yararları olabildiğini göstermiştir. Örneğin, Almanlar'ın yakın zamanda yapmış olduğu bir rasgele kontrollü eroin-destekli tedavi denemesi (Naber ve Haasen, 2006), hem sağlık hem de yasadışı uyuşturucuların kullanımında azalmalar anlamında olumlu sonuçlar bildirmiştir. Her şeye rağmen, Avrupa'da bu yaklaşımın maliyetine ve yararlarına ilişkin açık bir fikir birliği bulunmamakta olup politik ve bilimsel tartışmaların dikkate değer ölçüde sürdüğü bir alan olmaya devam etmektedir. Tedavinin bulunabilirliği ile kalitesinin artması sayesinde, vurgu da bazı Avrupa şehirlerinde uyuşturucu kullanımının toplum üzerindeki etkisinin azaltılmasına doğru kaymıştır. Bazı yerel bağlamlarda gelecek vadeden iddialı sosyal hizmet çalışmaları ile cazip miktarda düşük eşikli hizmetler (bkz. 5. Bölüm'de 'Hasar azaltma yaklaşımları'), marjinal gruplarla yeniden iletişim kurmak ve onları er geç tedaviye kanalize etmek üzere daha kapsamlı olarak kullanılacak değerli ve etkin modeller teşkil edebilir. Daha 'güvenli' ikame maddeleri (yani karaborsaya çekilme ihtimali daha az olan maddeler), uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin pratisyen hekimin muayenehanesine

doğru daha da kaymasını muhtemel kılmaktadır. Bu, aynı zamanda, uyuşturucu bağımlılığının diyabet türünde kronik bir hastalık gibi tedavi edilmesine olanak veren bir normalleştirme sürecidir. Bazı ülkeler, ikame tedavisi gören büyük eroin kullanıcı gruplarının, sosyal yeniden entegrasyon desteği ve özellikle de ücretli iş için buna karşılık gelen bir gereksinim yarattığını bildirmektedir. Mevcut ekonomik koşullar altında pek çok ülke, uyuşturucu idame tedavisinde stabilize edilmiş dahi olsalar, daha yaşlı eroin kullanıcılarının iş hayatına yeniden entegrasyon ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanabilir. Bu durum, söz konusu grubun içerisinde yüksek düzeylerdeki hastalık oranı yüzünden daha da ağırlaşmaktadır.

### Sosyal yeniden entegrasyon

Üye Devletler'de mevcut tüm literatür, bilgi ve rakamlar, aynı gerçeğe işaret etmektedir: uyuşturucu kullanıcılarının hayatlarının durumu, genel halkın durumundan çok daha sorunlu ve istikrarsızdır. Böylelikle, son iki AB uyuşturucu eylem planında, uyuşturucu kullanıcılarının sağlık ve sosyal statüsünü geliştirmek üzere nihai hedeflerden biri sosyal yeniden entegrasyon olmuştur.

2005-08 eylem planı, Üye Devletler'den 'rehabilitasyon ve sosyal yeniden entegrasyon programlarının kapsamını ve bunlara erişimi artırmayı' talep etmektedir. Her ne kadar sosyal tedbirler uyuşturucu kullanımı sorununa karşı hala tedaviden daha az benimsenen bir tepki oluştursa da, tedavi, sağlık ve sosyal eylemleri birleştiren müdahaleler uzmanlarca uyuşturucu kullanıcısının rehabilitasyonunu gerçekleştirmek için en iyi tepki olarak addedilmektedir.

Özellikle bu alanda nicel bilgi toplamanın zorlukları yüzünden, sosyal yeniden entegrasyona ilişkin veriler<sup>(37)</sup> Avrupa'da nadirdir. Dolayısıyla aşağıda verilen bilgilerin pek çoğu, Üye Devletler içerisindeki politikaya, uygulamalara ve kalite güvencesine odaklanan nitel bir değerlendirmeye dayanmaktadır<sup>(38)</sup>.

2004/05'te, AB eylem planına yanıt olarak, rapor veren 28 ülkeden 20'sinin<sup>(39)</sup> uyuşturucuyla ilgili sosyal yeniden entegrasyon için bir stratejisi bulunuyordu. Bir diğer dört ülke, bu konuyu ulusal uyuşturucu stratejileri veya başka uyuşturucu politikası belgelerinde açıkça ele almamış olmalarına rağmen, bölgesel veya yerel stratejiler uygulamaktadır; üç ülkede bunlardan hiç biri bulunmamaktadır.

11 ülkede başlıca finansman sağlayıcı resmi/ulusal düzeyde bulunurken, sekiz ülkede finansman, ağırlıklı olarak bölgesel/

<sup>(37)</sup> Sosyal yeniden entegrasyon, 'eski veya mevcut sorunlu uyuşturucu kullanıcılarını topluma kazandırma amaçlı her tür sosyal müdahale' olarak tanımlanmaktadır. Sosyal entegrasyonun üç ayağını (1) barınma; (2) eğitim ve (3) istihdam (mesleki eğitim dahil) oluşturur. Danışmanlık ve boş zaman faaliyetleri gibi başka tedbirler de kullanılabilir.

<sup>(38)</sup> Ayrıntılı bilgi için bkz. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

<sup>(39)</sup> Üye Devletler, ayrıca Bulgaristan, Romanya, Türkiye ve Norveç ama Estonya için bilgi bulunmamaktadır.

yerel seviyededir. Bir diğer sekiz ülkede, finansman her iki düzeyde de, biri diğerinden baskın olmaksızın, veya sağlık sigorta sistemleri yoluyla sağlanmaktadır.

AB Üye Devletleri'nde, sorunlu uyuşturucu kullanıcıları sosyal tedbirlere ya özel olarak uyuşturucu kullanıcılarına adanmış ya da sosyal olarak mahrum kalmış grupları hedefleyen hizmetler yoluyla erişebilmektedir. Bu tedbirler içerisinde barınma temel unsurlardan birini oluşturmaktadır. Evsiz sorunlu uyuşturucu kullanıcılarına en çok sunulan hizmet 'genel barınma hizmetleri' olurken (21 ülkede), 18 ülke sadece sorunlu uyuşturucu kullanıcıları için barınma imkanları sunmakta ve 13 ülke de her iki sistemi birleştirmektedir. Ancak evsiz sorunlu uyuşturucu kullanıcılarının bu hizmetlere etkin olarak erişimine dair kuşkular bulunmaktadır. Rapor

#### **EMCDDA 2006 yıllık raporu: seçili yayınlar'da, uyuşturucu kullanımı ve uyuşturucu sorunlarına tepki vermek konusunda bir cinsiyet perspektifi**

Genel olarak, uyuşturucu kullanıcıları arasında erkekler açık arayla çoğunluktadır. AB Üye Devletleri'nde, yasadışı uyuşturucu kullanımı erkekler arasında yalnızca daha yaygın olmakla kalmayıp, erkekler sorun geliştirmeye, tedavi talep etmeye ve uyuşturucu kullanımı yüzünden ölmeye de daha yatkındır.

Bu seçili yayın uyuşturucu kullanımı ve buna bağlı sorunlara cinsiyet perspektifinden yaklaşmaktadır. Ele alınan önemli

edilen sorunlar arasında düşük bulunabilirlik, yerel halkın uyuşturucu kullanıcılarına yeni hizmetler sağlanmasına karşı direnmesi, erişim için sınırlı kriterler ve evsiz sorunlu uyuşturucu kullanıcılarının kurallara uymakta zorlanması bulunmaktadır.

Evsiz sorunlu uyuşturucu kullanıcılarını sabit bir yerleşime alıştırmak, istikrar kazandırma ve rehabilitasyon yolundaki ilk adımdır. Sorunlu uyuşturucu kullanıcılarının tahmini sayısı ve tedavi gören hastalar içinde evsizlerin oranı temel alındığında, Avrupa'da yaklaşık 75.600 ila 123.300 evsiz sorunlu uyuşturucu kullanıcıları bulunmaktadır. Servisler hali hazırda çoğu ülkede mevcut olduğundan ve bazı ülkeler yeni yapılar uygulamaya devam ettiğinden, bu tedbirlerin etkisi evsiz sorunlu uyuşturucu kullanıcılarının bu hizmetlere erişebilmesini temin etmeye bağlı olacaktır.

konular arasında bulunanlar şunlardır: Uyuşturucuların erkekler ve kadınlar tarafından kullanılması arasındaki farklar nelerdir? Üye Devletler nasıl uyuşturucuyu önleme, tedavi, sosyal rehabilitasyon ve hasar azaltmaya yönelik cinsiyete özel yaklaşımlar geliştirmiştir? Cinsiyete özel tepkiler erkekler ve kadınlar için eşit derecede önemli midir?

Bu seçili yayın basılı olarak ("A gender perspective on drug use and responding to drug problems", in EMCDDA annual report 2006: selected issues) veya İnternet üzerinde yalnızca İngilizce dilinde mevcuttur (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Bölüm 3

### Esrar (kenevir)

#### Arz ve bulunabilirlik

##### Üretim ve kaçakçılık

Esrar, tüm dünyada en yaygın olarak üretilen ve kaçakçılığı yapılan bitki esaslı yasadışı uyuşturucu olmaya devam etmektedir (CND, 2006).

Büyük ölçekli kenevir reçenesi üretimi başta Fas, ama aynı zamanda Pakistan ve Afganistan'da da olmak üzere, birkaç ülkede yoğunlaşmıştır. Kenevir reçenesinin toplam global üretiminin yıllık 7.400 ton olduğu tahmin edilmektedir (CND, 2006). AB'de tüketilen kenevir reçenesinin büyük kısmı Fas kaynaklıdır; en çok İber Yarımadası yoluyla kaçakçılığı yapılmaktadır ama daha sonra AB ülkelerine taşınmasında Hollanda ikincil bir dağıtım merkezi görevi görmektedir. Fas'ta kenevir tarımı 2004'te ikinci kez denetlenmiş

##### Ele geçirme vakaları ile diğer piyasa verilerinin yorumlanması

Bir ülkedeki uyuşturucu ele geçirme vakaları, aynı zamanda kanun uygulayıcı kaynaklar, öncelikler ve stratejilerinin yanı sıra kaçakçıların ulusal ve uluslararası arz azaltma faaliyetlerinin zayıf yönleri ile raporlama faaliyetlerini de yansıtmakla beraber, genellikle uyuşturucu arzı ile bulunabilirliğinin dolaylı bir göstergesi olarak kabul edilir. Ele geçirilen miktarlar, örneğin bir yılda ele geçirilenlerin birkaçı çok büyükse, bir yıldan diğerine büyük farklar gösterebilir. Bu sebeple, ele geçirmelerin sayısı bazen eğilimlerin daha iyi bir göstergesidir. Tüm ülkelerde, ele geçirmelerin sayısı, perakende (sokak) düzeyindeki küçük ele geçirmelerin büyük bir oranını içerir. Ele geçirilen uyuşturucuların kaynağı ve hedefi biliniyorsa, kaçakçılık yolları ile üretim alanlarına işaret edebilir. Perakende düzeyindeki uyuşturucuların fiyatı ve saflığı/etkisi, Üye Devletler'in çoğu tarafından rapor edilmektedir. Bununla beraber, veriler, her daim karşılaştırılabilir olmayan bir dizi farklı kaynaktan geldiğinden, ülkeler arasında hassas karşılaştırmalar yapmak güçleşmektedir.

ve bulgular, büyük ölçüde hükümetin müdahalesinin bir sonucu olarak, 2003'e göre % 10'luk bir düşüş ortaya koymuştur. 2004'te, tarım yapılan toplam alan, Rif bölgesinde, 2.760 ton potansiyel kenevir reçenesi üretimine tekabül eden, 120.500 hektarı buluyordu (UNODC ve Fas Hükümeti, 2005).

2004 yılında AB'de ele geçirilen kenevir reçenesi için kaynak ülkeler olarak bahsi geçen diğer ülkeler arasında Arnavutluk, Portekiz, Senegal, Afganistan, Pakistan ve Orta Asya ülkeleri bulunmaktadır (Reitox Ulusal Raporları, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a). Potansiyel bitkisel kenevir üretimi toplamının, tüm dünyadan kaynak ülkelerle, 2003'te 40.000 tonun üzerinde olduğu tahmin ediliyordu (CND, 2005). AB'de 2004'te ele geçirilen bitkisel kenevirin, başta Hollanda ve Arnavutluk olmak üzere Angola, Güney Afrika, Jamaika ve Tayland gibi farklı ülkelerden geldiği bildirilmiştir (Reitox Ulusal Raporları, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Buna ek olarak, esrar ürünlerinin yerel (kapalı veya açık) tarımı ve üretimi çoğu AB Üye Devleti'nde yapılmaktadır.

##### Ele geçirilenler

2004 yılında tüm dünyada, toplamda 1.471 ton kenevir reçenesi ve 6.189 ton bitkisel kenevir ele geçirilmiştir. Batı ve Orta Avrupa (% 74) ve Güneybatı Asya ile Yakın ve Orta Doğu (%19) ele geçirilen kenevir reçenesinin çoğuna karşılık gelirken, ele geçirilen bitkisel kenevir miktarları Kuzey Amerika (% 54) ve Afrika'da (% 31) yoğun olmaya devam etmiştir (UNODC, 2006).

2004'te AB'de 1.087 tona denk gelen tahmini 275.000 kenevir reçenesi ele geçirme vakası meydana gelmiştir. Ele geçirmelerin çoğu (toplam ele geçirmelerin yaklaşık yarısının ve AB'de ele geçirilen toplam miktarın yaklaşık dörtte üçünün karşılık geldiği) İspanya'dan rapor edilmeye devam ederken İspanya'yı Fransa ve Birleşik Krallık takip etmiştir<sup>(40)</sup>. Bir bütün olarak Avrupa'da reçene ele geçirmelerin sayısı her ne kadar 1999 ve 2003 arasında

<sup>(40)</sup> Bu bilgi, eksik 2004 verileri sağlandığında bunlarla karşılaştırmalı olarak kontrol edilmelidir. 2004'teki hem esrar ele geçirmelerinin sayısı hem de ele geçirilen miktarlara dair veriler İrlanda ve Birleşik Krallık için mevcut değildi; esrar ele geçirmelerinin sayısına dair veriler 2004'te Hollanda için mevcut değildi. Değerlendirme amacıyla, eksik 2004 verileri yerine 2003 verileri kullanılmıştır. Hollanda tarafından sağlanan 2004'te ele geçirilen miktarlara dair veriler yalnızca tahmini değerler olduğundan 2004 eğilimlerinin analizinde kullanılmadı.

düşmüş olsa da, rapor eden ülkelerdeki eğilimler 2004'te AB düzeyinde bir artış olduğunu göstermektedir<sup>(41)</sup>. AB'de yolu kesilen toplam reçine miktarı, 2004'te (İspanya dışında) ülkelerin çoğu bir düşüş bildirmiş olmasına rağmen<sup>(42)</sup>, 1999-2004 döneminde sürekli bir artış ortaya koymaktadır.

AB'de bitkisel kenevir daha az ele geçirilmektedir; 2004'te 71 tona tekabül eden tahminî 130.000 ele geçirme olurken, ele geçirmelerin çoğu Birleşik Krallık'ta meydana gelmiştir<sup>(43)</sup>. AB'de bitkisel kenevir ele geçirme sayıları, ele geçirilen miktarları rapor eden ülkelerde 2001'den bu yana düşmekte olsa da<sup>(44)</sup>, 1999'dan beri sürekli olarak artmıştır<sup>(45)</sup>. Birleşik Krallık için 2004 verileri henüz mevcut olmadığından, bu tablo başlangıç niteliğindedir.

2004 yılında, AB ile aday ülkelerdeki tahminî 12.800 ele geçirme, 22 milyon kenevir bitkisi ile 9,5 ton kenevir bitkisinin bulunmasıyla sonuçlanırken, en büyük miktarlar Türkiye'de ele geçirilmiştir<sup>(46)</sup>. Kenevir bitkisi ele geçirmelerinin sayısı 1999'dan bu yana artmış ve rapor eden ülkelere alınan veriler temel alındığında, 2004'te de artmaya devam etmiştir.

### Fiyat ve etki

2004'te, AB'de kenevir reçinesinin ortalama perakende fiyatı, Portekiz'de gram başına 2,3 euro'dan Norveç'te gramı 12 euro'ya kadar çeşitlilik gösterirken, bitkisel kenevir fiyatı Portekiz'de gramı 2,7 euro ile Malta'da gramı 11,6 euro arasında değişmekteydi ve ülkelerin çoğu kenevir ürünleri için gram başına 5 ila 10 euro arasında fiyatlar rapor ediyordu<sup>(47)</sup>.

Enflasyona göre düzeltilen ortalama kenevir reçinesi fiyatları<sup>(48)</sup> 1999-2004 döneminde, fiyatların sabit kaldığı Almanya ve İspanya ile çok az bir artışın meydana geldiği Lüksemburg dışında, tüm rapor eden ülkelere düşmüştür<sup>(49)</sup>. Belirtilmemiş türden veya ithal edilmiş bitkisel kenevirin

enflasyona göre düzeltilen ortalama fiyatları<sup>(50)</sup>, gene rapor eden çoğu ülkede aynı dönemde düşmüş ama İspanya ve Hollanda'da sabit kalırken Almanya, Letonya, Lüksemburg ve Portekiz'de artmıştır. Yalnızca iki ülke, Hollanda ve Birleşik Krallık, yerel olarak üretilen bitkisel kenevirin ortalama fiyatına dair rapor vermiştir ve fiyat her iki durumda da düşüş göstermiştir.

Kenevir ürünlerinin etkisi, içerdikleri birincil aktif bileşen olan  $\Delta^9$ -tetrahidrokanabinol (THC) miktarına göre belirlenmektedir (EMCDDA, 2004b). 2004'te, perakende düzeyinde kenevir reçinesinin rapor edilen ortalama THC içeriği % 1'in altından (Bulgaristan) % 16,9'a (Hollanda) kadar değişiklik gösterirken, bitkisel kenevirin etkisi % 0,6'dan (Polonya) % 12,7'ye (İngiltere ve Galler) kadar değişmekteydi<sup>(51)</sup>. Yerel olarak üretilen bitkisel kenevirin etkisi Hollanda'da % 17,7 olarak rapor edilmiştir<sup>(52)</sup>.

### Esrar kullanımının şekilleri ve yaygınlığı

Esrar, Avrupa'da en sık kullanılan yasadışı maddedir. Kullanımı 1990'larda neredeyse tüm AB ülkelerinde, okul çocukları dahil olmak üzere özellikle gençler arasında artmıştır.

65 milyon civarında Avrupalı yetişkinin, yani 15-64 yaşındakilerin yaklaşık % 20'sinin maddeyi en az bir kez denediği tahmin edilmekle beraber<sup>(53)</sup> bunların çoğunun maddeyi şu anda kullanmıyor olması unutulmamalıdır. % 2 ila % 31 arasında değişen ulusal rakamlar büyük çeşitlilik göstermekte olup en düşük oranlar Malta, Bulgaristan ve Romanya'da, en yüksek oranlar ise Danimarka (% 31), İspanya (% 29), Fransa (% 26) ve Birleşik Krallık'tadır (% 30)<sup>(54)</sup>. Hakkında bilgi bulunan 25 ülkeden 13'ü, % 10-20 aralığında yaşam boyu yaygınlık oranları ortaya koymaktaydı<sup>(55)</sup>.

<sup>(41)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-1.

<sup>(42)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-2.

<sup>(43)</sup> Bkz. dipnot (40). 2004'te esrar ele geçirmelerinin sayısına dair veriler Polonya için mevcut değildi.

<sup>(44)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-4.

<sup>(45)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-3.

<sup>(46)</sup> Bkz. dipnot (40).

<sup>(47)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-1.

<sup>(48)</sup> Tüm ülkelerde paranın değeri için 1999 temel yıl olarak alınmıştır.

<sup>(49)</sup> 1999-2004 döneminde, kenevir reçinesi/bitkisi fiyatlarına dair veriler Belçika, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Almanya, İspanya, Fransa, İrlanda, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Hollanda, Polonya, Portekiz, Slovenya, İsveç, Birleşik Krallık, Bulgaristan (yalnızca bitkisi), Romanya, Türkiye ve Norveç'te en az üç ardışık yıl için mevcuttu. Ancak Çek Cumhuriyeti'ndeki eğilimler, verilen bilgileri etkileyen yöntem bilimsel sınırlamalardan ötürü analiz edilmemiştir.

<sup>(50)</sup> Tüm ülkelerde paranın değeri için 1999 temel yıl olarak alınmıştır.

<sup>(51)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil PPP-2.

<sup>(52)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-5.

<sup>(53)</sup> Ortalama oran, her ülkedeki ilgili yaş grubu nüfusuna göre ağırlıklandırılan ulusal yaygınlık oranlarının ortalaması olarak hesaplanmıştır. Toplam rakamlar, her ülkedeki ilgili nüfus arasındaki yaygınlık çarpılarak hesaplanmış ve hiçbir bilgi bulunmayan ülkeler için de verilere yaklaşık değer verilmiştir.

<sup>(54)</sup> Bu metinde, Birleşik Krallık rakamları, pratik sebeplerle 2005 Britanya Suç Araştırması'na (İngiltere ve Galler) dayanmaktadır. İskoçya, Kuzey İrlanda için ek tahminler vardır ve Birleşik Krallık için birleştirilmiş bir tahmin de bulunmaktadır (istatistik bülteninde verilmiştir).

<sup>(55)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo GPS-1.



### Nüfustaki uyuşturucu kullanımını tahmin etmek

Genel nüfus veya okul nüfusu arasındaki uyuşturucu kullanımı, belirli dönemlerde, yani yaşam boyu, geçmiş yılda veya geçmiş ayda uyuşturucu kullanmış olduğunu bildiren kişilerin oranının tahminlerini veren anketler yoluyla değerlendirilmektedir.

EMCDDA, ulusal uzmanlarla ortaklaşa olarak, yetişkin anketlerinde kullanılmak üzere bir dizi ortak çekirdek madde geliştirmiş, ('Avrupa Model Anketi', EMQ) bu anket çoğu AB Üye Devleti'nde uygulanmıştır. EMQ'nun ayrıntıları 'Halk arasında uyuşturucu kullanımı hakkında anketler için el kitabı'nda bulunmaktadır (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1380>). Bununla beraber, ülkeler arasında yöntem bilim ve veri toplama yılı açısından hala farklar bulunmakta olup, ülkeler arasındaki küçük farklar dikkatle yorumlanmalıdır (1).

'Yaşam boyu kullanım', (her ne kadar okul çocukları arasında makul bir göstergeler olarak kabul edilse de) yetişkinler arasındaki mevcut uyuşturucu kullanımını değerlendirmede sınırlı öneme sahiptir ama kullanım şekillerine dair içgörü sağlayabilir. 'Geçmiş yılda kullanım' ile 'geçmiş ayda kullanım' (geçmiş yılda kullanım uyuşturucuyu sık kullanan kişilerde daha yaygındır), mevcut durumu daha hassas bir şekilde yansıtmaktadır.

Alkol ve Diğer Uyuşturucular hakkında Avrupa Okul Anketi Projesi (ESPAD), Avrupa'daki okul çocukları arasındaki uyuşturucu ve alkol kullanımına dair önemli bir bilgi kaynağıdır ve zaman içerisindeki eğilimleri kaydetmek için paha biçilmez önem arz etmektedir. ESPAD anketleri 1995, 1999 ve 2003'te gerçekleştirilmiştir. Gelecek anket 2007'de yapılacaktır. ESPAD, sonuçların karşılaştırılabilir olmasını sağlamak için, 15-16 yaşındaki okul çocuklarından oluşan ulusal temsil değeri olan örnekler arasında standartlaştırılmış yöntemler ve araçlar kullanılmaktadır. ESPAD'a katılım her anketle artmış, 1995'te 26, 1999'da 30 ve 2003'te de, 22 AB Üye Devleti ile dört aday ülke (Bulgaristan, Hırvatistan, Romanya ve Türkiye) dahil olmak üzere, 35 Avrupa ülkesi katılmıştır. Anket soruları, standart zaman dilimleri ve kullanma sıklığı ile, alkol tüketimi ve yasadışı uyuşturucu kullanımına odaklanmaktadır.

ESPAD ve raporların bulunabilirliği hakkında bilgiler ESPAD web sitesinde bulunabilir ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

(1) Nüfus anketleri ile her ulusal ankette kullanılan yöntemlere dair ayrıntılı bilgi için, bkz. 2006 istatistik bülteni.

Geçtiğimiz yıl içinde kullanım yaşam boyu deneyiminden açıkça daha düşüktür. 15-64 yaşındakilerin yaklaşık % 7'sini oluşturan 22,5 milyon civarında Avrupalı yetişkinin geçmiş yılda esrar kullandığı tahmin edilmektedir. Ulusal rakamlar % 1 ila % 11 arasında değişmekte olup, en düşük rakamlar Yunanistan, Malta ve Bulgaristan'dan, en yüksek rakamlar ise İspanya (% 11,3), Fransa (% 9,8) ve Birleşik Krallık'tan (% 9,7) rapor edilmiştir (56).

Geçtiğimiz aya ait yaygınlık tahminleri, uyuşturucunun düzenli kullanımını daha iyi temsil edecektir. Yetişkinlerin % 4'üne denk gelen 12 milyon Avrupalı yetişkinin, uyuşturucuyu son 30 gün içerisinde kullandığı tahmin edilmektedir. Ülke rakamları % 0,5 ila % 7,5 arasında değişmekte olup bu durum 15 katlık bir farka işaret etmektedir. En düşük rakamlar Litvanya, Malta, İsveç ve Bulgaristan'dan, en yüksekler ise Çek Cumhuriyeti (% 4,8), İspanya (% 7,6) ve Birleşik Krallık'tan (% 5,6) rapor edilmiştir (57).

Esrar dahil yasadışı uyuşturucuların kullanımı, en çok gençler arasında görülmektedir. 2004'te, 15-34 yaş arası Avrupalıların % 3 ila % 44'ü esrarı denemiş olduğunu, % 3-20'si bir önceki yıl içinde kullandığını ve % 1,5-13'ü de bir önceki ay içinde kullandığını bildirmiş olup en yüksek rakamlar yine Çek Cumhuriyeti, İspanya ve Birleşik Krallık'tan gelmektedir. Bu yaş grubu için Avrupa ortalamaları yaşam boyu kullanım için % 32, bir önceki yıl içinde kullanım için % 14 (35 ila 64 yaşındakiler için % 2'yle karşılaştırıldığında) ve bir önceki ay içinde kullanım için de % 7'nin üzerindedir (35 ila 64 yaşındakiler için % 1'le karşılaştırıldığında) (58).

Esrar kullanımı, 15 ila 24 yaş arasındakilerde daha bile yüksek olup yaşam boyu yaygınlık % 3 ile % 44 arasında (çoğu ülke % 20-40 aralığında rakamlar rapor etmektedir), bir önceki yıl içinde kullanım % 4 ile % 28 (çoğu ülkede % 10-25) (Şekil 2) ve bir önceki ay içinde kullanım da % 1 ile % 15 (çoğu ülkede % 5-12) arasında değişmektedir ve erkekler arasındaki oranı kadınlardan fazladır. Yeni Üye Devletler'de 15 ila 24 yaşlarındaki genç yetişkinler arasında esrar kullanımı seviyeleri AB-15 Üye Devletleri'yle tipik olarak aynı düzeydedir ancak daha yüksek yaş grupları arasında kullanım oranları ciddi ölçüde düşmektedir (59).

Bunun aksine, uyuşturucu kullanımı ve sağlık konulu 2004 ABD ulusal anketinde (60), yaklaşık % 20'lik AB ortalamasıyla karşılaştırıldığında (12 yaş ve üzeri olarak tanımlanan) yetişkinlerin % 40,2'si yaşam boyu kullanım

(56) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo GPS-3.

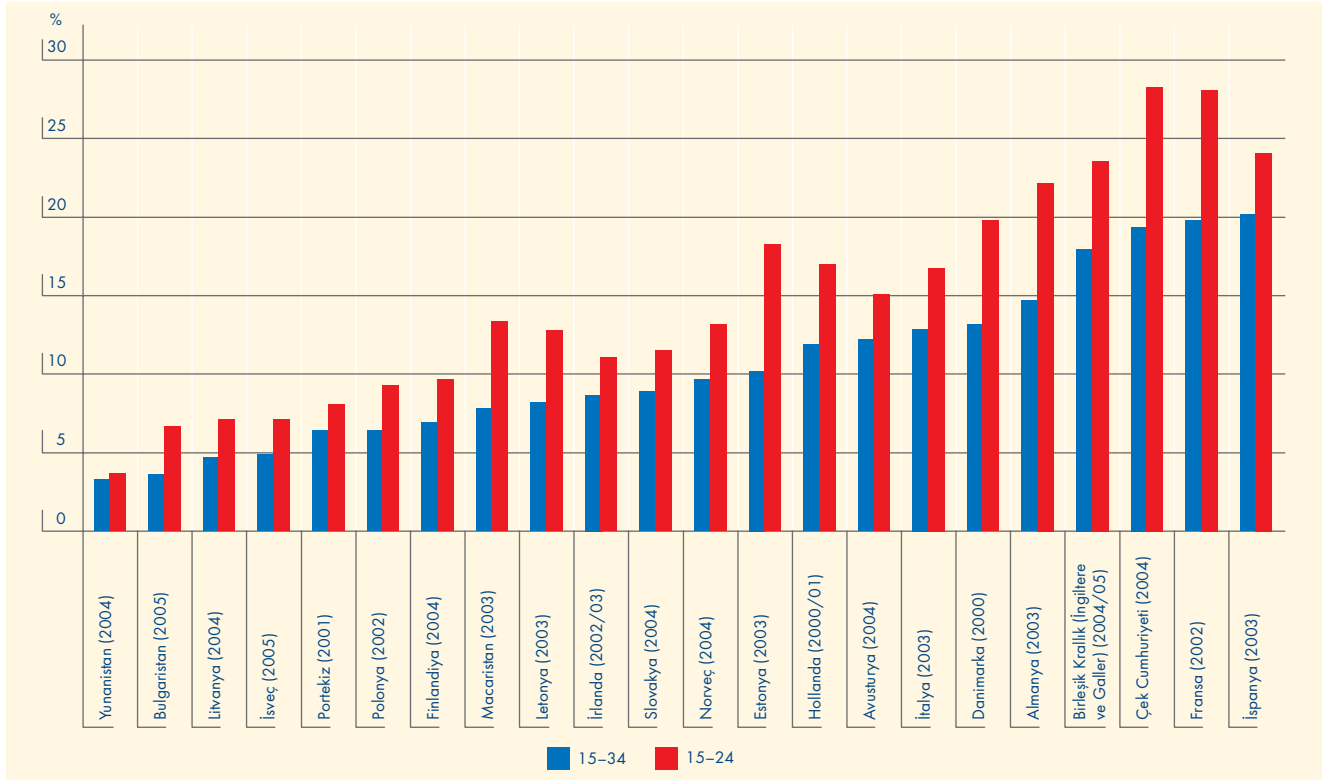
(57) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo GPS-5.

(58) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolar GPS-2, GPS-4 ve GPS-6.

(59) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolar GPS-14, GPS-15 ve GPS-16 ile Şekiller GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 ve GPS-26.

(60) Kaynak: SAMHSA, Uygulamalı Çalışmalar Ofisi, Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık hakkında 2004 Ulusal Anketi

(<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). AB anketinde 'tüm yetişkinler' için yaş aralığının (12 yaş ve üzeri) Avrupa anketleri için olan standart yaş aralığından (15-64) daha geniş olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

**Şekil 2:** Genç yetişkinler (15-34 ve 15-24 yaş) arasında esrar kullanımının geçmiş yıldaki yaygınlığı

Not: Veriler her ülkede raporlama sırasında bulunan en son ulusal anketlerden elde edilmiştir. Daha fazla bilgi için bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolara GPS-8, GPS-11 ve GPS-18.

Kaynaklar: Nüfus anketleri, raporlar veya bilimsel makalelerden elde edilen Reitox ulusal raporları (2005).

rapor etmiştir. Bu oran en yüksek yaşam boyu oranlarına sahip Avrupa ülkelerinininkinden bile yüksektir (Danimarka % 31,3 ve Birleşik Krallık % 29,7), ancak bir önceki yıl içinde kullanım tahminlerindeki farklılıklar daha az belirgindir: bu rakam % 7'lik Avrupa ortalamasına karşılık Amerika Birleşik Devletleri'nde % 106'dır ve birden fazla Avrupa ülkesi Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunanlara benzer rakamlar rapor etmiştir.

Beş AB Üye Devleti (Belçika, İspanya, Kıbrıs, İtalya ve Birleşik Krallık) ulusal okul araştırmalarından yeni veriler rapor etmiş olup Bulgaristan iki büyük şehirde gerçekleştirilen okul araştırmalarından elde edilen verileri rapor etmiştir. Genel olarak, Avrupa'da okul çocukları arasında esrar kullanımının resmi şu anda da aynıdır. 15 ve 16 yaşındaki okul çocukları arasında yaşam boyu esrar kullanımı yaygınlığının en yüksek olduğu yer Çek Cumhuriyeti ve İspanya'dır (sırasıyla % 44 ve % 41). Oranın % 25'ten fazla olduğu ülkeler arasında Almanya, İtalya, Hollanda, Slovakya ve Slovenya (% 27-28) ile yaşam boyu yaygınlığın % 32'den % 40'a kadar değiştiği

Belçika, Fransa, İrlanda ve Birleşik Krallık bulunmaktadır. En düşük yaşam boyu yaygınlık tahminleri (% 10'dan az) Kıbrıs, Yunanistan, İsveç, Romanya, Türkiye ve Norveç'te bulunmaktadır <sup>(61)</sup>.

15-16 yaşındaki öğrenciler için yaygınlık tahminleri daha büyük öğrencileri içerecek şekilde genelleştirilmemelidir zira küçük yaş artışlarına karşın yaygınlıkta büyük artışlar gerçekleşebilir. 17 ve 18 yaşındakiler arasında yaşam boyu yaygınlık tahminleri Çek Cumhuriyeti, İspanya ve Fransa'da % 50'den fazlayı bulmaktadır <sup>(62)</sup>. Ayrıca diğer pek çok Üye Devlet'le karşılaştırıldığında yaygınlığın düşük olduğu İsveç'te, 17-18 yaşındaki öğrenciler arasında tahmin edilen % 14'lük yaşam boyu esrar kullanımı, 15-16 yaşındakiler arasındaki oranın (% 6) iki katından fazladır <sup>(63)</sup>.

### Esrar kullanım kalıpları

Esrar kullanımı, başladıktan bir süre sonra zaman zaman kullanmaya veya bitmeye eğilim göstermektedir. Ortalama olarak, esrarı denemiş olan Avrupalıların % 33'ü bunu aynı

<sup>(61)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo EYE-1.

<sup>(62)</sup> Okula gitmeyen 17-18 yaşındakileri de kapsayan ESCAPAD gençlik araştırması.

<sup>(63)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo EYE-3 ve Şekil EYE-1 (bölüm i).

zamanda geçen yıl da kullanmışken, yalnızca % 16'sı son 30 gün içinde kullanmıştır. 'Devam ettirme oranları' olarak bilinen bu oranlar, geçen yıl devam ettirme için % 20 ila % 45 arasında ve son 30 gün devam ettirme için % 10 ila % 25 arasında değişerek ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir <sup>(64)</sup>.

Her ne kadar esrar kullanımı çoğunlukla gençler arasında yoğun olsa da, İspanya ve Birleşik Krallık'tan bazı verilere göre kişiler bu uyuşturucuyu 30'lu veya 40'lu yaşlarda da kullanmaya devam ediyor olabilir. Bu durum, esrar kullanım kalıplarında daha fazla dikkat gerektiren önemli bir uzun vadeli değişim anlamına gelebilir. Diğer yasadışı uyuşturucu kullanımı gibi esrar kullanımı da erkekler arasında, kadınlar arasında olduğundan önemli ölçüde daha yüksektir. Bu fark geçen yıl veya geçen ay kullanımında, yaşam boyu kullanımında olduğundan daha belirgindir ama gençler arasındaki fark daha yaşlı yetişkinlerin arasındakinden daha küçüktür (cinsiyet konusunu ele alan yayına bakınız). Esrar kullanımı ayrıca kentsel alanlarda veya yüksek nüfus yoğunluklu bölgelerde daha yaygındır. Kullanımın daha küçük kasabalara veya kırsal alanlara yayıldığı kanısına varılmış ve Polonya 2005 ulusal raporunda bu eğilimi belgelemiştir.

Düzenli veya yoğun şekillerdeki esrar kullanımına dair artan endişelere rağmen <sup>(65)</sup>, Avrupa düzeyinde bilgiler son derece sınırlıdır. 2004 yıllık raporunda ortaya konan kaba bir tahmin (EMCDDA, 2004a), Avrupalı yetişkinlerin % 1'inin, yani 3 milyon civarında kişinin günlük veya neredeyse günlük esrar kullanıcıları olabileceğini ileri sürmektedir. Birden fazla ülke düzenli veya yoğun esrar kullanımında artış bildirmiş olmasına rağmen yalnızca İspanya günlük kullanıma ilişkin benzer veriler rapor etmiştir. Burada 1997-99 (yetişkinlerin % 0,7-0,8'i) ve 2001 (% 1,5) arasında bir artışın akabinde 2003'te denge sağlanmıştır (% 1,5). Diğer ülkelerden ve belirli yaş gruplarına göre (örneğin 15-24 yaş) bilgi edinmek faydalı olacaktır. Fransız 2003 ESCAPAD araştırması, 17-18 yaşındakilerin % 14'ünün (kızların % 9'u ile erkeklerin % 18'i), belirli bir ölçüğe göre (CAST) sorunlu kullanım riski altında kabul edilebileceğini ortaya koymuştur. Başka ülkeler de (Almanya, Hollanda, Polonya ve Portekiz) esrar kullanımının yoğun şekillerini değerlendirecek ölçekler üzerinde çalışmakta ve EMCDDA bu alanda işbirliğini teşvik etmektedir.

### Esrar kullanımının sağlığa etkileri

Son yıllarda, esrar kullanımının sosyal ve sağlığa ilişkin potansiyel sonuçlarına dair duyulan endişe artmıştır. Her ne kadar eldeki kanıtlar konuların tam anlamıyla anlaşılmasına yetmese de, bazı sonuçlar çıkarılabilir. Örneğin, yoğun esrar kullanımının ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu açıktır ama bir hastalığa diğer hastalıkların eşlik etmesi sorunu, sebep sonuç sorunlarıyla içiçedir. Bu bağlantının getirdiği karmaşıklıklar, yeni çıkacak olan bir EMCDDA kitabında incelenmekte ve tartışılmaktadır.

Yoğun esrar kullanımının genellikle uyuşturucu tipine özel olmayan ruhsal sorunlarla birlikte meydana gelmesi gerçeğinin uygulamaya yönelik sonuçları vardır. Esrar kullanıcıları için bir tedavi planı oluştururken, klinisyenler için uyuşturucu kullanımından mı yoksa ruhsal sağlık sorunundan mı başlamak gerektiğini bilmek güç olabilir. Sorunlu esrar kullanımı tedavisinin etkilerine dair çalışmalar hala seyrek olup, var olan birkaçı da yalnızca belirli psikososyal tedavileri kapsamaktadır. Tüm diğer tedavi şekilleri üzerinde ya hiç çalışılmamış ya da yeterince çalışma yapılmamıştır; dolayısıyla etkinlik ve verimliliğe dair kanıt bulunmamaktadır.

### Yetişkinler arasında esrar kullanımında eğilimler

Avrupa'da uyuşturucu kullanımında uzun vadeli eğilimlerin izini sürmek, zaman dizili güvenilir verilerin eksikliği nedeniyle zorlaşmaktadır. Bununla birlikte, artan sayıda ülke 1990'ların başından itibaren araştırmalar başlatmış olup bunlardan bazıları artık zaman içerisindeki eğilimlere dair değerli içgörüler sağlamaya başlamıştır.

Genel olarak esrar kullanımının bazı Avrupa ülkelerinde 1960'larda yayılmaya başladığı ve 1970'ler ile 1980'lerde popüler hale geldiği düşünülmektedir. Yeni ulusal anketler, Danimarka, Almanya, İspanya, Fransa, Hollanda, İsveç ve Birleşik Krallık'ta 45 ila 54 yaşındakiler arasında önemli ölçüde yaşam boyu deneyimi gösterirken, bu durum 1960'ların sonu ile 1970'lerde büyük oranda esrar kullanılmaya başlandığını düşündürmektedir. Esrar kullanmaya başlamaya ilişkin bir analiz 1970'lerde İspanya'da, 1980'lerde (Batı) Almanya'da ve 1990'larda Yunanistan'da belirgin bir yayılma olduğunu ortaya koymuştur <sup>(66)</sup>. İsveç verileri, 1970'lerde askere alınanlar arasında nispeten yüksek bir deneyimleme düzeyi (% 15-20) olduğunu belgelemektedir.

<sup>(64)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil GPS-24.

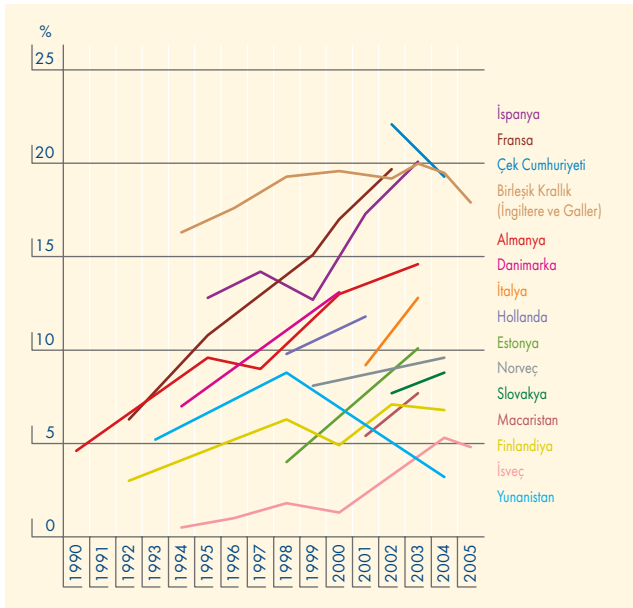
<sup>(65)</sup> Henüz 'yoğun esrar kullanımı'nın evrensel olarak benimsenmiş bir tanımı bulunmamaktadır; tanım daha ziyade, farklı çalışmalarda çeşitlilik göstermektedir. Ancak, belli bir sıklık eşliğini aşan esrar kullanımı anlamına gelen kapsamlı bir terimdir. 'Bağımlılık/alışkanlık' veya başka sorunların mevcut olduğu anlamına gelmiyor olabilir ama bağımlılık dahil, olumsuz sonuçlara yol açma riskini artırdığı kabul edilmektedir. Bu bölümde, rakamlar (son 30 günün 20 gününde veya daha fazlasında kullanım olarak tanımlanan) 'günlük veya neredeyse günlük kullanım'ı ifade etmektedir. Bu değerlendirme çalışmalarda sıklıkla kullanılmış olup Avrupa model anketinden elde edilebilir. Daha nadir kullanılanlar arasında bağımlılık riski daha azdır.

<sup>(66)</sup> Bkz. 2004 yıllık raporunda Şekil 4.

Ulusal veya yerel ev, askerlik ve okul araştırmaları, 1990'larda çoğu AB ülkesinde, bilhassa gençler arasında esrar kullanımının belirgin ölçüde arttığını göstermiştir. Her ne kadar bazı durumlarda dengelenme ve hatta düşüşe dair işaretler olsa bile, bu artış neredeyse tüm ülkelerde yakın zamana kadar sürmüştür. Birleşik Krallık'ta, genç yetişkinler (15-34 yaş) arasında yakın zamanda esrar kullanımı 1990'ların başında Avrupa'nın en yükseğiydi ama bu oranlar 1998'den 2004/05'e kadar yavaş yavaş düşerken <sup>(67)</sup> İspanya ve Fransa'daki oranlar yakın zamanda (2002 veya 2003) Birleşik Krallık'ınkile ulaşmıştır (Şekil 3). Çek Cumhuriyeti için de benzer yüksek yaygınlık düzeyleri rapor edilmektedir.

Kullanım seviyeleri Danimarka, Almanya, Estonya, İtalya, Hollanda ve Slovakya'da daha düşüktür ama bu ülkelerin tümü ile daha az ölçüde de olsa Macaristan, genç yetişkinler arasında geçmiş yılda kullanımda artışlar rapor etmiştir. Danimarka (2000) ve Hollanda (2001) verilerinin artık nispeten eskimiş ve güncel durumun da dolayısıyla daha az net olduğunu unutmamak gerekir.

**Şekil 3:** Genç yetişkinler (15-34 yaş) arasında esrar kullanımının geçmiş yıldaki yaygınlığındaki eğilimler



**Not:** Veriler her ülkede raporlama sırasında bulunan en son ulusal anketlerden elde edilmiştir. Daha fazla bilgi için bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo GPS-4.

**Kaynaklar:** Nüfus anketleri, raporlar veya bilimsel makalelerden alınan Reitox ulusal raporları (2005).

Finlandiya ve İsveç'te yaygınlık oranları nispeten düşük olmakla birlikte artıyor gibi de görünmektedir; ancak yöntem bilimsel değişimlerden dolayı İsveç'te 2000 (% 1,3) ile 2004 (% 5,3) arasında gözlemlenen farkı yorumlamak güçtür <sup>(68)</sup>. Her ne kadar belirgin artışlar sadece Belçika ve İspanya'da meydana gelmiş de olsa, geçmiş ay yaygınlığı tahminleri de son on yılda genel olarak artmıştır. Daha önce 1990'ların başından beri Avrupa'daki en yüksek seviyeleri sunmuş olan Birleşik Krallık, yakın zamanda geçmiş ay kullanımında bir düşüş rapor etmiştir. Buna ek olarak, Slovakya 2002 ve 2004 arasında bir düşüş rapor etmiştir. Çek Cumhuriyeti ve Fransa'da eğilimi değerlendirmek mümkün olmamıştır.

Ayrıca, okul araştırmaları nüfusun daha genç üyeleri arasında uyuşturucu kullanımındaki eğilimler hakkında, genç yetişkinlerin gelecekteki eğilimlerini öngörebilecek değerli bilgiler sağlayabilir. Çoğu ülkede, esrar denemiş olan okul çocuklarının sayısında 1995'ten beri genel bir artış olmuştur. Bununla beraber, eğilimlerde coğrafi çeşitlilikler belirgindir. 15-16 yaşındaki okul çocukları arasında esrar kullanımının yaşam boyu yaygınlığındaki eğilimleri üç coğrafi gruba ayrılabilir. Esrar kullanımı eskilere dayanan İrlanda ve Birleşik Krallık'ta yaşam boyu yaygınlığı yüksek olmakla birlikte, son on yılda sabit kalmıştır (% 37-39 civarı). Doğu ve Orta Avrupa Üye Devletleri'nin yanı sıra Danimarka, İspanya, Fransa, İtalya ve Portekiz'de, 2003'te yaşam boyu esrar kullanma yaygınlığı 1995'te olduğundan önemli ölçüde daha yüksekti. Üçüncü grup Üye Ülkeler'de (Kuzeyde Finlandiya ve İsveç, güneyde Yunanistan, Kıbrıs ve Malta) ve Norveç'te, okul çocukları arasında yaşam boyu yaygınlık tahminleri nispeten düşük seviyelerde kalmıştır (% 10 civarı ve altında) <sup>(69)</sup>.

## Tedavi talep verileri <sup>(70)</sup>

2004'te rapor edilen toplam yaklaşık 380.000 tedavi talebi arasında (19 ülkeden veriler mevcuttur), tüm vakaların yaklaşık % 15'inde tedaviye başvuranın birincil sebebi olan esrar, bu haliyle eroinden sonra en sık rapor edilen uyuşturucu olmuştur <sup>(71)</sup>.

Genel olarak, 2004'te rapor edilen yeni hastaların % 27'sini temsil eden, ilk kez tedaviye başlayanlara dair raporlarda da esrar ikinci en sık bahsi geçen uyuşturucu olmakla beraber yeni hastaların yalnızca % 5'inden azının esrardan bahsettiği Litvanya, Malta ve Romanya ile yeni hastaların

<sup>(67)</sup> 1994'ten beri, İngiltere ve Galler için Britanya Suç Araştırması'na dayanan bilgi bulunan ilk yıl.

<sup>(68)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekiller GPS-4 ve GPS-14.

<sup>(69)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo EYE-5 (bölüm i) ve Şekil EYE-1 (bölüm ii).

<sup>(70)</sup> Genel dağılım ile eğilimlerin analizi, tüm tedavi merkezlerinde tedavi talep eden hastalara dair verilere dayanmaktadır; hastaların profili ile uyuşturucu kullanımı şekillerinin analizi, ayakta tedavi merkezlerinden alınan verilere dayanmaktadır. Cinsiyet dökümüne dair özel bir analiz, 2006 EMCDDA yıllık raporuyla birlikte yayımlanan cinsiyet konusundaki yayında bulunabilir.

<sup>(71)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil TDI-2.

% 40'ından fazlasının bahsettiği Almanya, Danimarka, Macaristan ve Finlandiya arasında dikkate değer farklılıklar bulunmaktadır<sup>(72)</sup>. 1999-2004 döneminde, esrar için tedavi görmek isteyen tüm yeni hastaların oranı veri rapor eden ülkelerin çoğunda artış göstermiştir<sup>(73)</sup>.

Veri bulunan neredeyse tüm ülkelerde, esrar için tedavi görmek istediği rapor edilen yeni hastaların oranı tüm hastaların oranından daha yüksektir; birkaç ülkede oranlar kabaca eşittir<sup>(74)</sup>. Esrar kullanımı için en fazla tedavi talebi ayakta tedavi şeklindedir<sup>(75)</sup>.

Esrar tedavisi için artan taleple ilgisi olabilecek bir dizi etmen bulunmakta olup bu alan araştırmasında titizlik göstermek gerekmektedir. Bir artışın muhtemel sebepleri arasında yoğun esrar kullanımının artması ile nüfusta buna bağlı sorunlar, esrar kullanmanın risklerinin daha iyi algılanması, bazı ülkelerde açıkça önemli olan, cezai adalet sisteminden tedaviye sevklerin sayısında bir artış ile raporlama sistemi ve/veya kapsamındaki değişiklikler bulunmaktadır<sup>(76)</sup>.

Genel olarak, esrar hastaları üç gruba ayrılabilir: ara sıra kullananlar (% 34), haftada bir kez ile bir kaç birkaç kez arasında kullananlar (% 32) ve her gün kullananlar (% 34). Yeni hastalarda esrar kullanımının sıklığı bakımından ülkeler arasında belirgin farklılıklar bulunmaktayken, en yüksek oranda günlük esrar kullanıcısı Hollanda ve Danimarka'da bildirilmiş olup ara sıra kullananlar veya tedaviden önceki ay esrar kullanmamış olanların en yüksek oranda görüldüğü yerler Almanya, Yunanistan ve Macaristan'dır. Bu çeşitlilik muhtemelen tedaviye sevk etmekteki farklılıkları yansıtmaktadır (örneğin, cezai adalet sistemi veya sosyal ağlardan daha fazla sevk olmaktadır)<sup>(77)</sup>.

Tedavi gören esrar kullanıcılarının, bağımlılık veya zararlı uyuşturucu kullanımı için teşhis kriterlerini ne ölçüde karşıladığı önemli bir sorudur. Hali hazırda, bu daha ileri araştırmalar gerektiren bir alandır. Sevk uygulamaları ülkeler arasında farklılık gösterdiğinden, esrar kullanımı için tedavi görenlerin farklı klinik özelliklerini belgelendirmek üzere çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bazı hastalar, esrar tedavisini diğer uyuşturucu veya alkol sorunlarıyla bir arada görmek isterken, bazen de tedavi talebi gençlerde davranış bozukluğu gibi daha genel sorunlara bağlı olmaktadır. Bundan başka, bazı yeni çalışmalar,

aynı zamanda ruhsal sorunları olan ergenler arasında esrar kullanımı için tedavi görmek isteyenlerde bir artış olduğunu ve bunun tedavi talebini etkileyen önemli bir etmen olabileceğini de rapor etmektedir<sup>(78)</sup>.

Ayrıca esrar kullanıcılarının nüfus düzeyinde ihtiyaçlarını daha iyi anlamak da önemlidir. EMCDDA, AB'de 3 milyon civarında (günlük veya neredeyse günlük esrar kullanımı olarak tanımlanan) yoğun esrar kullanıcısı olduğunu tahmin etmektedir. Bunlardan müdahale gerektirenlerin sayısı bilinmemekle beraber, esrarla ilgili tedavi taleplerinin sayısı bu rakama göre küçüktür.

Mevcut veriler ayakta tedavi merkezlerindeki esrar hastalarının nispeten gençlerden oluştuğunu öne sürmektedir; tedaviye yeni başlayan neredeyse tüm esrar hastaları 30 yaşın altındadır. Özel uyuşturucu tedavisinde bulunan 13-19 yaş arası gençlerin birincil esrar sorununa sahip olarak kaydedilmeleri diğer yaş grubundaki hastalardan daha çok olası olup esrar, 15 yaşından küçükler arasındaki tedavi taleplerinin % 75'ine ve 15-19 yaş arasındakilerin de % 63'üne karşılık gelmektedir<sup>(79)</sup>.

Çoğu hasta, esrarı ilk kez en genç yaş grubundayken kullandığını rapor etmektedir ve bunların % 36,8'i uyuşturucuyu ilk kez 15 yaşından önce kullanmıştır. Tedavi görmek isteyen neredeyse hiç kimse esrarı ilk kez 29 yaşından sonra kullandığını rapor etmemiştir<sup>(80)</sup>.

## Önleme

İyi uygulanan evrensel önleme programları gençlerin tütün, alkol ve esrar gibi maddeleri kullanmaya başlamasını geciktirebilir veya azaltabilir. Bunun önemi, erken başlayan kullanıcıların (ergenlik öncesinden ortasına kadar) bağımlılık gibi uyuşturucu sorunları geliştirme risklerinin çok daha yüksek olduğu yolundaki kanıtların ışığında daha da artmaktadır (Von Sydow vd., 2002; Chen vd., 2005). Esrar kullanmaya başlamayı önleme veya geciktirme mücadelesinde düşünülmesi gereken bir diğer nokta da ergenlerin esrar zehirlenmesine karşı daha duyarlı olduğu gerçeğidir.

Genç esrar kullanıcılarının en azından tüketimin erken aşamalarındaki profilleri, genç alkol veya tütün kullanıcılarınıninkilerden farklılık göstermemektedir. Bu durum, gençler için evrensel önlemenin sadece esrara değil,

<sup>(72)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-4 (bölüm ii).

<sup>(73)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil TDI-1.

<sup>(74)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolar TDI-3 (bölüm iii) ve TDI-4 (bölüm iii).

<sup>(75)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-25.

<sup>(76)</sup> Esrar hakkında bir EMCDDA kitabı 2007'de yayımlanacaktır; kitabın üç bölümü esrar tedavisi talebindeki artış konusunu ele alacaktır.

<sup>(77)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-18.

<sup>(78)</sup> <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

<sup>(79)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-10 (bölüm i) ve (bölüm ii).

<sup>(80)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-11 (bölüm ii) ve (bölüm ix).

aynı zamanda alkol ve tütün kullanımının önlenmesine de odaklanması gerektiği fikrini desteklemektedir.

Esrarın önlenmesinde cinsiyet önemli bir husustur (cinsiyet konusundaki yayına bakınız). Belki de kız çocuklarının ebeveynlerinin onaylamamasına karşı daha hassas ve arkadaş seçiminde daha tedbirli olduklarından, erkek çocuklarının ise daha yoğun kullanım aşamalarına ilerleme konusunda daha risk çok altındadır. Ancak modern toplumlarda erkek ve kadınların geleneksel rolleri değiştiğçe bu durum da değişmektedir. Bazı Avrupa ülkelerinde esrarın yanı sıra alkol kullanımını da önlemeye yönelik projeler (Bagmaendene, Danimarka; Beer-Group, Almanya ve Risflecting, Avusturya) erkek çocukların iletişim becerilerinin eksikliğini ele almaya çalışmaktadır. Erkek çocuklar arasında yoğun alkol ve esrar kullanımının sebeplerinden birinin de kızlara yaklaşmakta zorlanmaları olduğu bilinmektedir, dolayısıyla bu projeler flört eğitimi önermektedir.

Okullarda seçici önleme, okulu erken terk, antisosyal davranışlar, akademik başarısızlık, ilişki kuramama ve okula devamlılığın az olması ile uyuşturucu kullanımı yüzünden öğrenme bozukluğu gibi uyuşturucu kullanımına bağlı risk faktörlerini hedeflemektedir. Alman Stoned at School Projesi, erken tespit ile erken müdahale, esrar tüketiminin önlenmesi ve okullar ile uyuşturucu danışma servisleri arasında iletişim kurmak konularında öğretmenleri eğitmeyi amaçlamaktadır. Avusturya'daki benzer projeler gibi, öğretmenleri esrar tüketimi konusunda bilinçlendirecek ve risk altındaki öğrencileri saptayacak 10 modüllük bir eğitim programıdır.

Özel uyuşturucu danışmanlık merkezleri Almanya, Fransa ve Hollanda'da yaygındır. Ocak 2005'ten beri, Fransa topraklarında 250'nin üzerinde 'esrar danışma' kliniği kurulmuştur. Esrar veya başka uyuşturucular kullanmalarına bağlı olarak zorluklar yaşayan 13 ila 19 yaşındaki gençler ile ebeveynlerini hedefleyen bu servisler anonim, bedava ve herkese açıktır. Kolay bir şekilde ulaşılabilmesi için Fransa'nın belli başlı kentlerinde bulunmaktadır. Danışma hizmetleri, bağımlılıklarla ilgili değerlendirme araçlarının kullanımı ve kısa müdahaleler üzerine eğitim görmüş olmanın yanında, özel bakım gerektiren hastalara uygun sosyal, tıbbi veya psikiyatrik servisleri de saptayabilen uzmanlar tarafından verilmektedir. Bu yeni türdeki yapı bir takip araştırmasına tabi olacaktır. İlk 2 veya 3 çalışma ayından

elde edilen ilk veriler ayda 3.500-4.000 bireyin katılımını göstermekte olup bunların 2.000-2.500'ü esrar kullanıcılarıdır (diğerleri ebeveynler, akrabalar ve gençlik çalışanlarıdır).

Alternatif stratejilerin yaklaşık 10 grup oturumuyla kısa ama yapılandırılmış kurslar sunması beklenmektedir (Almanya, Danimarka, Hollanda, Avusturya). Bunun bir el kitabı olan SKOLL (öz kontrol eğitimi), bir Hollanda-Almanya projesi olan EUREGIO tarafından çıkarılmıştır.

Genellikle, esrara özel 'eğitim kursları', esrar kullanımının veya bulundurma yasadışı olduğu gerçeğine dayanmakta ve katılımcılar bu kurslara cezai adalet sistemi aracılığıyla gönderilmektedir. Katılma motivasyonu büyük ölçüde, bu gibi kurslara devam etmenin bir mahkeme kararının zorunlu bir parçası olmasından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, bu yöntemler risk altındaki grubun en azından bir bölümüyle iletişim kurulmasına olanak tanımaktadır.

Pek çok Avrupa seçici önleme müdahalesi, esrar hakkında bilgilendirmeye yönelmektedir. Bunun dışında, normatif yeniden yapılandırma (örneğin akranların çoğunun kullanımı onaylamadığını öğrenmek), özgüven eğitimi, motivasyon ve hedef koymanın yanı sıra, (esrarla değer ilişkileri üzerine) yanlış inanışları düzeltme de dahil olmak üzere birkaç kanıt esaslı yaklaşımın daha, esrar önleme programlarının standart unsurları olarak benimsenmesi gerekmektedir. Etkilenmeye daha açık gençler için önleme programlarının yeni bir meta analizi (Roe ve Becker, 2005), ister evrensel önleme ister seçici önlemede olsun, bilgi temelli yaklaşımların tüketim davranışları veya tutumları üzerindeki etkisinin az veya sıfır olduğunu ortaya koymuştur. Aynı kişiler, kapsamlı sosyal etki programlarının etkilenmeye daha açık gençler üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Avrupa seçici esrar önleme projelerinin mevcut değerlendirmelerinin birkaç tanesinden (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants ve diğerleri; yukarıdakilere ve <http://eddra.emcdda.europa.eu> adresindeki EDDRA'ya bakınız) çıkan önemli bir nokta da, kapsamlı sosyal etki tekniklerinin etkinliğidir. Bu tekniklerle başarılan olumlu sonuçlar arasında tüketim seviyelerinde azalma, sorunlu kullanım bilincinde artış, ana risk faktörleri ile buna bağlı sorunlarda azalmanın yanı sıra otokontrol ve motivasyonun artması bulunmaktadır.

### Esrar kullanıcıları için kısa müdahaleler

Kısa müdahale, kişileri uyuşturucu kullanımları hakkında düşünmeye ve bunu kontrol edebilecek beceriler kazanmaya yönlendirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu kavram önemli oranda, motivasyonel görüşmelere, hastanın değerlerini, hedeflerini, kullanıma dair öz değerlendirmesini inceleyen yargılayıcı ve çatışmacı olmayan ve hastanın öz imajı ile mevcut durumu arasındaki tutarsızlıklara dair geribildirim sağlayan bir yaklaşıma dayanmaktadır.

Kısa müdahale, daha sonra ciddi uyuşturucu sorunlarının ortaya çıkmasını önlemek için çoğunlukla bir kişinin alkol veya uyuşturucu kullanımının erken bir aşamasını hedef almaktadır. Kısa müdahalenin alkol ve tütün alışkanlığını önlemedeki etkinliğine dair kanıtlar bulunmakta ve bu yaklaşımın başka maddeler için sağlayabileceği faydalara yönelik ilgi artmaktadır. Kısa müdahalenin, normalde tedavi merkezleriyle iletişime geçmeyecek esrar kullanıcılarını hedef alan seçici önleme tedbirlerinde çok faydalı olduğu görülmüştür. Yoğun esrar kullanıcıları durumunda, yoksunluğu vurgulayan eğitim temelli programlar etkin olmayabilir.

Kısa müdahaleler uygun maliyetli olup esrar kullanıcıları için özellikle uygun olabilir zira aşağıdaki özelliklere sahip uyuşturucu kullanıcılarında işe yaradıkları görülmüştür:

- uyuşturucu kullanımlarıyla ilgili olarak az sayıda sorun yaşayanlar
- bağımlılığı düşük düzeylerde olanlar
- uyuşturucuyu kısa süredir kullananlar
- istikrarlı arkaplanlardan gelenler (sosyal, akademik, aile)
- uyuşturucu kullanımlarını değiştirmek konusunda kararsız veya kafası karışmış olanlar.

Bu gibi bir yaklaşım artık, müdahalelerin danışmanlık, 'esrar kursları' ve hatta kendi kendine yardım web siteleri şeklini alabildiği Almanya, Hollanda, Avusturya ve Birleşik Krallık'ın da dahil olduğu bazı ülkelerde kullanılmaktadır. Örneğin, Alman web sitesi temelli danışmanlık programı Quit the Shit ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)), uyuşturucu kullanımını azaltmak veya bırakmak isteyen esrar kullanıcıları için, telematik sistemi kullanan, yenilikçi bir yaklaşımdır. Kendi kendine yardım içeriği bulunan web siteleri arasında [www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html](http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html) adresindeki Jellinek (Hollanda) ve [www.knowcannabis.org.uk/](http://www.knowcannabis.org.uk/) adresindeki HIT (Birleşik Krallık) bulunmaktadır.





## Bölüm 4

# Amfetaminler, ecstasy ve diğer psikotropik uyuşturucular

Birçok Avrupa ülkesinde, ikinci en yaygın kullanılan yasadışı madde sentetik olarak üretilen bir tür uyuşturucudur. Genel nüfus içinde bu maddelerin kullanımı genellikle düşük olmakla beraber, daha genç yaş grupları arasındaki yaygınlık oranları dikkat çekici derecede daha yüksektir ve bazı sosyal ortam veya kültürel gruplarda bu uyuşturucuların kullanımı özellikle fazla olabilir. Tüm dünyada, amfetaminler (amfetamin ve metamfetamin) ile ecstasy en yaygın sentetik uyuşturucular arasındadır. Amfetamin ile metamfetamin merkezi sistem uyarıcılarıdır. İki uyuşturucudan amfetamin, Avrupa’da daha yaygın olarak bulunanıdır. Metamfetamin çok çeşitli ağır sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğundan, bu uyuşturucunun kullanım seviyelerinin artması tüm dünyada ciddi bir endişe sebebidir. Avrupa içerisinde metamfetaminin önemli oranda kullanımı Çek Cumhuriyeti’yle sınırlı görünmektedir.

Ecstasy, kimyasal olarak amfetaminlerle bağlantılı ancak etkilerinde belirli bir ölçüde farklılık gösteren sentetik maddeleri ifade etmektedir. Ecstasy uyuşturucu grubunun en iyi bilinen üyesi 3,4-metilenedioksi-metamfetamindir (MDMA) ancak ecstasy haplarında ara sıra başka analogları da bulunmaktadır (MDA, MDEA, vs.). Bu uyuşturucular ruh halini değiştiren çok belirli etkileri nedeniyle, bazen entaktöjenler olarak da bilinir. Bazen, daha çok halüsinöjenik maddelere özgü olan etkilere yol açtıkları da olur.

Tarihsel olarak, liserjik asit diyetilamit (LSD) şu ana kadar en iyi bilinen halüsinöjenik uyuşturucudur ama uzun bir süre boyunca genel tüketim seviyeleri düşük ve genelde sabit kalmıştır. Yakın zamanda, doğal olarak yetişen halüsinöjenik maddelerin, özellikle de halüsinöjenik mantarların bulunabilirliğine ve kullanımına dair kanıtlar artmıştır.

AB, Avrupa uyuşturucu piyasasına çıkan yeni uyuşturucuları tespit etmek üzere bir erken uyarı sistemi oluşturmuştur. Bu sistem ayrıca psikoaktif madde kullanımındaki potansiyel olarak zararlı yeni eğilimleri de izlemektedir.

## Arz ve bulunabilirlik <sup>(81)</sup>

Amfetamin ve ecstasy üretimini rakamlara dökmek zordur zira ‘hazır kimyasallarla, kolaylıkla gizlenebilen laboratuvarlarda başlar’ (UNODC, 2003a). Yıllık global amfetamin ve ecstasy üretimine dair en son tahmin yaklaşık 520 tondur (UNODC, 2003b). Bu maddelerin tüm dünyada toplam ele geçirilmeleri 2000 yılında 46 tonla doruğa ulaşmıştır. 2001 ve 2002’deki bir düşüşün akabinde, ele geçirmeler 2003 yılında tekrar 34 tona çıkmış ve 2004’te ufak bir düşüşle 29 tona inmiştir. 2004’te, metamfetamin olarak geçen toplam amfetamin ve ecstasy ele geçirmelerinin payı (2003’te % 66’dan) % 38’e düşerken, ecstasy bunun % 29’unu ve amfetamin de % 20’sini oluşturmaktaydı (CND, 2006).

## Amfetamin

Tüm dünyada amfetamin üretiminin yoğunlaştığı yerler halen, başta Belçika, Hollanda ve Polonya olmak üzere, Batı ve Orta Avrupa’dır. Bu alt bölgede Estonya, Litvanya ve Bulgaristan ile daha az ölçüde Almanya, İspanya ve Norveç de, bu ülkelerdeki amfetamin laboratuvarlarının 2004’te tasfiye edilmesinden anlaşıldığı gibi, yasadışı amfetamin imalatında önemli bir rol oynamaktadır (UNODC, 2006) <sup>(82)</sup>. Amfetamin, Avrupa dışında en çok Kuzey Amerika ve Okyanusya’da imal edilmektedir (CND, 2006). 2004’te amfetamin kaçakçılığı ağırlıklı olarak bölge dahilinde gerçekleşmiştir. Yasadışı Avrupa pazarlarında bulunan amfetaminin çoğu Belçika, Hollanda ve Polonya’nın yanı sıra (Kuzey Avrupa Ülkelerinde) Estonya ve Litvanya’dan gelmektedir (Reitox Ulusal Raporları, 2005; WCO, 2005).

2004’te tüm dünyada ele geçirilen 6 ton amfetaminden yaklaşık % 97’si Avrupa’da, en çok da Batı/Orta Avrupa ve Güneydoğu Avrupa’da ele geçirilmiştir (ele geçirilen toplam miktarın sırasıyla % 67 ile % 26’sına tekabül etmektedir) (CND, 2006).

2004 yılında, AB’de 5,2 ton ve 9,6 milyon birime denk gelen tahmini 33.000 amfetamin ele geçirme vakası olmuştur.

<sup>(81)</sup> Bkz. ‘Ele geçirme vakaları ile diğer pazar verilerinin yorumlanması’, s. 37.

<sup>(82)</sup> Farklı ülkelerde bildirilen tasfiye edilen laboratuvarların sayısı, üretim yerlerinin sayısına ek olarak, kanun uygulayıcı faaliyetler ve önceliklerin yanı sıra raporlama uygulamalarını yansıtmaktadır.

Ele geçirme sayısı ile ele geçirilen amfetaminin ağırlığı bakımından, Birleşik Krallık sürekli olarak AB'de amfetamin ele geçiren başlıca ülke olmuştur <sup>(83)</sup>. Türkiye 2004'te 9,5 milyon birim amfetamine el konduğunu rapor etmiştir. Bazı dalgalanmalara rağmen, AB düzeyinde hem toplam amfetamin ele geçirmelerinin sayısı <sup>(84)</sup> hem de ele geçirilen miktarlar <sup>(85)</sup> 1999'dan bu yana artmıştır ve bu yükselen eğilim, rapor eden ülkelerin bulgularına dayanarak, 2004'te de artmaya devam etmiş gibi görünmektedir.

2004'te, amfetaminin ortalama perakende fiyatı Slovenya'da gram başına 4 euro ile Malta'da gram başına 64 euro arasında değişiyordu <sup>(86)</sup>. 1999-2004 döneminde, enflasyona göre düzeltilen amfetamin fiyatları <sup>(87)</sup> Almanya, İspanya, İrlanda, Letonya, Litvanya, İsveç, Birleşik Krallık, Bulgaristan, Türkiye ve Norveç'te genel bir düşüş göstermiştir <sup>(88)</sup>. 2004'te amfetaminin ortalama saflığı Bulgaristan'da % 5-6'dan Norveç'te % 44'e kadar değişiyordu <sup>(89)</sup>. 1999-2004 dönemi için ortalama amfetamin saflığına dair mevcut veriler <sup>(90)</sup> Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Finlandiya ve Norveç'te genellikle azalan eğilimler ile Belçika, Almanya, Fransa, İtalya, Macaristan ve Avusturya'da yükselen eğilimler göstermektedir.

## Metamfetamin

Metamfetamin, toplam ele geçirme vakalarındaki payı 2004'te düşmüş olsa dahi, tüm dünyada imal edilen ve kaçakçılığı yapılan miktarlar anlamında amfetamin veya ecstasy'den daha büyük önem arz etmeye devam etmektedir. En çok Doğu ve Güneydoğu Asya'da (Çin, Filipinler, Myanmar, Tayland), daha sonra Kuzey ve Orta Amerika'da (Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Meksika) imal edilmeye devam etmektedir. 2004'te, tüm dünyada

11 ton metamfetamin ele geçirilmiş, bunun % 59'u Doğu ve Güneydoğu Asya'da ve % 37'si de Kuzey Amerika'da ele geçirilmiştir (CND, 2006). Avrupa'da metamfetamin üretimi büyük ölçüde, 1980'lerden beri 'pervitin' yerel adıyla üretildiği Çek Cumhuriyeti'yle sınırlıdır. Bununla birlikte, 2004'te laboratuvarların tasfiye edildiği Slovakya ve Bulgaristan'da da imalat yapıldığı bildirilmiştir (Reitox Ulusal Raporları, 2005; UNODC, 2006). Çek metamfetamin üretiminin çoğu yerel pazara yönelik olmakla beraber, bir kısmı Almanya, Avusturya ve Slovakya'ya kaçırılmaktadır (Reitox Ulusal Raporları, 2005). 2004'te Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Yunanistan, Fransa, Letonya, Litvanya, Macaristan, Avusturya, Slovakya, İsveç, Romanya ve Norveç'te metamfetamin ele geçirmeleri rapor edilmiş olup hem en büyük ele geçirme sayısı hem de yakalanan en büyük miktarlar bakımından Norveç başı çekmiştir <sup>(91)</sup>.

2004'te, Çek Cumhuriyeti'nde amfetaminin perakende düzeyindeki fiyatının <sup>(92)</sup> gram başına 12 ve 63 euro arasında, ortalama saflığının <sup>(93)</sup> ise Slovakya'da % 43 ile Çek Cumhuriyeti'nde % 50 arasında değiştiği rapor edilmiştir.

## Ecstasy

Ecstasy imalatı son yıllarda dünyanın başka bölümlerine, yani Kuzey Amerika (Amerika Birleşik Devletleri, Kanada) ve Doğu ile Güneydoğu Asya'ya (Çin, Endonezya, Hong Kong) yayıldığından görece önemi düşmekte gibi görünse de Avrupa, tüm dünyada ecstasy üretiminin ana merkezi olmaya devam etmektedir (CND, 2006; UNODC, 2006). Hollanda 2004'te, Avrupa ve dünya genelinde ecstasy için başlıca kaynak olmaya devam etmiş olsa da, Belçika, Estonya, İspanya ve Norveç'te de ecstasy laboratuvarları ortaya

<sup>(83)</sup> Bu bilgi, eksik 2004 verileri sağlandığında bunlarla karşılaştırmalı olarak kontrol edilmelidir. 2004'teki hem amfetamin ele geçirmelerinin sayısı hem de ele geçirilen amfetamin miktarlarına dair veriler İrlanda ve Birleşik Krallık için mevcut değildi; ele geçirilen amfetamin miktarına dair veriler 2004'te Slovenya için mevcut değildi. 2004'te amfetamin ele geçirmelerinin sayısına dair veriler Hollanda için mevcut değildi. Değerlendirme amacıyla, eksik 2004 verileri yerine 2003 verileri kullanılmıştır. Hollanda tarafından sağlanan 2004'te ele geçirilen miktarlara dair veriler yalnızca tahmini değerler olduğundan 2004 eğilimlerinin analizinde kullanılmamıştır.

<sup>(84)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-11.

<sup>(85)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-12.

<sup>(86)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-4.

<sup>(87)</sup> Tüm ülkelerde paranın değeri için 1999 temel yıl olarak alınmıştır.

<sup>(88)</sup> 1999-2004 döneminde, amfetamin fiyatlarına dair veriler Belçika, Almanya, İspanya, Fransa, İrlanda, Letonya, Litvanya, Polonya, İsveç, Birleşik Krallık, Bulgaristan, Türkiye ve Norveç'te en az üç ardışık yıl için mevcuttur. Rapor edilen ortalama amfetamin saflık seviyelerinin analiz edilen örneklerin saflığındaki büyük farklılıkları gizleyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

<sup>(89)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-8. Rapor edilen amfetamin saflığı için ortalama düzeylerin, analizi yapılan örneklerin saflığında geniş bir varyasyonu gizleyebileceği unutulmamalı.

<sup>(90)</sup> 1999-2004 döneminde, amfetamin saflığına dair veriler Belçika, Almanya, Estonya, Fransa, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Hollanda, Polonya, Portekiz, Finlandiya, Birleşik Krallık, Türkiye ve Norveç'te en az üç ardışık yıl için mevcuttur.

<sup>(91)</sup> Almanya, İtalya, Lüksemburg ve Hollanda tarafından 2004 için temin edilen veriler, metamfetamin ile amfetamin ele geçirmelerinin ayırt edilmesine elverişli değildir. Öte yandan İrlanda ve Birleşik Krallık uyuşturucu ele geçirmelerine dair 2004 verileri temin etmediğinden, bu beş ülkede 2004'te metamfetamin ele geçirmeleri olup olmadığını öğrenmek güçleşmektedir.

<sup>(92)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-4.

<sup>(93)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-8.

çıkarılmıştır (Reitox Ulusal Raporları, 2005; UNODC, 2006). AB’de ele geçirilen ecstasy’nin Hollanda ve Belçika ile daha az ölçüde Polonya ve Birleşik Krallık kaynaklı olduğu rapor edilmiştir (Reitox Ulusal Raporları, 2005).

Üretimi gibi Ecstasy kaçakçılığı da, son yıllarda tüm dünyaya yayılmış olsa bile, hala ağırlıklı olarak Batı Avrupa’da yoğunudur. 2004’te ele geçirilen toplam 8,5 ton (ağırlığa denk) ecstasy’den % 50’si Batı ve Orta Avrupa’da, % 23’ü Kuzey Amerika’da ve % 16’sı da Okyanusya’da yakalanmıştır (CND, 2006).

Tahmini 24.000 ele geçirme vakası, 2004’te AB’de 28,3 milyon civarında ecstasy hapına el konmasına yol açmıştır. 2003’e kadar, en büyük miktarlarda ecstasy Birleşik Krallık, daha sonra Almanya, Fransa ve Hollanda tarafından ele geçirilmiştir <sup>(94)</sup>. AB düzeyinde ecstasy ele geçirmelerinin sayısı <sup>(95)</sup> 1999-2001 döneminde hızlı bir artış gösterdikten sonra, 2002-03’te düşmüştür; ancak rapor eden ülkelerden elde edilen veriler 2004’te tekrar bir artışa işaret etmektedir. Yakalanan ecstasy miktarları <sup>(96)</sup> 1999’dan 2002’ye artmıştır; 2003’te düşük bir seviyeye doğru ani bir düşüşten sonra, mevcut 2004 verileri tekrar 2002 seviyesine ulaştığını göstermektedir.

2004 yılında, ecstasy haplarının ortalama perakende fiyatı Litvanya ve Polonya’da hap başına 3 euro’dan Yunanistan ve İtalya’da 15-25 euro’ya kadar değişmektedir <sup>(97)</sup>. 1999-2004’te, enflasyona göre düzeltilmiş <sup>(98)</sup> ortalama perakende fiyatlar çoğu rapor eden ülkede düşmüştür <sup>(99)</sup>.

Avrupa’da genellikle, ecstasy olarak satılan hapların birçoğu, çoğunlukla mevcut tek psikoaktif madde olarak MDMA veya başka bir ecstasy türü madde (MDEA, MDA) içermektedir. Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Letonya, Litvanya, Macaristan,

Hollanda, Slovakya, Finlandiya, Birleşik Krallık ve Norveç’te bu gibi haplar 2004’te analiz edilen toplam hap sayısının % 95’ine karşılık gelmekteydi. Bu bulguya bir istisna, analiz edilen hapların yüksek bir yüzdesinin (% 61) tek psikoaktif maddeler olarak amfetamin ve/veya metamfetamin içerdiği Bulgaristan’da meydana gelmiştir. Ecstasy haplarının MDMA içeriği partiler arasında (aynı logoya sahip olanlar arasında bile) hem ülkeler dahilinde hem de bir ülkeden diğerine büyük farklar göstermektedir. 2004’te, ecstasy hapi başına ortalama aktif madde içeriğinin (MDMA) 30 ile 82 mg arasında değiştiği bildirilmiştir <sup>(100)</sup> (Reitox Ulusal Raporları, 2005).

## LSD

LSD, diğer sentetik uyuşturuculardan çok daha az ölçüde imal edilmekte ve kaçakçılığı yapılmaktadır. 2004’te, AB’de tahmini 220.000 LSD birimine el konulduğu 700 ele geçirme vakası meydana gelmiştir. 2002’den beri, bir yılda en büyük miktarlarda LSD ele geçiren ülke Almanya, daha sonra da Birleşik Krallık olmuştur <sup>(101)</sup>. 1999 ve 2002 arasında, AB düzeyinde, hem LSD ele geçirmeleri <sup>(102)</sup> hem de ele geçirilen miktarlar <sup>(103)</sup> düşmüştür. Ancak hem 2003 hem 2004’te, mevcut verilere göre LSD ele geçirme vakalarının sayısı ve yakalanan miktarlar 9 yıldır ilk kez artmış olup uyuşturucunun nispeten büyük miktarları 2004’te Almanya, Fransa, Litvanya, Hollanda ve Polonya’da ele geçirilmiştir.

2004’te bir LSD biriminin kullanıcılara ortalama bedeli Portekiz’de 2,5 euro’dan Malta’da 11,6 euro’ya kadar değişmekteydi <sup>(104)</sup>. Enflasyona göre düzeltilmiş ortalama LSD fiyatları <sup>(105)</sup> 1999 ve 2004 arasında Çek Cumhuriyeti, İrlanda, Polonya, Slovenya ve İsveç’te genel olarak azalan bir eğilim <sup>(106)</sup> göstermiş ama Almanya ve Fransa’da artmıştır.

<sup>(94)</sup> Bu bilgi, Birleşik Krallık için eksik 2004 verileri sağlandığında bunlarla karşılaştırmalı olarak kontrol edilmelidir. 2004’teki hem ecstasy ele geçirmelerinin sayısı hem de ele geçirilen ecstasy miktarlarına dair veriler İrlanda ve Birleşik Krallık için mevcut değildir; ecstasy ele geçirmelerinin sayısına dair veriler 2004’te Hollanda için mevcut değildir. Değerlendirme amacıyla, eksik 2004 verileri yerine 2003 verileri kullanılmıştır. Hollanda tarafından sağlanan 2004’te ele geçirilen miktarlara dair veriler yalnızca tahmini değerler olduğundan 2004 eğilimlerinin analizinde kullanılmamıştır.

<sup>(95)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-13.

<sup>(96)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-14.

<sup>(97)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-4.

<sup>(98)</sup> Tüm ülkelerde paranın değeri için 1999 temel yıl olarak alınmıştır.

<sup>(99)</sup> 1999-2004 döneminde, ecstasy fiyatlarına dair veriler Belçika, Çek Cumhuriyeti, Almanya, İspanya, Fransa, İrlanda, Kıbrıs, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Polonya, Portekiz, Slovenya, İsveç, Birleşik Krallık, Bulgaristan, Türkiye ve Norveç’te en az üç ardışık yıl için mevcuttu.

<sup>(100)</sup> Bu aralık yalnızca birkaç ülkeden, yani Danimarka, Almanya, Fransa, Lüksemburg ve Hollanda’dan elde edilen verilere dayanmaktadır.

<sup>(101)</sup> Bu bilgi, Birleşik Krallık için eksik 2004 verileri sağlandığında bunlarla karşılaştırmalı olarak kontrol edilmelidir. 2004 yılındaki hem LSD ele geçirmelerinin sayısı hem de ele geçirilen LSD miktarlarına dair veriler İrlanda ve Birleşik Krallık için mevcut değildir; ele geçirilen LSD ele geçirmelerinin sayısına dair veriler Kıbrıs, Polonya ve Bulgaristan için mevcut değildir. Değerlendirme amacıyla, eksik 2004 verileri yerine 2003 verileri kullanılmıştır. Hollanda tarafından sağlanan 2004’te ele geçirilen miktarlara dair veriler yalnızca tahmini değerler olduklarından 2004 eğilimlerinin analizinde kullanılmamıştır.

<sup>(102)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-15.

<sup>(103)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-16.

<sup>(104)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-4.

<sup>(105)</sup> Tüm ülkelerde paranın değeri için 1999 temel yıl olarak alınmıştır.

<sup>(106)</sup> 1999-2004 döneminde, LSD fiyatlarına dair fiyatlar Çek Cumhuriyeti, Almanya, İspanya, Fransa, İrlanda, Litvanya, Polonya, Portekiz, Slovenya, İsveç, Birleşik Krallık, Romanya ve Norveç’te en az üç ardışık yıl için mevcuttu.

## Amfetamin ve ecstasy üretimi ve kaçakçılığına karşı uluslararası eylem

Europol, sentetik uyuşturucular alanında, Aralık 2004'ten beri Synergy Projesi'ni yürütmektedir <sup>(107)</sup>. Proje, 20 Üye Devlet ile diğer bazı devletler tarafından desteklenmekte olup AB'de birkaç ülke yoluyla gerçekleştirilen operasyonel alt projelerle birlikte analitik bir çalışma dosyasının (AÇD) yanı sıra Europol ecstasy logo sistemi (EELS) (ecstasy logo katalogu dahil) ve Europol yasadışı laboratuvar karşılaştırma sistemi (ELICS) gibi bir dizi araç içermektedir. Europol'ün amfetamin çözümleme konusundaki CHAIN projesi <sup>(108)</sup> ile Öncüllere ilişkin Avrupa Ortak Birimi'ni (EUJP) desteklemeyi sürdürmektedir. Yeni alt projeler, yasadışı sentetik uyuşturucu üretiminin tasfiyesi için sağladığı yerinde uzman desteğinin yanı sıra, tasfiye edilmiş laboratuvarların karşılaştırılmasına, kimyasal atık çöplüklerinin soruşturmalar için başlangıç noktaları olarak ortaya çıkarılmasına, hap makinelerinin kaynağına doğru izlenmesine ve öncül kimyasalların AB ülkelerine kaçakçılığının soruşturulmasına odaklanmıştır. Prizma Projesi, Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu'na (INCB) yasal ticaret için bir ihracat öncesi bildirim sistemi ile durdurulan sevkiyatların rapor edilmesi ve kuşku işlemler olduğunda yapılan ele geçirmeler yoluyla sentetik uyuşturucuların yasadışı imalatında kullanılan öncül kimyasalların saptırımını önlemek üzere oluşturulmuş uluslararası girişimdir.

Efedrin ve psödo-efedrin metamfetamin için anahtar öncüller olmakla beraber, 1-fenil-2-propanon (P-2-P) da amfetamin imalatında kullanılmaktadır; 3,4-metilendioksifenil-2-propanon (3,4-MDP-2-P), safrol ve safrol bakımından zengin yağlar yasadışı MDMA imalatında kullanılmaktayken piperonal da MDA'yı bireştirmek için kullanılmaktadır <sup>(109)</sup>.

2004'te yasal efedrin ve psödo-efedrin ticareti toplamda sırasıyla 526 ve 1.207 tona ulaşıyordu. Bu kimyasalların en büyük ele geçirme vakaları Kuzey Amerika ile Güneydoğu Asya'da rapor edilmiş olmakla birlikte ele geçirmelerin tüm bölgelere yayıldığına dair endişe bulunmaktadır. Avrupa'ya efedrin ve psödo-efedrin kaçakçılığı özellikle Batı Asya'dan kaynaklanmaktadır. 2004'te, Avrupa'da 2,6 ton efedrin ile 1 kg psödo-efedrin ele geçirilmiştir <sup>(110)</sup>; ele geçirmeler çoğunlukla küçük olup, çoğu Çek Cumhuriyeti'nde bulunan pek çok farklı laboratuvardan gelmekteydi ancak

Yunanistan'da da Pakistan'dan gelen büyük bir efedrin ele geçirme vakası olmuştur.

Prizma Projesi'nin Avrupa'daki faaliyetleri 3,4-MDP-2-P ile P-2-P'nin sırasıyla MDMA ve amfetaminin yasadışı imalatında kullanılmak üzere AB'ye kaçırılmasını önlemeye odaklanmıştır. 2004'te 3,4-MDP-2-P ile P-2-P ele geçirme vakaları tüm dünyada rapor edilenlerin en büyüğü olup, ele geçirilen en büyük 3,4-MDP-2-P miktarları Avrupa'da ve ele geçirilen en büyük P-2-P miktarları da Amerika Birleşik Devletleri'ndeydi. 2004'te Avrupa'daki ele geçirmelerin toplamı 10.161 litre 3,4-MDP-2-P'yi (çoğunlukla Hollanda ve Belçika'da) ve 9.297 litre P-2-P'yi (çoğunlukla Polonya ve Hollanda'da) bulunmuştur <sup>(111)</sup>.

Piperonalın pek çok yasal kullanımı bulunmaktadır ama bunun yanında 3,4-MDP-2P, MDA veya MDMA imalatında öncül olarak da kullanılabilir (INCB, 2006b). Kasım 2004 ile Ekim 2005 arasında INCB'ye 3.800 tonluk 150'nin üzerinde sevkiyat rapor edilmiştir (2006b). 2004'te en büyük piperonal ele geçirmeleri Çin tarafından rapor edilmiştir (13 ton); neredeyse hepsi Romanya'da olmak üzere Avrupa'da 2,4 ton ele geçirilmiştir <sup>(112)</sup>.

Safrol ele geçirme vakaları dünya çapında bütün bölgelerden rapor edilmiş olmakla beraber, 100 kg'ın üzerinde ele geçirmeler rapor eden Çin dışında miktarlar genellikle küçüktür. Avrupa'da 2004'te, çoğu Letonya'da olmak üzere, ama aynı zamanda Litvanya'da da 122 litre safrol ele geçirilmiştir.

## Yaygınlık ve kullanım şekilleri

Geleneksel olarak, nüfus araştırmaları, kullanımlarının genel yaygınlığı esrardan daha düşük olmasına rağmen, amfetamin ve ecstasy'nin esrarla birlikte en yaygın olarak kullanılan yasadışı maddeler olduğunu göstermiştir. Ecstasy kullanımı 1990'larda popüler hale gelirken amfetaminler çok daha uzun süre kullanılmıştır.

AB Üye Devletleri arasında, amfetamin <sup>(113)</sup> ve ecstasy kullanımı yalnızca birkaç ülkede nispeten yüksek görünmekte olup bunlar Çek Cumhuriyeti, Estonya ve Birleşik Krallık'tır.

Yetişkin nüfusu (15-64 yaş) içinde yapılan yeni araştırmalar, Avrupa'da amfetaminin yaşam boyu kullanım yaygınlığının, % 11,2'ye ulaştığı Birleşik Krallık (İngiltere ve Galler) dışında, % 0,1'den % 5,9'a kadar değiştiğini rapor etmektedir. Tüm

<sup>(107)</sup> Synergy Projesi, 2002'de başlayarak, CASE and Genesis Projelerini birleştirdi.

<sup>(108)</sup> Ortak Uyumlaştırılmış Amfetamin Girişimi (CHAIN), CASE pilot projesinin yerine geçmiş olan bir adli profil oluşturma girişimidir.

<sup>(109)</sup> Hepsi 1988 Sözleşmesi'nde Tablo I kapsamında listelenmiştir.

<sup>(110)</sup> Ele geçirme verilerine durdurulan sevkiyatlarla ilgili miktarlar dahil değildir.

<sup>(111)</sup> Ele geçirme verilerine durdurulan sevkiyatlarla ilgili miktarlar dahil değildir.

<sup>(112)</sup> Ele geçirme verilerine durdurulan sevkiyatlarla ilgili miktarlar dahil değildir.

<sup>(113)</sup> Nüfus anketleri çerçevesinde, 'amfetamin kullanımı'na dair verilere, tek bir kategori altında hem 'amfetamin' hem de 'metamfetamin' kullanımı dahildir.

Avrupalı yetişkinlerin ortalama % 3,1'i amfetamini en az bir kez kullanmıştır. Birleşik Krallık'tan sonra en yüksek rakamlara sahip ülkeler Danimarka (% 5,9), Norveç (% 3,6) ve Almanya'dır (% 3,4). Bir önceki yıl içinde kullanım çok daha düşüktür: ortalama % 0,6 (% 0-1,4 arasında). Genel nüfus araştırmalarına dayanarak, neredeyse 10 milyon Avrupalının bu maddeyi denediği ve 2 milyondan fazlasının önceki 12 ay içerisinde amfetamin kullanmış olacağı öngörülmüştür <sup>(114)</sup>.

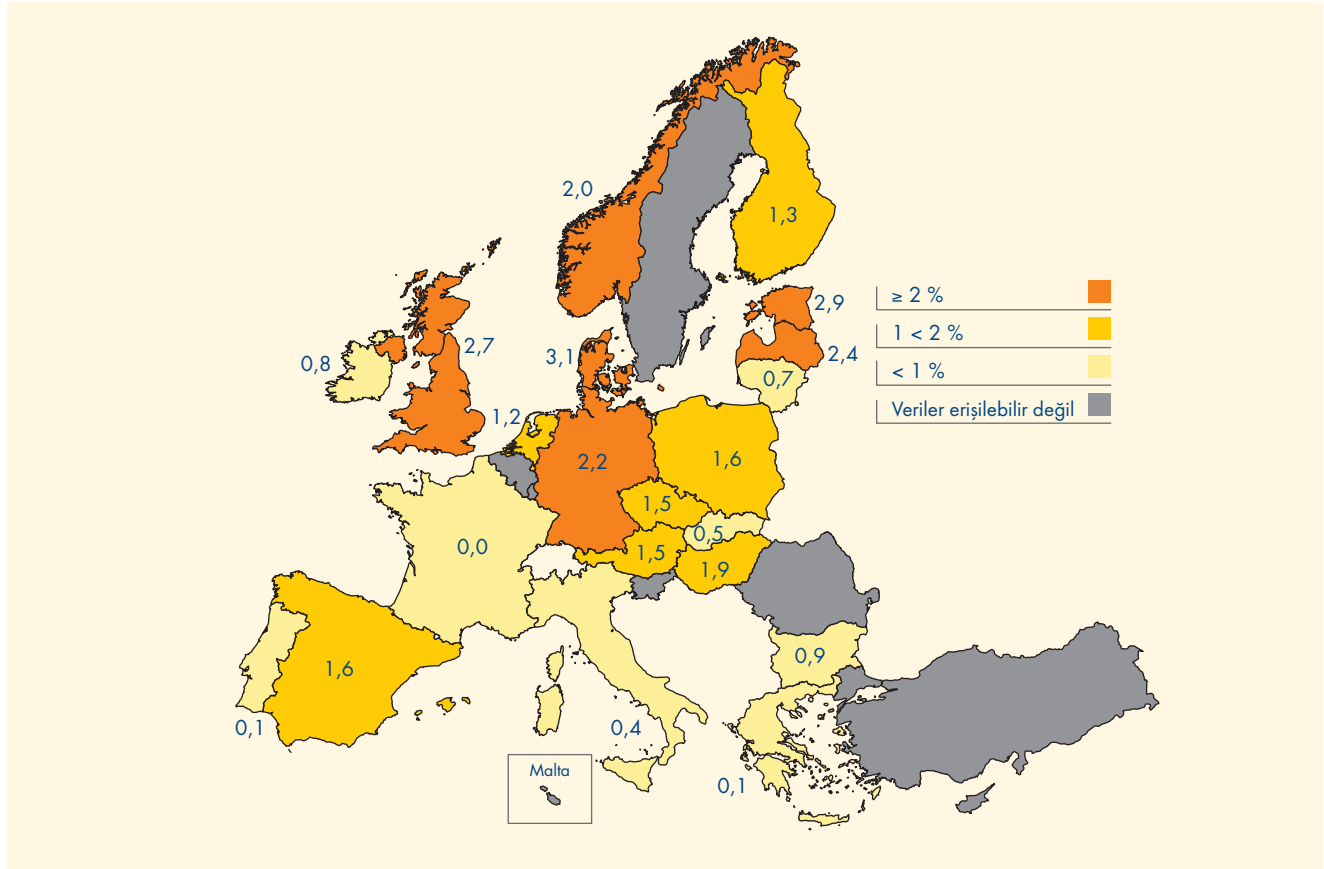
Genç yetişkinler (15-34 yaş) arasındaki amfetamin kullanma deneyimi % 0,1-9,6 olarak rapor edilmiş olup Birleşik Krallık (İngiltere ve Galler) % 16,5'lük bir yaşam boyu yaygınlık oranı bildirmiştir (bu tarihsel bir olguyu yansıtır olabilir, aşağıdaki bilgilere bakınız). Veri sağlayan ülkelerin yarısı % 4'ün altında yaygınlık oranlarına sahip olup, Birleşik Krallık'ı takiben en yüksek oranlar Danimarka (% 9,6), Norveç (% 5,9) ve Almanya (% 5,4) tarafından rapor edilmiştir. Genç Avrupalıların ortalama % 4,8'i amfetamini denemiştir. Danimarka (% 3,1) ile Estonya (% 2,9) son yıldaki yaygınlık konusunda en yüksek oranları rapor etmektedir <sup>(115)</sup>.

Genç Avrupalıların ortalama % 1,4'ünün geçen yıl amfetamin kullandığı tahmin edilmektedir (Ayrıca bkz. Şekil 4).

Ecstasy tüm yetişkinlerin % 0,2-7,1'i tarafından denenmiştir (ortalama % 2,6). Ülkelerin yarısı % 1,8'lik veya daha düşük yaygınlık oranları rapor etmekte olup, en yüksek yaygınlık oranlarını Çek Cumhuriyeti (% 7,1) ve Birleşik Krallık (% 6,7) bildirmektedir. Ecstasy'nin geçmiş yılda kullanım yaygınlığı % 0,2 ile % 3,5 arasında değişmektedir ama ülkelerin yarısı % 0,5'lik veya daha düşük yaygınlık oranları rapor etmektedir. Neredeyse 8,5 milyon Avrupalının ecstasy'i denemiş olduğu ve yaklaşık 3 milyonun bu uyuşturucuyu bir önceki yıl içinde kullandığı tahmin edilmektedir.

Avrupa ülkelerindeki genç yetişkinler arasında, yaşam boyu ecstasy kullanımının yaygınlığı % 5,2 olup, her ne kadar ülkelerin yarısı tarafından % 3,6'nın altında kalan oranlar rapor edilse de, % 0,5 ile % 14,6 arasında değişmektedir. Çek Cumhuriyeti (% 14,6), Birleşik Krallık (% 12,7) ile İspanya (% 8,3) en yüksek yaygınlık oranlarını rapor eden ülkelerdir.

**Şekil 4:** Genç yetişkinler (15-34 yaş) arasında amfetamin kullanımının geçmiş yıldaki yaygınlığı



Not: Veriler her ülkede raporlama sırasında bulunan en son ulusal anketlerden elde edilmiştir. Daha fazla bilgi için bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolara GPS-8 ve GPS-11.

Kaynaklar: Nüfus, raporlar veya bilimsel makalelerden alınan Reitox ulusal raporları (2005).

<sup>(114)</sup> Tüketim yöntemi için bkz. dipnot (53).

<sup>(115)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekiller GPS-15 ve GPS-16.

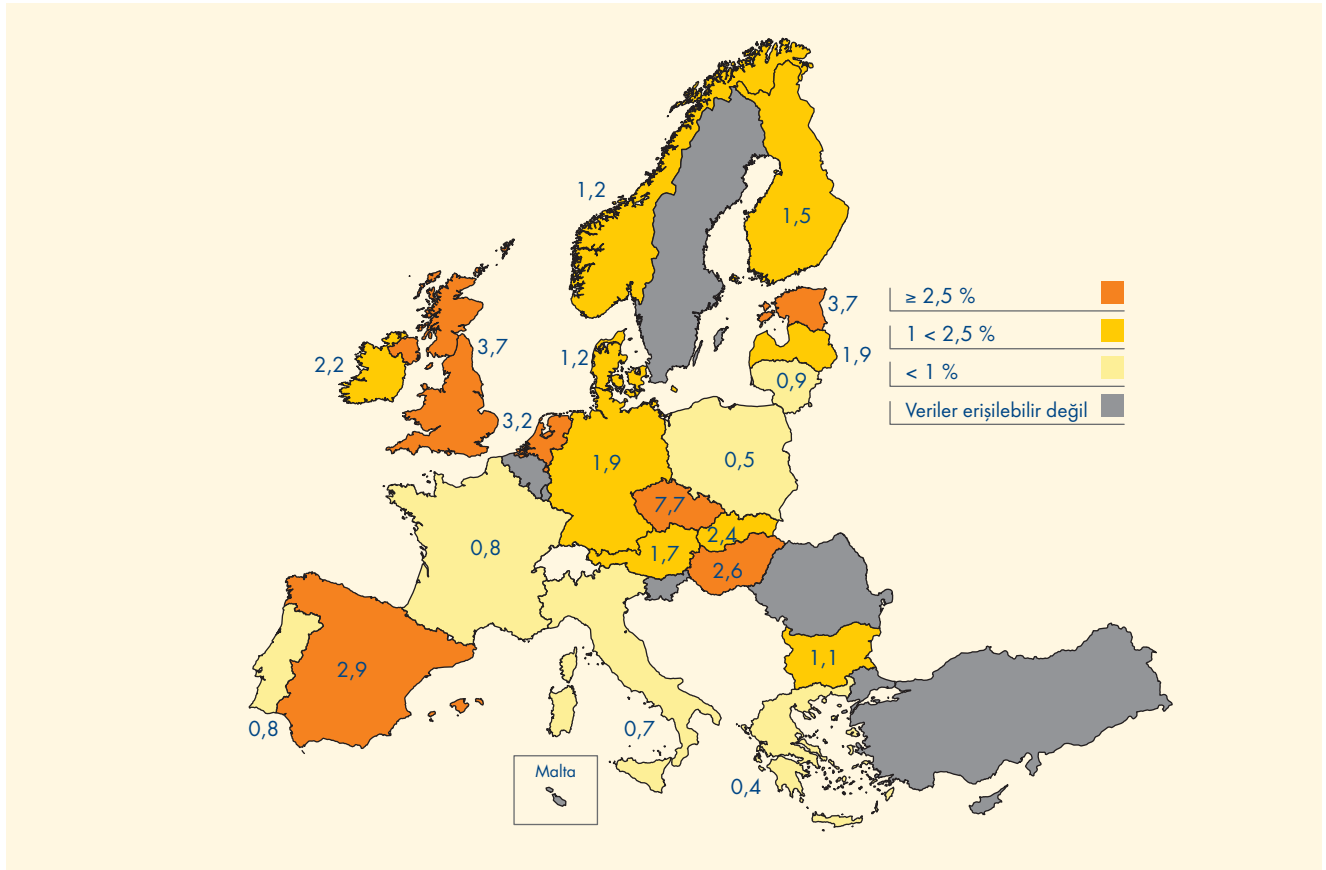
Ecstasy kullanımı öncelikle gençlerin bir sorunudur. 15-24 yaş grubunda, yaşam boyu kullanım % 0,4 ile % 18,7 arasında değişirken, en yüksek rakamlar Çek Cumhuriyeti (% 18,7) <sup>(116)</sup> ile Birleşik Krallık (% 10,7) tarafından rapor edilmiştir ve bu oranlar erkekler arasında (% 0,3-23,2) kadınlar arasında (% 0,4-13,9) olduğundan daha yüksektir. Geçmiş yıl içerisinde kullanım % 0,3 ile % 12 arasında değişirken, Çek Cumhuriyeti (% 12) ve Estonya (% 6,1) en yüksek rakamları rapor etmiştir (Şekil 5). Geçmiş ay yaygınlığına ilişkin olarak yedi ülke % 3'ten düşük oranlar rapor etmiştir. Yaygınlık oranları kentsel alanlarda ve özellikle de diskolara, klüplere veya dans etkinliklerine giden kişiler arasında tipik olarak daha yüksektir (eğlence ortamlarında uyuşturucu kullanımı konusundaki yayına bakınız).

15-16 yaşındaki okul çocukları arasında yapılan araştırmalar şunu göstermektedir ki ecstasy kullanımının genel yaşam

boyu yaygınlığı 1995-2003 döneminde artmış ve en büyük artışlar Çek Cumhuriyeti ile çoğu yeni AB Üye Devleti'nde meydana gelmiştir <sup>(117)</sup>. 2003 ESPAD okul araştırmalarında (Hibell vd., 2004), amfetaminler için yaşam boyu yaygınlık tahminleri altı Üye Devlet'te (Almanya, Danimarka, Estonya, Litvanya, Avusturya ve Polonya) ecstasy için olanlardan % 1 ila % 3 daha yüksek kalmıştır <sup>(118)</sup>.

Karşılaştırma için, uyuşturucu kullanımı ve sağlık hakkındaki 2004 Amerika Birleşik Devletleri ulusal anketinde (12 yaş ve üzeri olarak tanımlanan) yetişkinlerin % 4,6'sı ecstasy'ye ilişkin olarak yaşam boyu deneyimi ve % 0,8'i de geçmiş yılda kullanım rapor etmiştir (karşılaştırma için, AB için ilgili rakamlar % 2,6 ile % 0,9'dur). 16-34 yaş arası genç yetişkinler arasında yaşam boyu deneyimi % 11,3 ve bir önceki yıl içinde kullanım da % 2,2'ydi (Avrupa'da sırasıyla % 5,2 ile % 1,9) <sup>(119)</sup>.

**Şekil 5:** Genç yetişkinler (15-34 yaş) arasında ecstasy kullanımının geçmiş yıldaki yaygınlığı



Not: Veriler her ülkede raporlama sırasında bulunan en son ulusal anketlerden elde edilmiştir. Daha fazla bilgi için bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolara GPS-8 ve GPS-11.

Kaynaklar: Nüfus anketleri, raporlar veya bilimsel makalelerden alınan Reitox ulusal raporları (2005).

<sup>(116)</sup> Çek Cumhuriyeti'nde incelenen yaş grubu 18-24 yaşlardı.

<sup>(117)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil EYE-2 (bölüm i).

<sup>(118)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil EYE-2 (bölüm vi).

<sup>(119)</sup> Kaynak: SAMHSA, Uygulamalı Çalışmalar Ofisi, Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık hakkında 2004 Ulusal Anketi (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). ABD anketindeki yaş aralığının (12 yaş ve üzeri), EMCDDA tarafından AB anketleri için rapor edilen yaş aralığından (15-64 yaş) daha geniş olduğu göz önünde bulundurulmalı. ABD anketinde 'genç yetişkinler' (16-34 yaş) için olan rakamlar EMCDDA tarafından yeniden hesaplanmıştır.

Yetişkinler arasında yaşam boyu LSD kullanma deneyimi % 0,2 ile % 5,9 arasında değişmekte olup ülkelerin üçte ikisi % 0,4 ile % 1,7 arasında yaygınlık oranları rapor etmiştir. Genç yetişkinler arasında (15-34 yaş), yaşam boyu LSD kullanımı yaygınlığı % 0,3 ile % 0,9 arasında değişmekte ve 15-24 yaş grubunda % 4,5'i aşmamaktadır. Bu uyuşturucunun 15-24 yaş grubu arasındaki bir önceki yıl içinde kullanımı yaygınlığı sadece Çek Cumhuriyeti, Estonya, Letonya, Macaristan, Polonya ve Bulgaristan'da % 1'in üzerindedir.

## Eğilimler

Yeni nüfus araştırmalarında, son yıllarda artma eğilimi gösteren amfetamin ve ecstasy tüketiminin dengelenmekte ve hatta düşmekte olabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Birleşik Krallık'ın yanı sıra, bu uyuşturucuların tüketiminin nispeten yüksek olduğu diğer iki Üye Devlet'te de (Çek Cumhuriyeti ve İspanya), genç yetişkinler arasında amfetaminin bir önceki yıl içinde kullanımının artık dengelenmekte veya belki de düşmekte olduğu rapor edilmektedir <sup>(120)</sup>. Ayrıca, benzer şekilde, Çek Cumhuriyeti'nde olmamakla birlikte, iki yüksek yaygınlıklı ülke olan İspanya ve Birleşik Krallık'ta ecstasy kullanımı dengeleniyor, hatta düşüş gösterir gibi görünmektedir <sup>(121)</sup>.

## Tedavi talep verileri – amfetaminler ve ecstasy <sup>(122)</sup>

Amfetamin ve ecstasy kullanımına bağlı tedavi taleplerinin sayısı her ne kadar artıyor olsa da, genelde bu tür uyuşturucu kullanımı çoğu ülkede nadiren uyuşturucu tedavisi görmenin birincil sebebinin teşkil eder <sup>(123)</sup>. Bu konuda önemli bir istisna ise, ciddi oranda amfetamin veya metamfetamin kullanımına bağlı tedavi isteği rapor eden birkaç ülke olmasıdır. Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Finlandiya ve İsveç'te tüm tedavi taleplerinin dörtte birinden yaklaşık yarısına kadarından bu uyuşturucular sorumludur <sup>(124)</sup>. Çek Cumhuriyeti ve Slovakya'da, rapor edilen tedavi taleplerinin büyük bir bölümü birincil bir metamfetamin sorununa bağlıdır (metamfetamin konusundaki kutuya bakınız). Tedavi isteklerinin önemli bir bölümünün amfetamin kullanıcılarından geldiği söz konusu ülkelerde, amfetamin hastalarının üçte biri ila üçte ikisi uyuşturucuyu enjekte etmektedir <sup>(125)</sup>.

Ecstasy kullanımına bağlı tedavi taleplerinin çoğu ülkede tüm tedavi taleplerinin % 1'inden azına karşılık geldiği rapor

## Metamfetamin kullanımı ve buna bağlı sorunlar

Metamfetamin kullanımına ilişkin önemli sorunlar, ABD, Güneydoğu Asya ile Pasifik ve Afrika dahil olmak üzere, dünyanın pek çok bölgesinden rapor edilmiştir (UNODC, 2006). Metamfetamin kullanımı, psikoz ve bağımlılık dahil, pek çok ağır tıbbi soruna yol açabileceği gibi HIV'nin yayılmasına yol açabilecek olanlar da dahil, riskli davranışlarla bağlantılı olabilir.

Tarihsel olarak, Avrupa'da metamfetamin kullanımı, sorunlu opioid kullanıcılarından (9.700) iki kat fazla sorunlu metamfetamin (pervitin) kullanıcısı (20.300) bulunduğu tahmin edilen Çek Cumhuriyeti'nde yoğunlaşmıştır. Son yıllarda, metamfetamin, Slovakya'da ilk kez tedavi talep edenler arasındaki en yaygın birincil uyuşturucu haline gelmiştir ve Macaristan'ın bazı alt nüfusları arasında da yüksek düzeylerde metamfetamin kullanımına rastlanmıştır. Bundan başka yedi ülke (Danimarka, Fransa, Letonya, Slovenya, Birleşik Krallık, Bulgaristan ve Norveç) 2005 Reitox raporlarında, başta kulüp ve parti müdavimleri arasında olmak üzere, bu uyuşturucunun kullanımı ve/veya ele geçirme vakalarında bir artış rapor etmiştir. Şu anda, eldeki bilgiler bu ülkelerdeki metamfetamin kullanımı eğilimlerine dair kesin sonuçlara varmamızı engellemektedir. Yine de, metamfetaminin dünyanın başka yerlerinde yayılması ve bu uyuşturucunun önemli sağlık sorunları yaratma potansiyeli, bunun sürekli tedbir gerektiren bir alan olduğu anlamına gelmektedir.

edilmekte olup tedavi görmek isteyen tüm müşterilerin % 4 ila % 6'sının ecstasy hastalarından oluştuğu Kıbrıs, Macaristan, İrlanda ve Türkiye buna istisna oluşturmaktadır.

## Yeni ve ortaya çıkmakta olan uyuşturucu eğilimleri

Yeni veya ortaya çıkmakta olan uyuşturucular için yaygınlık tahminleri, daha çok bilinen yasadışı uyuşturucuların kullanım tahminlerinden çok daha düşüktür. Yeni uyuşturucu kullanma şekillerinin, başta küçük alt nüfuslar arasında veya sınırlı coğrafi alanlar veya ortamlarda, birkaç kişi tarafından benimsenmesi olasıdır. Dolayısıyla, ortaya çıkmakta olan eğilimlerin saptanması ve izlenmesi, başlıca uyuşturucu kullanımı tiplerini izlemek için kullanılan farklı türde bir yaklaşım gerektirmektedir.

<sup>(120)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekiller GPS-6 ve GPS-17.

<sup>(121)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekiller GPS-6 ve GPS-17.

<sup>(122)</sup> Bkz. dipnot (70).

<sup>(123)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil TDI-1.

<sup>(124)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-5.

<sup>(125)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-17 (bölüm iii).

## Halüsinojenik mantarlar: ortaya çıkmakta olan bir eğilimin vaka analizi

Yakın zamana kadar LSD en yaygın olarak kullanılan halüsinojenik maddeydi. Halüsinojenik mantar kullanımı daha çok rapor edilir hale geldiğinden<sup>(126)</sup>, bu durum artık değişiyor olabilir. Halüsinojenik mantarların bulunabilirliği, Hollanda ve başka yerlerdeki 'smart shop'larda diğer 'doğal' ürünlerin yanı sıra pazarlanmaya başlandıkları 1990'ların sonlarından bu yana artmış görünmektedir<sup>(127)</sup>. Örneğin, Birleşik Krallık'ta 2000'lerin başında halüsinojenik mantar satan dükkanların sayısında artış görülmüştü ve 2005 itibarıyla ülke çapında 300 dükkan ve markette satıldıkları tahmin edilmekteydi. Başta Hollanda bazlı siteler olmak üzere, taze mantar, yetiştirme kitleri ve spor baskıları satan sitelerle İnternet üzerinden de halüsinojenik mantar satışı başladı. Halüsinojenik mantarların çevrimiçi satışı başta İngilizce, Fransızca ve Almanca olmak üzere pek çok dilde yapılmakta olup geniş bir uluslararası tüketici tabanı bulunduğuna işaret etmektedir. AB'deki son yetişkin ve okul nüfusu araştırmaları, 15-24 yaşındaki gençler arasında yaşam boyu halüsinojenik mantar kullanımının % 1'in altı ile % 8 arasında değiştiğini göstermektedir<sup>(128)</sup>. 15-16 yaşındaki okul çocukları arasında halüsinojenik mantar kullanımı için yaşam boyu yaygınlık tahminleri, dokuz AB Üye Devleti'ndeki ecstasy kullanımı için yaşam boyu yaygınlık tahminlerine eşit veya bunlardan daha yüksektir (Hibell vd., 2004). Ancak halüsinojenik mantarlar için devam ettirme oranının diğer çoğu uyuşturucununkinden daha düşük olduğuna dair göstergeler bulunmaktadır. Bu, halüsinojenik uyuşturucu kullanımının genel bir özelliğidir ve gençlerin bu tip uyuşturucu kullanımını genellikle deneyimlemekle sınırlı tutup nadiren düzenli kullanım alışkanlıkları geliştirdiği gerçeğini yansıtmaktadır.

Halüsinojenik mantar kullanımına bağlı, tıbbi müdahale gerektiren akut veya kronik sağlık sorunlarına dair raporlar nadirdir. Bununla beraber, bazı ülkeler gençlerin bu gibi halüsinojenik maddeler kullanmasına karşılık olarak kanunlarını değiştirmiştir. Mantarın aktif maddeleri olan psilosibin ve psilosin hali hazırda Psikotropik Maddeler hakkında 1971 BM Sözleşmesi'yle uluslararası düzeyde kontrol edilmesine rağmen, bu maddelerin bir mantar içerisindeyken yasak olup olmadığını ve ne zaman yasak olduğunu yorumlamak, bu gibi mantarların doğal olarak

yetiştirdiği toprak sahiplerinin cezalandırılmasını önlemek için yakın zamana kadar çoğunlukla savcılara bırakılmıştır. Son beş yıl içinde altı ülke mantar hakkındaki mevzuatını sıkılaştırmıştır (Danimarka, Almanya, Estonya, İrlanda, Hollanda ve Birleşik Krallık). Her ne kadar kanuni kontroller her zaman tam olarak aynı mantarlar veya ön hazırlık durumları için geçerli olmasa da, bu ülkelerin yaptığı değişiklikler yasakları halüsinojenik mantarları da içerecek şekilde genişletmektedir.

2004 yılında Çek Cumhuriyeti, Almanya, Estonya, Yunanistan, Litvanya, Macaristan, Hollanda, Polonya, Portekiz, Slovenya, Slovakya, İsveç ve Norveç'te halüsinojenik mantar ele geçirme vakaları rapor edilmiştir<sup>(129)</sup>. Halüsinojenik mantarlara ilişkin kanun uygulayıcı ele geçirme vakalarının sayısı ile miktarı genel olarak düşük olup bu verilerden net eğilimler ortaya çıkmamaktadır.

## GHB ve ketamin

Gama-hidroksibütrat (GHB) ve ketaminin eğlence amacıyla suistimal edilmesinin 2000 yılında AB'de endişe yaratmasını takiben her iki uyuşturucu da izlenmeye alınmıştır<sup>(130)</sup>. BM uyuşturucu kontrol sistemi Mart 2001'de GHB'yi uluslararası olarak kontrol edilen uyuşturucular listesine eklediğinden dolayı, tüm AB Üye Devletleri bu madde hakkındaki mevzuatını güncellemektedir. Daha yakın zamanda, Mart 2006'da, INCB, WHO'nun ketaminin uluslararası kontrol altına alınıp alınmamasına dair değerlendirmesini hızlandırmasını tavsiye etmiştir (INCB, 2006a). Ulusal düzeyde, ketamin AB Üye Devletleri'nin neredeyse yarısında, ilaç düzenlemelerinin yerine, uyuşturucu mevzuatı kapsamında kontrol edilmektedir.

GHB ve ketamin hakkında bulunan sınırlı yaygınlık verileri, bu maddelerin kullanımının çoğu ülkede düşük seviyelerde dengelendiğini öne sürmektedir. Yüksek yaygınlıklı nüfuslara dair araştırmalar, bu iki uyuşturucunun düzenli olarak eğlence amacıyla uyuşturucu kullananlar arasında dahi, amfetamin, ecstasy, LSD ve halüsinojenik mantarlar gibi başka maddelerden daha az kullanılıyor olabileceğini düşündürmektedir.

GHB ve ketamin kullanımıyla ilgili olduğu bildirilen ölümler ile ölümcül olmayan acil durumlar son derece nadirdir. Ancak bu gibi maddelere bağlı ölümler ile ölümcül olmayan acil

<sup>(126)</sup> Bu raporda, halüsinojenik mantarlar terimi yalnızca psikoaktif psilosibin ve psilosin maddelerini içeren mantarları ifade etmektedir. Başka psikoaktif maddeler ihtiva eden mantar türleri daha nadiren kullanılmaktadır. Ayrıntılı bilgi için halüsinojenik mantarlar hakkındaki EMCDDA tematik belgesine bakınız ([www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)).

<sup>(127)</sup> Bu dükkanlar, halüsinojenik mantarlar dahil, yasal ve ağırlıklı olarak doğal ürünler satmaktadır.

<sup>(128)</sup> Avrupa Model Anketi'nden alınan EMCDDA verileri. Halüsinojenik mantarlara dair onbir Üye Devlet veri sağlamaktadır (Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Almanya, Fransa, İrlanda, Litvanya, Macaristan, Hollanda, Polonya, Finlandiya, Birleşik Krallık).

<sup>(129)</sup> Reitox Ulusal Raporları (Almanya, Estonya, Hollanda, Norveç) ile EMCDDA erken uyarı sistem ağı anketi (Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Macaristan, Polonya, Portekiz, Slovenya, Slovakya, İsveç).

<sup>(130)</sup> Ortak eylem risk değerlendirme 2000 raporu.



durumları kaydedecek hassas ve karşılaştırılabilir sistemlerin eksikliği bu alanda bulunabilen verileri sınırlamaktadır. İki ülke, genellikle başka uyuşturucularla bağlantılı olarak, GHB'ye bağlı ölümler bildirmiştir. Amsterdam'daki Belediye Sağlık Hizmeti, GHB kullanımına bağlanabilecek ölümcül olmayan acil durumların yıllık sayısında 2000'de 25'ten 2004'te 98'e bir artış kaydetmiş olup, bu sayı ecstasy, amfetamin, LSD veya halüsinojenik mantara bağlanan tıbbi acil durumların sayısından fazladır. İsveç'te, vücut sıvısı örneklerinde GHB (veya öncülleri GBL ve 1,4-ABD) tespitleri 1997'de 24'ten 2004'te 367'ye yükselmiştir. İsveç'te GHB'yle bağlantılı ölümler de bildirilmiştir: bu uyuşturucu, 1996 ve 2004 arasında uyuşturucuya bağlı 36 ölümden tespit edilmiş olup bunların dokuzu 2004'te meydana gelmiştir. İngiltere ve Galler'de 2003'te, üç ölüm vakası hakkındaki adli memur raporunda GHB'nin bahsi geçmekteydi ve içlerinden birinde GHB, bahsi geçen tek uyuşturucuydu (ONS, 2006). Bununla beraber, Birleşik Krallık'taki bir hastaneden gelen ve geniş bir bölgeyi kapsayan toksikolojik bilgiler, Mayıs ve Aralık 2005 arasında meydana gelen beş ölüm vakasında GHB tespit edildiğini göstermektedir <sup>(131)</sup>.

GHB suda/alkolde çözülür olduğundan ve genellikle amnezinin izlediği potansiyel olarak sakatlayıcı etkileri yüzünden, uyuşturucuyla kolaylaştırılan cinsel tacizlerde (sözde 'randevu tecavüzleri') kullanıldığına dair kaygılar oluşmuştur. Ancak vakalar raporsuz kalabildiğinden, ayrıca çok az adli kanıt bulunduğundan ve bu gibi suçları kanıtlamanın zorluğundan dolayı, bu olayın ne ölçüde gerçekleştiğine dair sağlam kanıt bulunmamaktadır. Dolayısıyla potansiyel olarak kaygılandırıcı olan bu gelişmenin niteliğini ve kapsamını belirlemek üzere daha ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## Yeni uyuşturucular hakkında eylem

2005'te, 1997 ortak eyleminin yerine yeni Konsey Kararı (2005/387/JHA) geçtiğinde, bilgi alışverişinde bir kesinti olmaksızın, yumuşak bir geçiş yaşanmıştı. Toplamda 14 yeni psikoaktif madde EMCDDA ve Europol'a ilk kez olarak resmen bildirilmişti. Bunların hepsi, Psikoaktif Maddeler hakkında 1971 BM Sözleşmesi'nin Program I ve II'sinde listelenenlere benzer psikoaktif (sentetik) uyuşturuculardır. Yeni bildirilen maddeler kimyasal üç ana gruba dahildi – fenitilaminler, triptaminler ve piperazinler. Bu gruplardan çeşitli maddeler, erken uyarı sistemi (EWS) yoluyla daha önce bildirilmiş olup halen de izlenmektedir <sup>(132)</sup>.

### Yeni psikoaktif maddeler hakkında Konsey Kararı

Yeni psikoaktif maddeler hakkındaki bilgi değişimi, risk değerlendirmesi ve kontrolü konusunda 10 Mayıs 2005 tarih ve 2005/387/JHA sayılı Konsey Kararı <sup>(1)</sup>, kamu sağlığına ilişkin ve sosyal tehdit oluşturabilecek yeni psikoaktif maddeler hakkında hızlı bilgi alışverişini sağlayan bir mekanizma kurarak AB kurumları ile Üye Devletler'inin Avrupa uyuşturucu piyasasına çıkan yeni narkotik ve yeni psikoaktif uyuşturuculara karşı harekete geçmesine olanak vermektedir. EMCDDA ve Europol'a, ağırlarıyla – Reitox Ulusal Odak Noktaları (UON'ler) ve Europol Ulusal Birimleri (EUB'ler) – yakın işbirliği içerisinde, yeni psikoaktif maddeleri tespit etmek ve bildirmekte merkezi bir rol verilmiştir. Karar aynı zamanda, Üye Devletler'de narkotik ve psikoaktif maddelerin kontrolü için geçerli olan tedbirlerin <sup>(2)</sup> uygun durumda yeni psikoaktif maddeler için de geçerli olabilmesi için, bu yeni maddelerle ilişkili risklerin bir değerlendirmesine olanak sağlamaktadır. Karar, özel olarak yeni sentetik uyuşturuculara ayrılmış olan 1997 ortak eyleminin <sup>(3)</sup> kapsamını genişletmekte ve değiştirmektedir. Karar, bununla birlikte, ortak eylemin yönlendirdiği üç adım yaklaşımını korumaktadır: bilgi alışverişini/erken uyarı, risk değerlendirme ve karar alma.

<sup>(1)</sup> Yeni psikoaktif maddelerin bilgi değişimi, risk değerlendirmesi ve kontrolü hakkında 2005/387/JHA sayılı Konsey Kararı, 20 Mayıs 2005 tarihinde Avrupa Birliği Resmi Gazetesi'nde (L 127/32-37) yayımlanmış olup 21 Mayıs 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Karar, hali hazırda 1961 ve 1971 BM uyuşturucu kontrolü sözleşmelerinin hiçbir programında yer almayan maddeler için geçerlidir.

<sup>(2)</sup> Narkotik Uyuşturucular hakkında 1961 BM Tek Sözleşmesi ile Psikoaktif Maddeler hakkında 1971 BM Sözleşmesi hükümlerine uygundur.

<sup>(3)</sup> Yeni sentetik uyuşturucular konusunda bilgi alışverişini, risk değerlendirmesi ve bu uyuşturucuların kontrolüyle ilgili 16 Haziran 1997 tarihli ortak eylem (RG L 167, 25.06.1997).

2005'teki en dikkate değer yeni gelişme, yeni psikoaktif madde 1-(3-klorofenil) piperazinin (mCPP) ortaya çıkışı ve hızla yayılmasıydı. mCPP, benzilpiperazin (BZP) gibi aril mukabili bir piperazin olup EWS tarafından 1999'dan beri izlenen bir maddedir. Fransa ve İsveç'te toplanan numunelerle ilgili olarak, mCPP tespitlerinin ilk resmî bildirimleri EMCDDA ve Europol tarafından Şubat/Mart 2005'te alınmıştır. mCPP içeren haplar 2005 sonu itibarıyla, neredeyse tüm Üye Devletler'de kanun uygulayıcı kurumlar tarafından ele geçirilmiş veya çeşitli eğlence amaçlı faaliyetlerde (açık hava dans/müzik festivalleri,

<sup>(131)</sup> EWS kaynaklı bilgi. Bu raporda GHB'ye bağlı ölümlerin nispeten yüksek sayısı olasılıkla muhtemelen hastane laboratuvarının GHB'yi araştırmaya yönelik ilgisini yansıtmaktadır.

<sup>(132)</sup> Ortak eylem kapsamında 1997 ve 2004 arasında risk değerlendirmesine tabi tutulan dokuz yeni sentetik uyuşturucudan, sonrasında AB düzeyinde kontrol edilen altı maddenin hepsini fenitilaminler oluşturmaktaydı.

dans klüpleri, vs.) bulunmuştur. Hemen her zaman ecstasy'e benzeyecek şekilde tasarlanmakta ve büyük ihtimalle ecstasy gibi pazarlanmaktadır. Bu uyuşturucu en çok hap şeklinde bulunmaktadır ve mCPP ile MDMA'nın öznel etkileri kısmen karşılaştırılabilir niteliktedir (Bossong vd., 2005). Ayrıca, mCPP genellikle MDMA'yla birleşik olarak bulunmaktadır. Bunun kazara bir bulaşmadan kaynaklanması olası olmadığından, kasıtlı olarak mCPP eklenmesinin MDMA'nın etkilerini değiştirmek veya artırmak amaçlı olmasının mümkün olduğu anlamına gelmektedir. AB'de tek başına mCPP'ye özel, spesifik talep veya pazar az gibi görünmektedir.

mCPP, EWS 1997'de yeni (sentetik) uyuşturucuları izlemeye başladığından beri, Üye Devletler tarafından tüm diğer

yeni psikoaktif uyuşturuculardan daha çok saptanmıştır. 1 yıllık süre zarfında 20 Üye Devlet'in yanı sıra Romanya ve Norveç'te saptanmıştır.

EMCDDA ile Europol'ün ortak bir raporunda, Konsey kararının hükümlerine uygun olarak, mCPP'nin en az bir tıbbi ürünün imalatında kullanıldığına dair kanıt bulunduğundan hiç bir resmî risk değerlendirmesi yapılmamasını tavsiye etmiştir. Bununla birlikte, hali hazırda mCPP'ye bağlı önemli kamu sağlığı riskleri veya sosyal risklere dair az kanıt bulunması gerçeğine rağmen, derinlemesine bir bilimsel risk değerlendirmesinin yokluğunda bu sorunun açık bırakılması gerektiğine işaret edilmiştir.

### **EMCDDA 2006 yıllık raporu: seçili yayınlar'da, eğlence ortamlarında uyuşturucu kullanımındaki gelişmeler**

Gençlerin uyuşturucu kullanımı ile eğlence faaliyetleri genellikle birbirine bağlıdır. Özellikle, müzik ve dans etkinliklerine sürekli olarak katılan gençleri hedef alan çalışmalar, uyuşturucu kullanımı için genel nüfus anketlerinde bulunanlardan çok daha yüksek yaygınlık oranları ve uyarıcı uyuşturucu kullanımında özellikle yüksek düzeyler rapor etmektedir. Ülkeler arasındaki farklar, mevcut ticari amaçlı gece hayatı ortamları, müzik kültürü, uyuşturucu bulunabilirliği ve yüksek gelirlerle açıklanabilir mi?

Bu sorular bu seçili yayında incelenmektedir.

Eğlence amaçlı uyuşturucuların İnternet yoluyla promosyonunda ve eğlence amaçlı uyuşturucu kullanımındaki yeni gelişmeler, beraberinde politika, önleme ve risk azaltma alanlarında yeni zorluklar getirmektedir. Bu zorluklar, aynı zamanda AB'de gençlerin eğlence faaliyetleri ile uyuşturucu kullanımını birlikte yürütmesine ilişkin karmaşık soruna cevaben son on yılda uygulanmaya başlanan yenilikçi uyuşturucu önleme ve risk azaltma girişimlerini de ayrıntılarıyla değerlendiren bu seçili yayında incelenmektedir.

Bu seçili yayın basılı olarak ("Developments in drug use within recreational settings", in EMCDDA annual report 2006: selected issues) ve İnternet üzerinde yalnızca İngilizce dilinde bulunmaktadır (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Bölüm 5

### Kokain ve crack kokain

#### Kokain arzı ve bulunabilirliği <sup>(133)</sup>

##### Üretim ve kaçakçılık

Kokain dünyada bitkisel kenevir ile kenevir reçinesinden sonra en çok kaçakçılığı yapılan uyuşturucudur. Ele geçirilen hacim bakımından – 2004'te tüm dünyada 578 ton –en çok kaçakçılık yapılan yerler öncelikle Güney Amerika (% 44) ve Kuzey Amerika (% 34) ve ardından Batı ve Orta Avrupa (% 15) olmaya devam etmiştir (CND, 2006).

Dünyanın şimdiye dek en büyük yasadışı koka kaynağı olan Kolombiya'yı Peru ve Bolivya izlemektedir. 2004'te toplam kokain üretiminin 687 tona çıktığı tahmin edilmekte olup Kolombiya'nın buna katkısı % 56, Peru'nun % 28 ve Bolivya'nın % 16 olmuştur (UNODC, 2005). Avrupa'da ele geçirilen kokainin çoğu doğrudan Güney Amerika'dan (başta Kolombiya) veya Orta Amerika ve Karayip Denizi yoluyla gelmektedir. 2004 yılında Surinam, Brezilya, Arjantin, Venezuela, Ekvator, Kurasao, Jamaika, Meksika, Guyana ve Panama'nın, AB'ye ithal edilen kokain için transit ülkeler oldukları bildirilmiştir (Reitox Ulusal Raporları, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Bazıları, giderek daha çok Batı Afrika ile Gine Körfezi'ndeki ülkeler üzerinden (özellikle Nijerya) ama ayrıca Doğu Afrika (Kenya) ile Moritanya ve Senegal sahillerindeki adalar üzerinden Kuzeybatı Afrika yoluyla Afrika'dan da geçmiştir. Başlıca AB'ye giriş noktaları yine İspanya, Hollanda ve Portekiz'in yanı sıra Belçika, Fransa ve Birleşik Krallık'tır (Reitox Ulusal Raporları, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Her ne kadar İspanya ve Hollanda AB'ye giren kokain için dağıtım noktaları olarak hala önemli bir rol oynasa

da, İspanya'nın kuzey sahilleri boyunca (Galisyaya) yapılan yoğun kontroller ile Schipol Havaalanı'nda (Amsterdam) belirli ülkelere uçuşlarda % 100 kontrol politikası <sup>(134)</sup>, artan oranda, örneğin Afrika üzerinden ama ayrıca Doğu ve Orta Avrupa üzerinden ve buradan da Batı Avrupa'ya ikincil dağıtım gibi alternatif yolların geliştirilmesinde bir rol oynamış olabilir (Reitox Ulusal Raporları, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

##### Ele geçirmeler

AB'de 2004 yılında, tahmini 60.000 ele geçirme vakasında 74 ton kokain ele geçirilmiştir. Çoğu kokain ele geçirmesi Batı Avrupa ülkelerinde, özellikle de son 5 yılda AB'deki ele geçirmelerin ve geri alınan miktarların yaklaşık yarısını oluşturan İspanya'da bildirilmiştir <sup>(135)</sup>. 1999-2004 döneminde, kokain ele geçirmelerinin sayısı <sup>(136)</sup> AB'de genel olarak artış gösterirken ele geçirilen miktarlar <sup>(137)</sup> yükselen bir eğilim içinde dalgalanmıştır. Ancak, rapor eden ülkeler temel alındığında, miktarlar –belki de önceki yıl İspanya'da yakalanan sıradışı miktara oranla –2004'te düşer gibi olmuştur.

##### Fiyat ve saflık

2004'te AB'de kokainin ortalama perakende fiyatı Belçika'da gram başına 41 euro'dan, Kıbrıs, Romanya ve Norveç'te gram başına 100 euro'ya kadar büyük farklılık gösteriyordu <sup>(138)</sup>. Enflasyona göre düzeltilen ortalama kokain fiyatları <sup>(139)</sup> 1999-2004 döneminde tüm rapor eden ülkelerde genel bir azalma eğilimi göstermiş olup <sup>(140)</sup>, fiyatların 2002'ye kadar düşüp sonra arttığı Lüksemburg ile

<sup>(133)</sup> Bkz. 'Ele geçirme vakaları ile diğer pazar verilerinin yorumlanması', s. 37.

<sup>(134)</sup> Hollanda Antilleri, Aruba, Surinam, Peru, Venezuela ve Ekvator'dan tüm uçuşlar % 100 kontrol edilmektedir; 2004'te, bu gibi kontrollerin bir sonucu olarak 3.466 uyuşturucu kuryesi ve düzenli kontrollerin bir sonucu olarak da 620 kurye tutuklanmıştır (Hollanda ulusal raporu).

<sup>(135)</sup> Bu bilgi, eksik 2004 verileri sağlandığında bunlarla karşılaştırmalı olarak kontrol edilmektedir. 2004'teki hem kokain ele geçirmelerinin sayısı hem de ele geçirilen kokain miktarlarına dair veriler İrlanda ve Birleşik Krallık için mevcut değildir; kokain ele geçirmelerinin sayısına dair veriler 2004'te Hollanda için mevcut değildir. Değerlendirme amacıyla, eksik 2004 verileri yerine 2003 verileri kullanılmıştır. Hollanda tarafından sağlanan 2004'te ele geçirilen miktarlara dair veriler yalnızca tahmini değerler olduğundan 2004 eğilimlerinin analizinde kullanılmamıştır.

<sup>(136)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-9.

<sup>(137)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-10.

<sup>(138)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-3.

<sup>(139)</sup> Tüm ülkelerde paranın değeri için 1999 temel yıl olarak alınmıştır.

<sup>(140)</sup> 1999-2004 döneminde, kokain fiyatlarına dair veriler Belçika, Çek Cumhuriyeti, Almanya, İspanya, Fransa, İrlanda, Kıbrıs, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Polonya, Portekiz, Slovenya, İsveç, Birleşik Krallık, Bulgaristan, Türkiye ve Norveç'te en az üç ardışık yıl için mevcuttu.

fiyatların 2001’de aniden yükselip daha sonra dengelendiği Norveç bunlara istisna teşkil etmektedir.

Kokainin kullanıcı düzeyindeki ortalama saflığı eroine göre yüksektir ve 2004’te Danimarka’da % 24 ile Polonya’da % 80 arasında değişiklik göstermiş, ülkelerin çoğu ise % 40-65’lik saflık oranları rapor etmiştir <sup>(141)</sup>. 1999-2004 verilerine göre, çoğu rapor eden ülkede kokainin ortalama saflığı, her ne kadar Estonya (2003’ten beri), Fransa ve Litvanya’da artıp Lüksemburg ve Avusturya’da sabit kalmış da olsa, genel olarak düşmüştür <sup>(142)</sup>.

### Kokain üretimi ve kaçakçılığına karşı uluslararası eylem

Europol’un yürüttüğü COLA Projesi, AB’ye yönelik ve AB içerisinde faaliyet gösteren ve öncelikli olarak kokain kaçakçılığı yapan Latin Amerikalı ve bağlantılı suç gruplarını saptamayı ve hedef almayı amaçlamaktadır. Bilhassa katılımcı Üye Devletler’deki canlı soruşturmalara operasyonel destek sağlamak ve stratejik istihbarat haritasını geliştirmektedir. Projeyi, kokain ele geçirme vakaları ile uyuşturucuların logoları/işaretleri ve ambalajlarına dair çalışma biçimleri ile fotoşekil ve diğer bilgileri, ele geçirmeler arasındaki benzerlikleri saptamak ve kanun uygulayıcılıkta uluslararası işbirliği ile bilgi alışverişini teşvik etmek üzere yıllık olarak güncellenen bir katalogda harmanlayan Europol Kokain Logo Sistemi tamamlamaktadır (Europol, 2006).

1999’dan beri yürütülen Operasyon Mor, potasyum permanganatın <sup>(143)</sup> özellikle Amerika’da yasadışı kokain imalatında kullanılmak üzere yasal ticaretten saptırımı önlemek üzere tasarlanmıştır. Yasal potasyum permanganat ticareti büyük çaplıdır: 1999’dan beri 30 ihracatçı ülke/bölge INCB’ye 136.560 ton potasyum permanganatla ilgili 4.380 ihracat öncesi bildirim vermiştir. 1999’dan beri, bu maddeden 14.316 ton içeren 233 sevkiyat, siparişlerin veya son kullanıcıların yasalara uygunluğu konusunda şüphelenilmesinden dolayı durdurulmuş veya ele geçirilmiş ve saptırımlar tespit edilmiştir. Avrupa’da 2004 yılında, başta Rusya Federasyonu, daha sonra Romanya ve Ukrayna’da <sup>(144)</sup> olmak üzere 1,4 ton potasyum permanganat ele geçirilmiştir (INCB, 2006b).

Kaçakçılar Operasyon Mor kapsamında getirilen kontroller ile izleme mekanizmalarından kaçmanın yollarını bulmuş gibi görünmektedir. Gerçekten de, yasadışı kokain imalatının

Asya’yla bağlantılı olmamasına rağmen, kaçakçıların potasyum permanganatı yasal ticaretten saptırmak amacıyla bu bölgeyi hedefliyor olabileceklerine dair kaygılar artmaktadır. Kaçakçıların potasyum permanganatı Karayip Adaları yoluyla And bölgesinde bir yere saptırıyor olabilmelerine dair de endişe duyulmaktadır. Dolayısıyla, kuşku işlemleri saptayarak sevkiyatları durdurmada belirli bir başarı edinildiğini kabul eden INCB (2006b), hükümetleri kaçakçıların faaliyetlerini başka yerlere taşımakta daha çok zorlanmaları için kimyasalların kaynaklarını bulmak, transit ülkeleri saptamak ve ticaret şirketlerini araştırmak amacıyla kokain laboratuvarı ele geçirmelerinden elde edilen bilgileri izleyecek çalışma prosedürleri geliştirmeye sevk etmiştir.

### Kokain kullanımının yaygınlığı ve şekilleri

Yeni ulusal nüfus araştırmaları temel alındığında, yaklaşık 10 milyon Avrupalı’nın <sup>(145)</sup> kokaini en az bir kez denemiş olduğu (yaşam boyu yaygınlık) tahmin edilmekte olup bu oran tüm yetişkinlerin % 3’ünden fazlasını temsil etmektedir <sup>(146)</sup>. Rapor edilen kullanım hakkındaki ulusal rakamlar % 0,5 ile % 6 arasında değişirken İtalya (% 4,6), İspanya (% 5,9) ve Birleşik Krallık (% 6,1) bu aralığın en üst düzeyinde bulunmaktadır. Tüm yetişkinlerin % 1’ini temsil eden 3,5 milyon civarında yetişkinin geçmiş yılda kokain kullandığı tahmin edilmektedir. Her ne kadar yaygınlık oranları İspanya (% 2,7) ile Birleşik Krallık’ta (% 2) daha yüksek olsa da, çoğu ülkedeki ulusal rakamlar % 0,3 ile % 1 arasında değişmektedir.

Diğer yasadışı uyuşturucular gibi kokain kullanımı da genç yetişkinler arasında daha yoğundur. Geçmiş yılda kullanım 15 ila 24 yaşındakiler arasında biraz daha yüksek olmakla birlikte, yaşam boyu deneyimi 15-34 yaş arası genç yetişkinler arasında en yüksektir. Kokainin daha çok 20’li yaşlarında olanlar tarafından kullanılan bir uyuşturucu olduğu ama kokain kullanımının, esrar kullanımıyla karşılaştırıldığında, daha genç yaşta kişiler arasında o kadar yoğun olmadığı görülmektedir. 15 ila 34 yaşındakiler arasında yaşam boyu deneyiminin en yüksek seviyeleri İspanya (% 8,9) ile Birleşik Krallık’ta (% 10,5) olmak üzere, % 1 ile % 10 arasında değişmektedir. Geçmiş yılda kullanım % 0,2 ile % 4,8 arasında değişirken Danimarka, İrlanda, İtalya ve Hollanda’nın rakamları % 2 civarında, İspanya ve Birleşik Krallık rakamları da % 4’ün üzerindedir (Şekil 6). Okul araştırmalarından edinilen verilerin kokain kullanımı

<sup>(141)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-7.

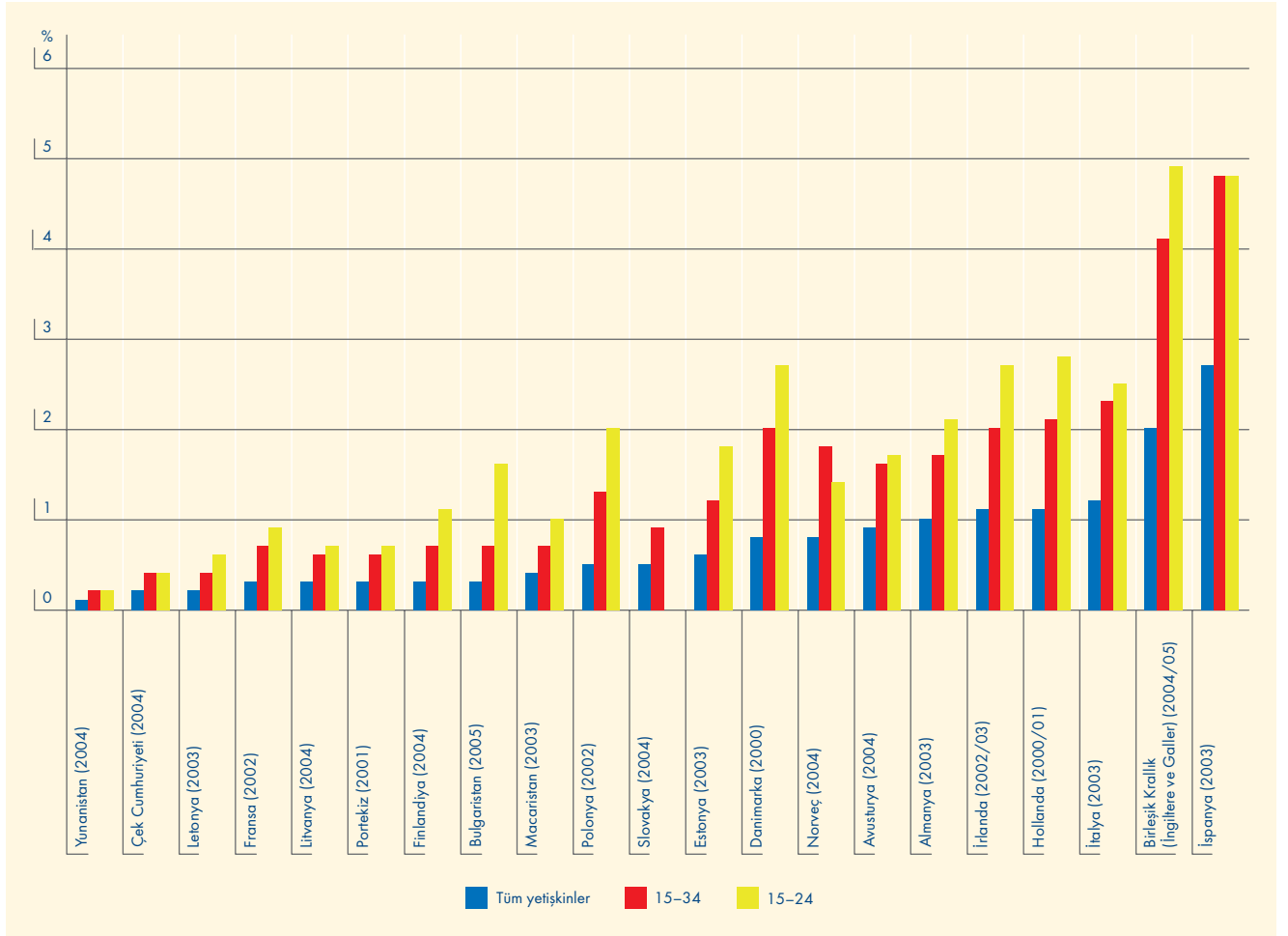
<sup>(142)</sup> 1999-2004 döneminde, kokain saflığına dair veriler Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Almanya, Estonya, İspanya, Fransa, İrlanda, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Hollanda, Avusturya, Portekiz, Slovakya, Birleşik Krallık ve Norveç’te en az üç ardışık yıl için mevcuttu.

<sup>(143)</sup> Kokain imalatında kullanılan ve 1988 Sözleşmesi’nde Tablo I kapsamında listelenen öncül madde.

<sup>(144)</sup> Bu verilere durdurulan sevkiyatlarla ilgili miktarlar dahil değildir.

<sup>(145)</sup> Ulusal rakamların ağırlıklandırılmış bir ortalamasına dayanmaktadır; ayrıntılar için bkz. dipnot (53).

<sup>(146)</sup> Her ülkeye ait ayrıntılı rakamlar için, 2006 istatistik bülteninde ‘Uyuşturucu kullanımına dair genel nüfus anketleri’ndeki tabloya bakınız.

**Şekil 6:** Tüm yetişkinler (15-64 yaş) ve genç yetişkinler (15-34 ile 15-25 yaş) arasında kokain kullanımının geçmiş yıldaki yaygınlığı

Not: Veriler her ülkede raporlama sırasında bulunan en son ulusal anketlerden elde edilmiştir. Daha fazla bilgi için bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolara GPS-8, GPS-11 ve GPS-18.

Kaynaklar: Nüfus anketleri, raporlar veya bilimsel makalelerden alınan Reitox ulusal raporları (2005).

için gösterdiği yaşam boyu yaygınlık oranları çok düşük olup Kıbrıs, Finlandiya ve İsveç'te % 0 ile İspanya'da % 6 arasında değişmekte ve crack kokain kullanımı için de % 0 ile % 3 arasında değişen daha da düşük yaşam boyu yaygınlık oranları bulunmaktadır (Hibell vd., 2004).

Kokain tüketimi genç erkekler arasında daha yüksektir. Örneğin, 15-34 yaşındaki erkekler arasında, Danimarka, Almanya, İspanya, İtalya, Hollanda, Birleşik Krallık ve Norveç'te yapılan araştırmalar yaşam boyu deneyimin % 5 ile % 14 arasında olduğunu ortaya koymuştur. Bir önceki yıl içinde kullanım daha düşüktü ama dört ülke % 3'ten yüksek, İspanya ile Birleşik Krallık de yaklaşık % 6-7 arasında<sup>(147)</sup> rakamlar bildirmiş olup bu durum, söz konusu ülkelerde her 15 genç erkekten birinin yakın zamanda kokain kullandığı anlamına gelmektedir. Bu oran kentsel alanlarda önemli ölçüde daha yüksek olacaktır.

Genel halk arasında, kokain kullanımının zaman zaman, genelde yüksek seviyelere ulaşabildiği haftasonlarında ve eğlence ortamlarında (barlar ve diskotekler) meydana geldiği düşünülmektedir. Farklı ülkelerdeki dans ve müzik ortamlarında bulunan gençler arasında gerçekleştirilen araştırma çalışmaları, kokain kullanımı için % 10 ile % 75 arasında değişen yaşam boyu yaygınlık oranlarıyla, genel nüfus arasında bulunanlardan çok daha yüksek yaygınlık tahminleri ortaya koymaktadır (eğlence ortamlarında uyuşturucu kullanımı konusundaki yayına bakınız). Örneğin, 2004/05 İngiliz Suç Araştırması, diskotek veya gece klüplerine gidenler arasındaki 'A sınıfı' uyuşturucuların kullanımında, bu yerlere gitmeyenler arasındaki orandan en az iki kat daha yüksek olan bir yaygınlık tahmini rapor etmiştir (Chivite-Matthews vd., 2005) (ayrıca eğlence ortamlarında uyuşturucu kullanımı konusundaki yayına bakınız). Ortalama

<sup>(147)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil GPS-9.

olarak, hayatlarında kokain kullanmış olan tüm Avrupalı yetişkinlerin yaklaşık üçte biri bunu önceki 12 ay içinde kullanmıştır; karşılaştırma için, bunların yalnızca % 13'ü önceki 30 gün içinde kullandığını bildirmiştir. Örneğin, İspanya, İtalya, Birleşik Krallık ve Bulgaristan'daki 15-24 yaş arası erkeklerin % 2-4'ü<sup>(148)</sup> önceki 30 gün içinde kokain kullandıklarını rapor etmektedir. Avrupa'daki güncel kokain kullanımının kaba bir tahmini, 15-64 yaşlarında yaklaşık 1,5 milyon yetişkindir (15-34 yaş grubunda % 80). Yeterli raporlama yapılamama ihtimali düşünüldüğünde, bu rakam asgari bir tahmin olarak kabul edilebilir. Kokain kullanma şekilleri değişik kullanıcı gruplarında son derece farklılık göstermektedir. Çok şehirli bir Avrupa araştırmasında, sosyal olarak entegre olmuş kokain kullanıcıları çoğunlukla maddeyi burundan çekerken (% 95), yalnızca küçük bir kesimin bunu içtiği veya enjekte ettiği, ancak esrar ve alkolle birlikte kullanımının son derece yaygın olduğu görülmüştür (Prinzleve vd., 2004). Bağımlılık tedavi merkezlerinde veya sosyal olarak marjinalleşmiş gruplarda bulunan kullanıcılar arasında enjeksiyon sıklıkla görülmekte olup crack kullanımı da Hamburg, Londra ve Paris'te ve daha az ölçüde Barselona ve Dublin'de sıradan sayılmaktaydı. Avrupa'nın genel halkı arasında kokain kullanımı düşük görünmektedir. Örneğin, yaşam boyu crack kullanımı yaygınlığının İspanya'da % 0,5 (2003) ve Birleşik Krallık'ta % 0,8 olduğu rapor edilmiştir (Chivite-Matthews vd., 2005). Üç ülkede, kulüp ortamlarında yaşam boyu crack kullanımı araştırılmış ve eroin kullanımından bile daha düşük olduğu görülmüştür (Çek Cumhuriyeti % 2, Birleşik Krallık % 13 ve Fransa % 21). Bununla birlikte, marjinal gruplar veya opioid kullanıcıları arasında crack kullanımı bazı şehirlerde endişe sebebidir. Örneğin, Amsterdam'da 94 kadın sokak seks çalışanından oluşan bir hedef grup arasında crack kokain için yaşam boyu yaygınlık tahmini % 91 olup bu oran son derece yüksektir (Korf, 2005, Hollanda ulusal raporundan alınmıştır).

Karşılaştırma amacıyla, uyuşturucu kullanımı ve sağlık hakkındaki 2004 Amerika Birleşik Devletleri ulusal anketine göre, (12 yaş ve üzeri olarak tanımlanan) yetişkinlerin % 14,2'si, % 3'lük bir Avrupa ortalamasından çok farklı olarak, kokain için yaşam boyu deneyimi rapor etmişlerdir. Her ne kadar bazı AB ülkelerinde, örneğin İspanya (% 2,7) ve Birleşik Krallık'ta (% 2), bildirilen rakamlar Amerika Birleşik Devletleri'ndekilerle aynı aralıkta da olsa<sup>(149)</sup>, geçmiş yılda kullanım % 1'lik bir Avrupa ortalamasına nazaran, % 2,4'tü. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki nispeten daha yüksek olan yaşam boyu rakamları kısmen kokainin bu ülkede daha erken yaygınlaşmasına bağlı olabilir. Genç yetişkinler (16-34 yaş) arasında, ABD rakamları % 14,6 (yaşam boyu), % 5,1

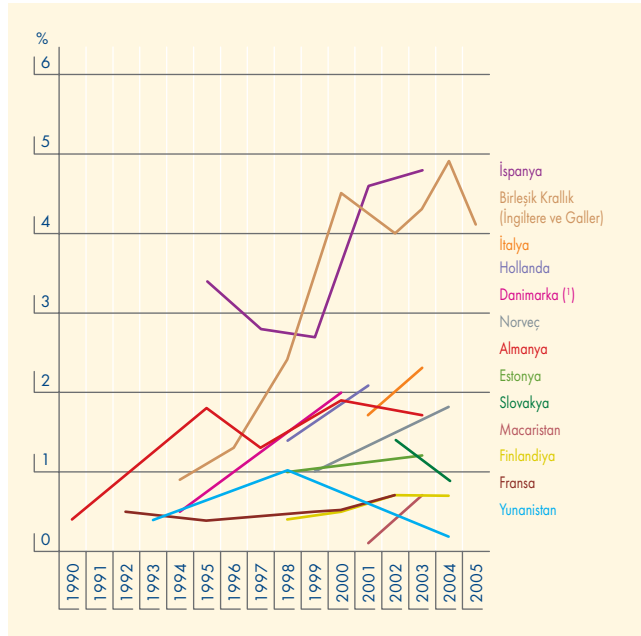
(geçmiş yıl) ve % 1,7 (geçmiş ay) iken 15 ila 34 yaşındakiler için AB ortalama rakamları, sırasıyla, yaklaşık % 5 (yaşam boyu), % 2 (geçmiş yıl) ve % 1 idi (geçmiş ay).

### Kokain kullanımında eğilimler

Birkaç yıl boyunca, farklı kaynaklara (örneğin piyasa göstergeleri, tedavi talepleri, ölümler) dayanarak, Avrupa'da kokain kullanımını artması ihtimaliyle ilgili uyarılar olmuştur. Giderek daha çok ülke, tekrar eden araştırmalar yürüttüğünden halk arasındaki kokain eğilimlerine dair mevcut bilgiler artsa da, veriler hala sınırlıdır. Kokain durumunda, buna eklenen zorluklar, daha düşük yaygınlık seviyeleri ile kullanımın muhtemelen yeterince rapor edilememesidir.

Birleşik Krallık'ta genç yetişkinler arasında yakın zamandaki kokain kullanımı (bir önceki yıl içerisinde) 1990'ların ikinci yarısından 2000'e kadar, İspanya'da ise son yıllardaki görünür bir dengelenmeyle beraber 2001'e kadar belirgin oranda artmıştır. Almanya'da, 1990'larda küçük bir artış gözlenenmiş ama rakamlar son yıllarda İspanya ve Birleşik Krallık'ta olduğundan açıkça daha düşük seviyelerde sabit kalmıştır (Şekil 7). Geçmiş yıl kullanımında Danimarka, İtalya,

**Şekil 7:** Genç yetişkinler (15-34 yaş) arasında kokain kullanımının geçmiş yıldaki yaygınlığındaki eğilimler



(\*) Danimarka'da, 1994 değeri 'ağır uyuşturucular'ı ifade etmektedir.  
NB: Veriler her ülkede raporlama sırasında bulunan en son ulusal anketlerden elde edilmiştir. Daha fazla bilgi için bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo GPS-4.

Kaynaklar: Nüfus anketleri, raporlar veya bilimsel makalelerden alınan Reitox ulusal raporları (2005).

<sup>(148)</sup> 2001 anketi. 2003 anketinde, 10'lu yaş gruplarına göre cinsiyet dökümü rapor edilmemiştir.

<sup>(149)</sup> Kaynak: SAMHSA, Uygulamalı Çalışmalar Ofisi, Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık hakkında 2004 Ulusal Anketi (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). ABD anketinde 'tüm yetişkinler' için yaş aralığının (12 yaş ve üzeri) Avrupa anketleri için geçerli yaş standardı aralığından (15-64) daha geniş olduğunu göz önüne alın. Birleşik Devletler'deki 16-34 yaş grubu için olan rakamlar EMCDDA tarafından tekrar hesaplanmıştır.

Macaristan, Hollanda (2001'e kadar) ve Norveç'te küçük artışlar gözlemlenmiştir. Bu eğilim her ülkedeki yalnızca iki araştırmayı temel aldığından dikkatle yorumlanmalıdır. Kokain ve başka maddeler (örneğin ecstasy, amfetaminler, halüsinojenik mantarlar) durumunda, analizin uyuşturucu kullanımının yoğun olduğu gruplara, özellikle de kentsele alanlarda yaşayan gençlere odaklanması suretiyle eğilimler daha iyi saptanabilir. Bu nüfuslar, eğlence ortamlarında uyuşturucu kullanımı konusundaki yayında daha derinlemesine incelenmiştir. Bunun yanı sıra araştırma bilgileri, seçilmiş gruplardaki (gece hayatı ortamları) gençler arasında yapılan odaklı çalışmalarla tamamlanmalıdır.

## Tedavi talep verileri <sup>(150)</sup>

Kokain, opioidler ve esrardan sonra en çok tedaviye başlama sebebi olarak bildirilen uyuşturucu olup 2004'te tüm AB'deki tedavi taleplerinin % 8'ine karşılık gelmektedir <sup>(151)</sup>. Kokain için genellikle yüksek tedavi talepleri bildiren bir ülke olan İspanya'nın henüz veri sunmamış olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu genel rakam ülkeler arasında büyük bir farklılığı yansıtmaktadır: çoğu ülkede kokain kullanımına bağlı tedavi talepleri oldukça düşük olmasına rağmen Hollanda'da (% 37) ve tarihsel olarak İspanya'da (2002'de % 26), kokain kullanımı için tedavi görmek isteyen bütün hastaların oranı çok daha yüksektir. Eldeki en yeni verilerde, bir grup ülke tüm hastalar içindeki kokain hastaları yüzdesinin % 5 ile % 10 arasında olduğunu rapor ederken (Danimarka, Almanya, Fransa, İrlanda, İtalya, Kıbrıs, Malta, Birleşik Krallık ve Türkiye) geri kalan ülkelerde oranlar oldukça düşüktür <sup>(152)</sup>. Birkaç ülkede, tüm hastalarla karşılaştırıldığında, birincil kokain kullanımı için tedavi talep eden yeni hasta yüzdeleri daha yüksektir <sup>(153)</sup> ve genel olarak tüm yeni tedavi taleplerinin yaklaşık % 12'si kokainle bağlantılı olarak rapor edilmektedir. Kokain aynı zamanda yeni hastaların yaklaşık % 12'si tarafından ikincil bir uyuşturucu olarak rapor edilmiştir <sup>(154)</sup>.

Önceki yıllarda rapor edilmiş olan kokain kullanımı için tedavi görmek isteyen hastalar arasında yükselen eğilimler sürmektedir; 1999'dan 2004'e kadar, raporlanmamış veriler için değer tahmini yapan bir analiz, kokain kullanımı için tedavi görmek isteyen yeni hastaların oranının bu dönemde

% 10 civarından % 20'ye çıktığını öne sürmektedir (17 AB ülkesi ile Bulgaristan ve Romanya temel alınarak) <sup>(155)</sup>.

Genel olarak, Avrupa'da tedavi taleplerinin pek çoğu crack kokainle ilişkili değildir: ayakta tedavi gören yeni kokain hastalarının yaklaşık % 80'inin kokain hidroklorid (toz kokain), % 20'den azının crack kokain kullandığı rapor edilmiştir. Bununla birlikte, crack kokain kullanıcıları, toz kokain kullananlardan daha marjinal bir sosyal profile sahip olma eğiliminde olduklarından, bu durum tedavi hizmetleri için belirli zorluklar yaratabilmektedir. Kokain kullanımı (toz ve crack kokain) hakkındaki bir Avrupa çalışması crack kullanımı ile sosyal ve ruhsal sağlık sorunları arasında bir bağlantı ortaya koymuş, ancak aynı çalışma tek başına crack kokain kullanımının sosyal ve ruhsal sağlık sorunlarının açıklanmasında yetersiz olduğunu rapor etmiştir (Haasen vd., 2005). İskoçya'da 585 kokain ve crack hastasının incelendiği yeni bir çalışma, crack kullanıcılarının sorunlu uyuşturucu kullanımı geçmişlerinin muhtemelen daha uzun olduğunu ve suç içeren faaliyetlere karışmaya daha eğilimli olduklarını ortaya koymuştur (Neale ve Robertson, 2004, Birleşik Krallık ulusal raporundan alınmıştır).

Ayakta tedavi gören kokain hastalarının profiline bakıldığında, birincil uyuşturucu olarak kokain kullanan yeni hastaların genellikle diğer uyuşturucu tüketicilerinden daha yaşlı oldukları görülmektedir: % 70'i 20-30 yaş grubundayken daha küçük bir grup (% 13) 35 ve 39 yaşları arasındadır <sup>(156)</sup>.

Kokain sıklıkla başka yasadışı veya yasal ikinci bir uyuşturucuyla, genellikle esrar (% 31,6), opioidler (% 28,6) veya alkolle (% 17,4) birarada kullanılmaktadır <sup>(157)</sup>. Uyuşturucu enjekte edenleri konu alan yerel çalışmalar, bazı alanlarda, bir enjeksiyonda eroin ve kokain kombinasyonunun yaygınlaşmakta olabileceğini öne sürmektedir (buna uyuşturucu enjekte edenler tarafından 'speedball' da denmektedir). Opioid ve kokain kombinasyonu şu anda tedavi verilerinde daha çok görülmektedir. Birincil opioid kullanımı bildiren hastaların İtalya'da % 31, Hollanda'da % 42 ve Birleşik Krallık'ta % 44'ü ikincil bir kokain kullanımı bildirmektedir.

Birincil kokain kullanıcıları arasında da İtalya'da % 28 ile Birleşik Krallık'ta % 38 ikincil opioid kullanımı bildirmektedir.

<sup>(150)</sup> Bkz. dipnot (70).

<sup>(151)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-2.

<sup>(152)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-5; İspanya verileri için 2002 raporlama yılına bakınız.

<sup>(153)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-4.

<sup>(154)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-23.

<sup>(155)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil TDI-1.

<sup>(156)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-10.

<sup>(157)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-24.



## Kokain bağımlılığı tedavisi

Kokain veya diğer psikostimülan bağımlılığı için farmakolojik tedaviyi destekleyecek yeterli kanıt bulunmamaktadır. Bununla birlikte, psikostimülan kullanıcıları için farmakoterapi kullanımı hakkında yaptıkları yapılan kapsamlı bir değerlendirmede Shearer ve Gowing (2004), opioid ve nikotin bağımlılığı durumunda başarılı olan ve tedavi gören kullanıcıları çekme ve tutma potansiyeline sahip ikame tedavisinin, uyarıcı (stimülan) kullananlarda henüz gerektiği gibi test edilmediği sonucuna varmaktadır. Crack kokain kullanıcıları arasındaki ruhsal bozukluklara karşı tepkileri de içeren kokain tedavisine

### Kokain bağımlıları için immünoterapi

Metadon gibi agonistler veya naltrekson gibi antagonistlerle tedavi edilebilen eroin bağımlılığının aksine, kokain bağımlılığı için hali hazırda hiçbir tedavi bulunmamaktadır. Bunun sebebi, kokainin beyin nörotransmitörlerinin dopamin ve serotonine etki ettiği hareket mekanizması gibi görünmektedir. Eroin, mu reseptörleri gibi beyin opioid reseptörlerine bağlanarak beyin kendi endorfinlerinin hareketini taklit ederken, kokain bir kez etki ettikten sonra, dopaminin (ve tabii serotoninin) nöronal sinapsisten yeniden emilimini engellediğinden transmittörün birikmesine yol açarak etkisini uzatır ve güçlendirir.

Bu, kokain bağımlılığı için tıbbi bir tedavi geliştirmenin kesinlikle mümkün olmadığı anlamına değil, yalnızca bunu yapmanın daha zor olabileceği ve eroin bağımlılığı tedavilerinin geliştirilmesinde kullanılanlardan farklı kavramlar gerektirebileceği anlamına gelmektedir.

Heyecan verici bir araştırma kolu da immünoterapi, yani uyuşturucunun beyne gitmesini önleyerek kokainin hareketini etkili bir şekilde 'nötralize' edecek bir aşının geliştirilmesidir. Temel kavram sınırlı testlerden geçmiştir. Birleşik Krallık'ta geliştirilen bir aşı, toplamı 18 olan az sayıda kokain bağımlısında, 14 haftalık bir dönem için test edilmiştir. Aşılardan kokain bağımlılarının dörtte üçünün, istenmeyen hiçbir yan etki olmaksızın 3 aylık bir süre boyunca temiz kalmayı başardığı görülmüştür. Buna ek olarak, 6 aydan sonra, hem yeniden başlayanlar hem de başlamayanlar, keyif hissini aşılama öncesinde olduğu kadar güçlü olmadığını ifade etmiştir. Bu bulguların bir sonucu olarak, uyuşturucu-protein bileşiği TA-CD olarak bilinen aşı, klinik testlerin 2. aşamasında bulunmaktadır. Alternatif bir immünoterapötik yaklaşım, kokaine karşı monoklonal antikorlar geliştirilmesiyle ilgilidir ama bu yalnızca klinik öncesi olarak test edilmiştir.

Kokain aşısı TA-CD'nin potansiyel faydası, aşı kullanımı hakkında etik kaygılar yaratmıştır: bunu kimin yapacağı, kimin ve hangi kriterlere dayanarak karar vereceği, vs. gibi.

tepkilerle bu tedavinin etkinliğine dair bir literatür araştırması yakın zamanda EMCDDA tarafından yayımlanmıştır <sup>(158)</sup>.

Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ın da dahil olduğu bazı ülkelerde hali hazırda, kokaini merkezi sinir sistemine ulaşmadan kan dolaşımında durdurabilen antikorlar geliştirmek yoluyla immünoterapi tedavisi seçenekleri oluşturmaya yönelik önemli oranda yatırım yapılmaktadır (kokain bağımlıları için immünoterapi hakkındaki kutuya bakınız). Belirli birkaç psikososyal tedavi müdahalesini birleştirmenin, halen kokain ve diğer psikostimülan kullanıcıları için en umut vadeci tedavi seçeneği olduğu düşünülmektedir. Toplum güçlendirme yaklaşımının (TGY) risk yönetimiyle birleştirilmesinin kısa vadede kokain kullanımını azalttığı görülmüştür (Higgins vd., 2003; Roozen vd., 2004).

TGY, tedavi boyunca hastanın ailesini, arkadaşlarını ve sosyal ağından diğer üyeleri de tedavi sürecine dahil eden ve hastaları sosyal iletişim kurmaları, özgüvenlerini artırmaları, farklı bir yaşam tarzı oluşturmak için bir iş sahibi olmaları ve ödül olarak eğlenceli faaliyetler bulmaları konusunda eğiten, yoğun bir tedavi metodudur (Roozen vd., 2004). Bu yaklaşım hasta davranışını, kendisine anlamlı teşvikler – örneğin kokain bulunmayan idrar numuneleri karşılığında hediyeler, belgeler veya ayrıcalıklar – sunarak etkilemeyi amaçlayan bir yöntem olan risk yönetimiyle birleştirdiğinde, ayakta tedavi gören kokain bağımlılarının uyuşturucu kullanımında ve psikososyal işlevselliği üzerinde tedavi aşaması ile tedavi sonrası döneminde, kokain kullanımına dair etkiler tedavi dönemiyle sınırlı görünmesine rağmen, olumlu etkiler başarılıdır (Higgins vd., 2003).

Kokain ve crack kullanan yüksek derecede sorunlu eroin kullanıcılarına yönelik yeni yaklaşımlar, birincil tedavi hedefi olarak hasar azaltmaya odaklanarak davranışsal terapileri, özellikle de risk yönetimi yaklaşımlarını metadon idame programları veya eroin destekli tedaviyle birarada uygulamaktadır (Schottenfeld vd., 2005; van den Brink, 2005; Poling vd., 2006).

### Hasar azaltma yaklaşımları

Avrupa'da, kokain kullanımını hedefleyen hasar azaltma yaklaşımlarının gelişimi sınırlı olmuştur. Kokain kullanımının yaygınlığına ve buna bağlı sorunlara dair artan bilinçlenme kokain kullanıcılarının ihtiyaçlarına cevap verecek tepkiler geliştirilmesine yönelik ilgiyi artırdığından, bu durum artık değişiyor olabilir. Önleme ve hasar azaltma yaklaşımlarının kokain kullanımına bağlı riskleri azaltmaktaki değeri yeterince araştırılmamıştır ama bu yaklaşımın geliştirilmesi için bazı alanların potansiyeli olabilir. Örneğin, kokain kullanıcılarının, kokain ve alkol kombinasyonlarıyla artan toksitesi, kokain

<sup>(158)</sup> [www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)

kullanımının kalp damar sorunlarıyla potansiyel bağlantısı, kullanıcıların HIV enfeksiyonu riskine daha çok maruz kalmasına yol açan davranış zincirleri veya bir kaza ya da şiddet suçunun mağduru olmak gibi konuları ele alan müdahalelerden faydalanabilmeleri mümkün olacaktır. Kokain kullanımı hızla artabildiğinden, kullanıcıları uyuşturucu kullanmalarına bağlı olarak olumsuz sonuçlarla karşılaşmaya başlayabilecekleri gerçeğine karşı uyarabilecek kısa müdahaleleri araştırmak da önemli olabilir.

Crack kokain kullanımıyla bağlantılı ağır sağlık sorunları ile sosyal sorunlardan dolayı bu grup için hizmet geliştirme konusunda, faaliyetler Avrupa'da ciddi bir crack kokain sorunu yaşamış nispeten az sayıda şehirle sınırlı olmasına rağmen, daha fazla deneyim bulunmaktadır. Bir dizi şehirde crack kokain kullanıcıları, genellikle birlikte çalışılması güç olarak görülen bir grupta meşgul olmaya çalışan sosyal hizmet programları tarafından hedef alınmıştır. Genel olarak kanıt esaslı nispeten zayıf kalmakla beraber, bazı çalışmalar faydaların artabileceğini ileri sürmüştür. Örneğin, Rotterdam'daki yenilikçi bir sosyal hizmet tedavi programına dair bir çalışma (Henskens, 2004, Hollanda ulusal raporundan alınmıştır), geleneksel uyuşturucu hizmetlerine

dahil etmenin genellikle zor olduğu bu hasta grubunu tedavi etmekte önemli olduğu gözlemlenen faktörler saptamıştır.

Crack ve kokainin kompulsif kullanım şekilleri cinsel sağlık açısından daha fazla risk alınmasına yol açabilmekte ve bazı düşük eşikli programlar, daha güvenli seks ve uyuşturucu kullanımı mesajları vermek ve prezervatif ve lubrikant dağıtmak için özellikle crack kullanan seks çalışanlarını hedef almaktadır (cinsiyet hakkındaki seçili yayına bakınız).

Genellikle uyuşturucu enjeksiyonunu hedef alan güvenli tüketim odaları kavramının uyuşturucu teneffüsünü içerecek şekilde genişletildiği Avrupa'nın bazı şehirlerinde daha tartışmalı bir yaklaşım benimsenmiştir. Bazı Hollanda, Alman ve İsviçre şehirlerinde denetim altında teneffüs için odalar açılmıştır (EMCDDA, 2004c). Her ne kadar bu gibi hizmetlerin başlıca hedefi tüketimde hijyen gözetimi olsa da, aynı zamanda başka bakım seçenekleri için de bir mecra görevi görebileceklerine dair bazı kanıtlar vardır; örneğin, Frankfurt, Almanya'daki bir servisin 2004'te 6 aylık bir değerlendirme dönemi boyunca izlenmesi sonucunda 1.400'den fazla tüketim vakası denetlenirken, 332 iletişim konuşması, 40 danışmanlık oturumu ve başka uyuşturucu servislerine 99 sevkiyatın belgelendiği rapor edilmiştir.



## Bölüm 6

# Opioid kullanımı ve uyuşturucu enjeksiyonu

### Eroin arzı ve bulunabilirlik <sup>(159)</sup>

Avrupa'da iki tür ithal eroin bulunmaktadır: yaygın olarak bulunan kahverengi eroin (kimyasal baz şekli) ile tipik olarak Güneydoğu Asya kaynaklı olan, daha az yaygın ve genellikle daha pahalı olan beyaz eroin (bir tuz şekli). Bunun yanında, bazı opioid uyuşturucular AB içerisinde üretilmekle beraber, imalat genellikle bir dizi doğu AB ülkesinde ev yapımı haşhaş ürünlerinin (örneğin haşhaş kamışı, ezilmiş haşhaş sapı veya başlarından elde edilen haşhaş konsantresi) küçük ölçekli üretimiyle sınırlıdır. Bu ülkelere birkaç örnek, haşhaş sapı ve konsantresi piyasasının dengelenmiş görüldüğü Litvanya ile 'Polonya eroini' üretiminin düşmekte olabileceği Polonya'dır (CND, 2006).

### Üretim ve kaçakçılık

Avrupa'da tüketilen eroin ağırlıklı olarak, yasadışı afyon arzında dünya lideri konumunu sürdüren ve 2005'te toplam yasadışı afyon üretiminin yüzde % 89'unu karşılayan Afganistan'da, daha sonra da Myanmar'da (% 7) imal edilmektedir. Toplam yasadışı afyon üretimi, Afganistan'daki Taliban rejimi tarafından uygulanan bir haşhaş tarımı yasağının dramatik ama kısa ömürlü bir düşüşe yol açtığı 2001 haricinde, 1999 ve 2004 arasında görece olarak sabit kalmıştır; 2005'te 4.670 ton üretildiği tahmin edilmekte olup, bu 2004'e oranla % 4'lük bir düşüş anlamına gelmektedir (CND, 2006). Tüm dünyadaki potansiyel eroin üretiminin 2005'te 472 ton olduğu tahmin edilmekteydi (2004'te 495) (UNODC, 2006).

Eroin Avrupa'ya yasadışı iki ana ticaret yolundan girmektedir. Tarihsel açıdan önemli Balkan yolu eroin kaçakçılığında hayati bir rol oynamaya devam etmektedir. Pakistan, İran ve Türkiye'den transit geçen yol daha sonra Yunanistan, Eski Yugoslav Cumhuriyeti Makedonya (FYROM), Arnavutluk, İtalya, Sırbistan, Karadağ ve Bosna Hersek yoluyla güneye ve Bulgaristan, Romanya, Macaristan, Avusturya, Almanya ve Hollanda yoluyla kuzeye ayrılırken Hollanda diğer

Batı Avrupa ülkelerine ikincil bir dağıtım merkezi görevi görmektedir. 2004'teki eroin ele geçirme vakaları güney kolunun, kaçırılan miktar bakımından artık kuzey koluyla aynı önemi kazandığını ortaya koymaktadır (WCO, 2005; INCB, 2006a). 1990'ların ortalarından beri eroin giderek daha fazla (ama Balkan yolları üzerinden olduğundan daha az), 'ipek yolu' üzerinden, orta Asya (özellikle Türkmenistan, Tacikistan, Kırgızistan ve Özbekistan), Hazar Denizi ile Rusya Federasyonu, Belarus veya Ukrayna yoluyla Avrupa'ya, Estonya, Letonya, Kuzey ülkelerinden bazıları ve Almanya'ya kaçırılmaktadır (Reitox Ulusal Raporları, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Bu yollar en önemlileri olmakla beraber, Arabistan Yarımadası'ndaki ülkeler (Umman, Birleşik Arap Emirlikleri), Güney ve Güney Batı Asya'dan Avrupa'ya gidecek eroin sevkiyatları için transit yerleri haline gelmiştir (INCB, 2006a). Bunun yanında, 2004 yılında Doğu ve Batı Afrika, Karayipler ile Orta ve Güney Amerika'da Avrupa'ya (ve Kuzey Amerika'ya) kaçırılması planlanan eroin ele geçirilmişti (CND, 2006).

### Ele geçirmeler

2004 yılında, tüm dünyada 210 ton afyon (veya 21 ton eroin dengi), 39,3 ton morfin ve 59,2 ton eroin ele geçirilmiştir. Asya (% 50) ve Avrupa (% 40) tüm dünyada en büyük miktarlarda eroin ele geçirilen yerler olmaya devam etmiştir. Avrupa'nın bundaki payı, büyük ölçüde Güneydoğu Avrupa ülkelerindeki (Türkiye) ele geçirme vakalarının artmasının (Batı ve Orta Avrupa'da yakalanan miktarı ilk kez geçmiştir) bir sonucu olarak artmaktadır (CND, 2006).

2004'te, tahmini 46.000 ele geçirme, rapor eden ülkelerde 19 ton civarında eroine el konmasıyla sonuçlanmıştır. En büyük ele geçirme sayısını bildirmeye devam eden Birleşik Krallık'ın arkasından Almanya ve İtalya gelirken Türkiye, 2004'te yakalanan toplam miktarın neredeyse yarısına karşılık gelen en büyük miktarları ele geçirmiştir (ardından İtalya ve Birleşik Krallık gelmektedir) <sup>(160)</sup>. 1999-2004

<sup>(159)</sup> Bkz. 'Ele geçirme vakaları ile diğer pazar verilerinin yorumlanması', s. 37.

<sup>(160)</sup> Bu bilgi, eksik 2004 verileri sağlandığında bunlarla karşılaştırılmalı olarak kontrol edilmelidir. 2004'teki hem eroin ele geçirmelerinin sayısı hem de ele geçirilen eroin miktarlarına dair veriler İrlanda ve Birleşik Krallık için mevcut değildir; ele geçirmelerinin sayısına dair veriler 2004'te Hollanda için mevcut değildir. Değerlendirme amacıyla, eksik 2004 verileri yerine 2003 verileri kullanılmıştır. Hollanda tarafından sağlanan 2004'te ele geçirilen miktarlara dair veriler yalnızca tahmini değerler olduğundan 2004 eğilimlerinin analizinde kullanılmamıştır.

döneminde eroin ele geçirme vakalarında iniş çıkışlar yaşanmış ve rapor eden ülkelerden elde edilen verilere dayanarak, 2002-03'te gözlemlenen düşüşü 2004'te bir artışın izlediği görülmüştür <sup>(161)</sup>. 5 yıllık 1999-2004 döneminde, ele geçirilen toplam miktarlar sürekli artarak, özellikle Türkiye'de ele geçirilen eroin miktarı 2004'te önceki yılın neredeyse iki katı olduğundan, 2004'te rekor bir seviyeye ulaşmıştır <sup>(162)</sup>.

### Fiyat ve saflık

2004 yılında, kahverengi eroinin ortalama perakende fiyatı, Türkiye'de gram başına 12 euro'dan İsveç'te gram başına 141 euro'ya kadar Avrupa'da büyük çeşitlilik gösterirken beyaz eroinin perakende fiyatı Belçika'da gram başına 31 euro'dan İsveç'te 202 euro'ya kadar ve özelliiksiz türden eroinin fiyatı da Slovenya'da gram başına 35 euro'dan Birleşik Krallık'ta gram başına 82 euro'ya kadar değişmekteydi <sup>(163)</sup>. 1999-2004 için mevcut veriler çoğu rapor eden ülkede, eroinin enflasyona göre düzeltilen ortalama fiyatında <sup>(164)</sup> bir düşüş göstermektedir <sup>(165)</sup>.

2004'te kullanıcı düzeyindeki kahverengi eroinin ortalama saflığı Bulgaristan'da % 10'dan Türkiye'de % 48'e kadar değişirken, beyaz eroinin ortalama saflığı Almanya'da % 20 ile Danimarka'da % 63 arasında ve özelliiksiz türden eroinin de Macaristan'da % 16 ile Hollanda'da <sup>(166)</sup> % 42-50 arasında <sup>(167)</sup> değişiyordu. Eroin ürünlerinin ortalama saflığı rapor eden ülkelerin çoğunda 1999'dan beri dalgalandığından <sup>(168)</sup>, herhangi bir genel eğilim saptamak güçleşmektedir.

### Eroin imalatı ve kaçakçılığına karşı uluslararası eylem

Asetik anhidrit <sup>(169)</sup>, yasadışı eroin imalatında kullanılan önemli bir öncül maddedir. Operasyon Topaz, yasal asetik anhidrit ticaretini izlemek ve saptırımı yöntemleri ile yollarını araştırmak amaçlı uluslararası bir girişimdir (INCB, 2006b). Önemli ölçüde yasal asetik anhidrit ticareti yapıldığından kontrol edilmesi güçtür. Bu durum, 2001'den

beri 22 ihracatçı ülke/bölgenin INCB'ye 1.350.000 tonun üzerinde asetik anhidritle ilgili 7.684 ihraç öncesi bildirim sunmuş olması gerçeğiyle ortaya konmaktadır. Türkiye'deki ele geçirme vakalarının (2004'te 1.600 litre) son yıllarda önemli oranda düşmüş olması, kaçakçıların belki de yeni saptırımı yolları ve yöntemleri geliştirdiğine işaret etmektedir. 2004 yılında, ilk kez olarak, Avrupa'daki (Bulgaristan) ele geçirmelerin Güneybatı Asya kaynaklı olduğu saptanmıştır (INCB, 2006b). Operasyon Topaz'ın uluslararası ticareti izlemeye ilişkin yönlerinin başarılı olduğu görülmüş olmakla beraber, Afganistan ve komşu ülkeleri dahilinde asetik anhidrit kaçakçılığı için kullanılan yolları saptamakta ve kesmekte pek ilerleme kaydedilememiştir (INCB, 2006b).

Europol'un yürüttüğü Hardal Projesi AB'ye yönelik ve AB içerisinde faaliyet gösteren ve başta eroin olmak üzere uyuşturucu kaçakçılığı yapan Türk ve bağlantılı suç gruplarını saptamayı ve hedeflemeyi amaçlamaktadır. Katılımcı devletlerdeki canlı soruşturmalara operasyonel destek sağlamak ve Türk organize suç grupları ile bağlantılı grupların faaliyetlerine dair içgörü sunmak yoluyla stratejik istihbarat resmini geliştirmektedir (Europol, 2006).

### Sorunlu opioid kullanımının yaygınlık tahminleri

Bu bölümdeki veriler, 'enjekte ederek uyuşturucu kullanımı veya uzun süreli/düzenli eroin, kokain ve/veya amfetamin kullanımını' ele alan EMCDDA sorunlu uyuşturucu kullanımı (SUK) göstergesinden temin edilmiştir. Tarihsel olarak, sorunlu uyuşturucu kullanımı tahminleri, raporun başka bölümlerinde de öne sürüldüğü gibi amfetamin kullanıcıları birkaç ülkede önemli bir bileşen teşkil etse de, öncelikle eroin kullanımını yansıtmıştır.

Sorunlu opioid kullanımını tahminlerini değerlendirirken, kullanım şekillerinin giderek farklılaştığı akıldan tutulmalıdır. Örneğin, çoklu uyuşturucu kullanımı sorunları çoğu ülkede giderek daha çok önem kazanırken, tarihsel olarak opioid sorunlarının baskın olduğu bazı ülkeler artık başka

<sup>(161)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-7.

<sup>(162)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo SZR-8.

<sup>(163)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-2.

<sup>(164)</sup> Tüm ülkelerde paranın değeri için 1999 temel yıl olarak alınmıştır.

<sup>(165)</sup> 1999-2004 döneminde, eroin fiyatlarına dair veriler, kahverengi eroin için Belçika, Çek Cumhuriyeti, İspanya, Fransa, İrlanda, Lüksemburg, Polonya, Portekiz, Slovenya, İsveç, Birleşik Krallık, Norveç, Bulgaristan, Romanya ve Türkiye'de; beyaz eroin için Çek Cumhuriyeti, Almanya, Fransa, Letonya ve İsveç'te ve özelliiksiz türden eroin için Litvanya ve Birleşik Krallık'ta en az üç ardışık yıl için mevcuttu.

<sup>(166)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-6.

<sup>(167)</sup> Bu iki oran iki farklı izleme sisteminden alınan verilere karşılık gelmektedir (bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo PPP-6 (bölüm iii); % 50 oranı yalnızca bir örneğe dayandığından dikkatli olmayı gerektirmektedir.

<sup>(168)</sup> 1999-2004 döneminde, eroin saflığına dair veriler, kahverengi eroin için Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İspanya, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Avusturya, Portekiz, Slovakya, Birleşik Krallık, Norveç ve Türkiye'de; beyaz eroin için Danimarka, Almanya, Estonya, Finlandiya ve Norveç'te ve özelliiksiz türden eroin için Belçika, Litvanya, Macaristan ve Hollanda'da en az üç ardışık yıl için verilmiştir.

<sup>(169)</sup> 1988 Sözleşmesi'nde Tablo I kapsamında listelenmiştir.

uyuşturuculara doğru değişimler rapor etmektedir. Çoğu eroin kullanıcılarının artık opioidlerin yanı sıra uyarıcılar ve başka uyuşturucular da kullandıkları düşünülmektedir ancak AB düzeyinde çoklu uyuşturucu kullanımına dair güvenilir veriler elde etmek çok zordur (bkz. Bölüm 8).

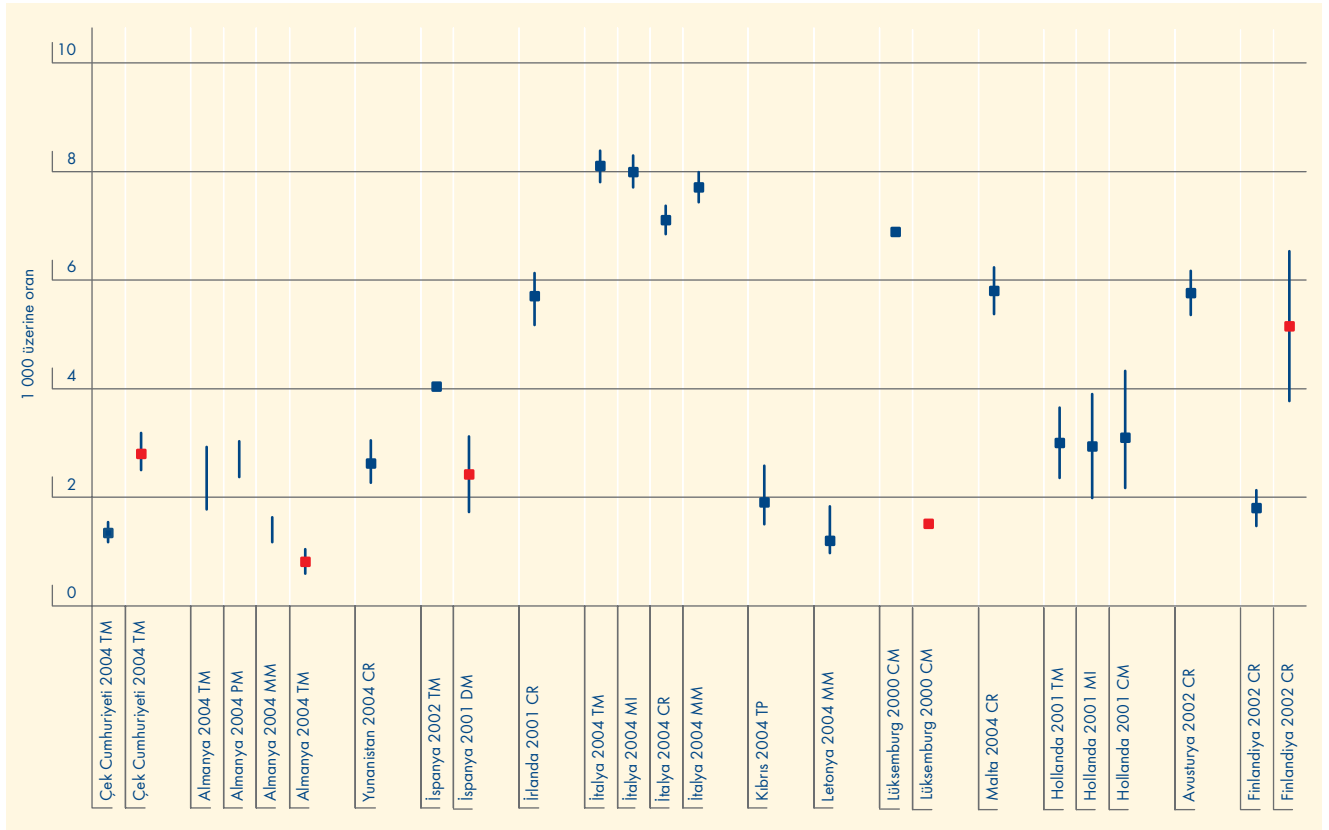
Genel bir farklılaşma eğilimine rağmen, pek çok ülkede sorunlu uyuşturucu kullanımı tahminleri özellikle birincil madde olarak eroin veya başka opioidlerin sorunlu kullanımına dayanmaktadır. Bu durum, çoğu zaman SUK oranlarına çok benzeyen tahmini sorunlu opioid kullanımı oranlarında görülebilmektedir (bkz. Şekil 8) <sup>(170)</sup>. Diğer ülkelerde opioid dışındaki sorunlu kullanım yaygınlığının, neredeyse görmezden gelinilebilir bir oranda mı olduğu, yoksa belki de dikkate değer olup değerlendirilmesi fazla zor mu olduğu açık değildir.

Sorunlu opioid kullanıcılarının sayısını tahmin etmek güçtür ve mevcut veri kaynaklarından yaygınlık rakamları elde etmek için çok hassas nitelikte analizler gerekmektedir. Bunun

yanında, tahminler genellikle coğrafi olarak belirlenmiş olup ulusal değerlendirmeler yapmak amacıyla tahminde bulunmak güvenilir olmayabilir.

2000-04 döneminde ulusal düzeyde sorunlu opioid kullanımı yaygınlığına yönelik tahminler (tahminlerin orta noktalarına dayanarak) 15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına-1 ila 8 vaka arasında değişmektedir. Tek bir ülke için farklı yöntemler kullanıldığında sonuçlar büyük ölçüde tutarlı olmakla beraber, sorunlu opioid kullanımının tahmini yaygınlık oranları ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Malta ve Avusturya daha yüksek sorunlu opioid kullanımı tahminleri rapor ederken (15-64 yaşındaki 1.000 vatandaş başına 5-8 vaka) Çek Cumhuriyeti, Almanya, Yunanistan, Kıbrıs, Letonya ve Hollanda daha düşük oranlar rapor eden ülkelerdir (15-64 yaşındaki 1.000 vatandaş başına dört vakadan az) (Şekil 8). Şu an elde bulunan iyi belgelenmiş en düşük tahminlerden bazıları yeni AB ülkelerinden olmakla beraber Malta'da daha yüksek

**Şekil 8:** 2000-04, sorunlu opioid ve stimulant kullanımı yaygınlığı tahminleri (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına oranı)



**Not:** ■ Kırmızı kareler stimulant kullanımını gösterir, diğer kareler opioid kullanımıdır  
MM, ölüm oranı çarpanı; CR, yakalama-tekrar yakalama; TM, tedavi çarpanı; PM, polis çarpanı; MI, çokdeğişkenli gösterge; KP, kesilmiş Poisson; CM, kombine yöntemler. Daha fazla bilgi için bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolarda PDU-1, PDU-2 ve PDU-3. Sembol bir nokta tahminini, bir çubuk ise, % 95'lik bir güven aralığı veya hassaslık analizine dayanan bir aralık olabilen bir kararsızlık düzeyini göstermektedir. Hedef gruplar, farklı yöntemlere ve veri kaynaklarına bağlı olarak çok küçük farklılıklar gösterebileceğinden karşılaştırmalar dikkatle yapılmalıdır.

**Kaynaklar:** Ulusal odak noktaları.

<sup>(170)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil PDU-1 (bölüm i).

bir yaygınlık rapor edilmiştir (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 5,4-6,2 vaka). Sınırlı sayıdaki verilere dayanarak sorunlu opioid kullanımına dair 15-64 yaşındaki nüfusta 1.000 kişi başına iki ila sekiz vakalık genel bir AB yaygınlık oranı çıkarılabilir. Ancak bu tahminler hala sağlam olmaktan uzaktır ve daha çok veri elde edildikçe düzenlenmeleri gerekecektir. Özel olarak sorunlu opioid kullanımına dair yerel ve bölgesel tahminler bulunmamaktadır; ancak sorunlu uyuşturucu kullanımına ilişkin elde edilen veriler (uyarıcı ve diğer uyuşturucuların kullanımı dahil), yaygınlık bakımından şehirler ve bölgeler arasında büyük farklar olduğunu düşündürmektedir. 2000-04 döneminde en yüksek yerel yaygınlık tahminleri İrlanda, Portekiz, Slovakya ve Birleşik Krallık'tan bildirilmiş olup bunlar 1.000 kişi başına 15 ila 25 oranlarına ulaşmaktadır<sup>(171)</sup>. Coğrafi çeşitlilik, beklenilebileceği gibi, yerel düzeyde de belirgindir; örneğin, Londra'nın farklı bölgelerindeki yaygınlık 1.000 kişi başına 6 ile 25 vaka arasında değişmektedir. Yerel yaygınlık

oranlarındaki büyük farklılıklar genelleme yapmayı güçleştirmektedir.

### Sorunlu opioid kullanımında zamansal eğilimler

Güvenilir ve tutarlı tarihsel veri yokluğu, sorunlu opioid kullanımında zaman içerisindeki eğilimlerin değerlendirilmesini karmaşıklaştırmaktadır. Toplanmış olan kanıtlar, sorunlu opioid kullanımı yaygınlığının ülkeler arasında büyük farklılık gösterdiğini ve eğilimlerin AB genelinde tutarlı olmadığını göstermektedir. Bazı ülkelerden elde edilen, başka belirleyici verilerle desteklenen raporlar sorunlu opioid kullanımının 1990'ların ortalarından sonlarına kadar artmaya devam ettiğine (Şekil 9) ama daha yakın yıllarda dengelenmiş veya düşmüş gibi görüldüğüne işaret etmektedir. 2000-2004 dönemi için sorunlu opioid kullanımına dair tekrarlanan tahminler yedi ülkede mevcuttur (Çek Cumhuriyeti, Almanya, Yunanistan, İspanya, İrlanda,

### Hapishanelerdeki uyuşturucu kullanıcıları

Mahkumlar arasında uyuşturucu kullanımına dair bilgiler parçalıdır. Avrupa'daki mevcut verilerin pek çoğu, yerel düzeyde ulusal hapishane sisteminin temsilcisi olmayan kurumlarda ve genişlik bakımından önemli farklar gösteren mahkum örnekleri kullanılarak gerçekleştirilen, özel çalışmalardan elde edilmiştir. Dolayısıyla, incelenen toplulukların özellikleri arasındaki farklılıklar – ülkeler içerisinde ve arasındaki – araştırmalar arasındaki verilerin karşılaştırmalarının yanı sıra sonuçların değerlendirilmesini ve eğilim analizini de sınırlandırmaktadır. Çoğu Avrupa ülkesi tarafından hapishane nüfusu arasında son 5 yıldaki (1999-2004) uyuşturucu kullanımı hakkında veriler temin edilmiştir<sup>(1)</sup>. Bunlar, uyuşturucu kullanıcılarının, genel nüfusa karşılaştırıldığında, hapishanede fazlasıyla temsil edildiğini göstermiştir. En azından bir kez yasadışı uyuşturucu kullanmış olduğunu rapor eden tutukluların oranı, hapishaneler ve tutuklevlerinde değişiklik göstermekte ama ortalama oranlar Macaristan ve Bulgaristan'da üçte bir veya daha azından, Hollanda, Birleşik Krallık ve Norveç'te üçte iki veya daha fazlasına kadar değişmekte olup çoğu ülke % 50 civarında yaşam boyu yaygınlık oranları rapor etmiştir (Belçika, Yunanistan, Letonya, Portekiz, Finlandiya). Kokain için % 3-57'lik, amfetaminler için %2-59'luk ve eroin için % 4-60'lık yaşam boyu yaygınlık oranlarıyla karşılaştırıldığında, esrar, mahkumlar arasında % 4 ve % 86 arasında değişen yaşam boyu yaygınlık oranlarıyla, en yaygın olarak kullanılan yasadışı uyuşturucudur<sup>(2)</sup>.

Mahkumların % 8-73'ü, hapishaneye girmeden öncesine dair düzenli uyuşturucu kullanımı veya bağımlılık bildirirken, hapishane mevcudu arasında uyuşturucu enjekte etmenin yaşam boyu yaygınlık oranı % 7-38'dir<sup>(3)</sup>.

Her ne kadar uyuşturucu kullanıcılarının çoğu hapishaneye girdikten sonra uyuşturucu kullanmayı (ve/veya uyuşturucu enjekte etmeyi) azaltsa veya bıraksada da, bazı tutuklular devam etmekte ve bazıları da hapishanedeyken uyuşturucu kullanmaya başlamaktadır. Mevcut araştırmalara göre, mahkumların % 8-51'i hapishanede uyuşturucu kullanmıştır, % 10-42'si düzenli uyuşturucu kullanımı bildirmektedir ve % 1-15'i hapishanedeyken uyuşturucu enjekte etmiştir<sup>(4)</sup>. Bu durum, bulaşıcı hastalıkların potansiyel yayılmasına yönelik olarak, özellikle de steril enjeksiyon ekipmanına erişim ile hapishane mevcudu arasında paylaşma uygulamalarına ilişkin bazı sorunlar yaratmaktadır.

Çek Cumhuriyeti (1996-2002), Danimarka (1995-2002), Litvanya (2003/2004), Macaristan (1997/2004), Slovenya (2003/2004) ve İsveç'te (1997-2004) gerçekleştirilen ve tekrarlanan anketler, tutuklular arasında çeşitli uyuşturucu türlerinin yaygınlığında bir artış gösterirken, Fransa (1997/2003) enjekte edenlerin hapishane mevcuduna oranında dikkate değer bir düşüş rapor etmektedir<sup>(5)</sup>.

(1) Son 5 yılda (1999-2004) gerçekleştirilen çalışmaları rapor eden ve hapishane mevcudları arasındaki uyuşturucu kullanımı şekillerine dair veri temin eden ülkeler Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Almanya, Yunanistan, Fransa, İrlanda, İtalya, Letonya, Litvanya, Macaristan, Malta, Hollanda, Avusturya, Portekiz, Slovenya, Slovakya, Finlandiya, İsveç, Birleşik Krallık, Bulgaristan ve Norveç'tir.

(2) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DUP-1 ve Şekil DUP-1.

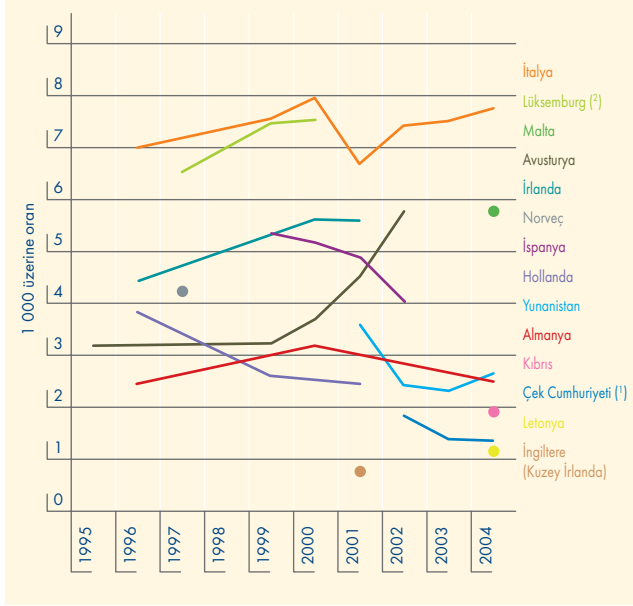
(3) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolara DUP-2 ve DUP-5.

(4) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolara DUP-3 ve DUP-4.

(5) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DUP-5.

(171) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil PDU-6 (bölüm i).

**Şekil 9:** 1995-2004, sorunlu opioid kullanımı yaygınlığındaki eğilimler (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına oranı)



(<sup>1</sup>) 18-64 yaş grubu için tahminler.

(<sup>2</sup>) 15-54 yaş grubu için olan verilerden hesaplanmıştır.

Not: Yöntemlerin devre boyunca benzer olduğu yerlerde zaman dizileri birleştirilmiştir. Daha fazla bilgi için bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolar PDU-1, PDU-2 ve PDU-3.

Kaynaklar: Ulusal odak noktaları.

İtalya, Avusturya): dört ülke (Çek Cumhuriyeti, Almanya, Yunanistan, İspanya) sorunlu opioid kullanımında bir düşüş rapor ederken bir ülke artış rapor etmiştir (Avusturya – ama bu dönemde veri toplama sistemi değiştiğinden bunu yorumlamak zordur). İlk kez tedaviye başlayan kişilerden elde edilen kanıtlar, sorunlu opioid kullanımı oranının genel olarak yavaş yavaş düşmekte olabileceğini gösterdiğinden, yakın gelecekte yaygınlık oranlarında da bir düşüş beklenmelidir.

## Enjekte ederek uyuşturucu kullanımı

Enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları (EUK), ağır bulaşıcı hastalıklar veya aşırı doz gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşma açısından çok yüksek risk altındadır. Bundan dolayı uyuşturucu enjeksiyonunu ayrıca ele almak önemlidir.

Kamu sağlığı açısından teşkil ettiği öneme rağmen, ulusal veya ulus altı düzeyde enjekte ederek uyuşturucu kullanımı konusunda tahmini bilgi veren ülke sayısı azdır (<sup>172</sup>).

Bu bölümde, her ne kadar tedavi gören eroin kullanıcıları (aşağıya bakınız) arasındaki EUK'ların oranındaki eğilimler doğal olarak eroin enjekte etmeye özel de olsa, EUK

tahminleri, verilerin azlığından ötürü birincil uyuşturucuya göre sınıflandırılmamıştır.

Enjekte ederek uyuşturucu kullanımı hakkındaki mevcut verilerin çoğu, ya ölümcül aşırı doz oranlarından ya da bulaşıcı hastalık (HIV gibi) verilerinden elde edilmektedir. Eldeki veriler ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir: 2000 yılından beri, ulusal düzeydeki tahminler çoğunlukla 15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına bir ila altı vaka arasında değişmiş olup 2000 öncesi için daha yüksek tahminler mevcuttur. 2000'den beri, tahminlerin mevcut olduğu ülkeler arasında enjekte ederek uyuşturucu kullanımına dair en yüksek ulusal yaygınlık oranlarını, 15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına yaklaşık altı vakayla Lüksemburg ve Avusturya rapor etmiştir. En düşük tahminler, 1.000 kişi başına bir vakanın biraz üzerinde bir oranla Kıbrıs ve Yunanistan'dan bildirilmiştir.

Zamansal eğilimlerin mevcut olduğu yerlerde, bunlar genel bir model oluşturmadığından bazı ülkeler ve bölgelerde düşüşler (örneğin İskoçya, Birleşik Krallık), diğerlerinde ise artışlar ortaya çıkmaktadır. Bununla beraber, bu alandaki veri eksikliği net bir tablo oluşturmanın mümkün olmadığı anlamına gelmektedir.

Tedaviye başlayan eroin kullanıcıları arasındaki mevcut enjekte edenlerin oranını izlemek, enjekte ederek uyuşturucu kullanımının genel halk arasındaki yaygınlığının izlenmesinde önemli bir tamamlayıcı unsurdur. Ancak gözlemlenen oranların, enjekte ederek uyuşturucu kullanımının tamamının yaygınlık eğilimlerini yansıtmıyor olabileceğini unutmamak gerekir. Örneğin, yüksek oranda uyarıcı kullanıcısı olan ülkelerde (Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Finlandiya, İsveç), eroin kullanıcıları arasında enjekte etme oranları genel durumu temsil etmiyor olabilir.

Uyuşturucu tedavisine başlayan birincil eroin kullanıcıları arasında EUK'ların oranı yine, enjekte ederek uyuşturucu kullanımı seviyelerinde hem ülkeler arasında belirgin farklar hem de zaman içerisinde değişen eğilimler ortaya koymaktadır (<sup>173</sup>). Bazı ülkelerde (İspanya, Hollanda ve Portekiz) tedavi gören eroin kullanıcılarının nispeten küçük bir oranı enjekte ederken, diğer ülkelerde eroin kullanımının başlıca şekli hala enjeksiyon gibi görünmektedir. Veri bulunan bazı AB-15 Üye Devletleri'nde (Danimarka, Yunanistan, İspanya, Fransa, İtalya ve Birleşik Krallık), tedavi altındaki eroin kullanıcıları arasında enjekte etme oranları düşmüştür. Bununla beraber, yeni Üye Devletler'in çoğunda, en azından veri bulunanlarda, tedaviye başlayan eroin kullanıcılarının büyük bir oranı enjekte edenlerden oluşmaktadır.

(<sup>172</sup>) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil PDU-7.

(<sup>173</sup>) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil PDU-3 (bölüm i).



## Tedavi talebi verileri <sup>(174)</sup>

Pek çok ülkede, opioidler (büyük oranda eroin) hastaların tedavi olmak istedikleri başlıca uyuşturucudur. Tedavi talep göstergesi kapsamında 2004 için rapor edilen toplam tedavi taleplerinden, vakaların yaklaşık % 60'ında başlıca uyuşturucu olarak opioidler kaydedilmiş olup, bu hastaların yarısından yalnızca biraz fazlası (% 53) uyuşturucuyu enjekte ettiğini bildirmiştir <sup>(175)</sup>. Tedavi talep göstergesinin, çok daha büyük sayıda olan opioid tedavisi gören herkesi değil, yalnızca raporlanan yılda tedavi talep eden hastaları kapsadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Eroin kullanımı için tedavi görmek isteyen hastaların oranı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Mevcut en yeni verilere dayanarak, ülkeler, tedavi görmek isteyen sorunlu eroin kullanımı bildiren uyuşturucu kullanıcılarının oranına göre aşağıdaki şekilde üç gruba ayrılabilir:

- % 50 'nin altında – Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Macaristan, Hollanda, Polonya, Slovakya, Finlandiya, İsveç;
- % 50–70 – Almanya, İspanya, Fransa, İrlanda, Kıbrıs, Letonya, Portekiz, Birleşik Krallık, Romanya;
- % 70'in üzerinde – Yunanistan, İtalya, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Slovenya, Bulgaristan <sup>(176)</sup>.

Önemli oranda opioid hastasının eroin dışında maddeler kullandığı ülkeler arasında, ev yapımı haşhaş ürünlerinin yaygın olduğu Macaristan ile çoğu opioid hastasının buprenorfin alışkanlığı olan Finlandiya bulunmaktadır <sup>(177)</sup>. Çoğu opioid kullanıcısı, diğer uyuşturucu kullanıcılarında olduğu gibi, ayakta tedavi görmek istemektedir; bununla beraber, kokain ve esrar hastalarıyla karşılaştırıldığında, daha yüksek oranda opioid hastası yataklı tedavi merkezlerinde tedavi görmektedir.

Her yıl önemli sayıda yeni eroin hastası olan çoğu ülke (raporlama tabanının genişletildiği Almanya dışında), daha önce tedavi görmüş hastalar arasında olmasa da, son 4-5 yılda bir düşüş meydana geldiğini bildirmiştir. Tekrar taleplerinin sayısı genel olarak düşmemiştir ve çoğu ülkede eroin için tedavi taleplerinin toplam sayısı aşağı yukarı sabit kalmıştır. Buna önemli istisnalar, rapor edilen toplam taleplerin düşmüş olduğu Almanya ve Birleşik Krallık'tır.

Bununla birlikte, genel olarak, eroin için yapılan tedavi taleplerinin (bütün ve yeni talepler) yüzdesi düşmüştür; yeni taleplere ilişkin olarak bu oran, 1999 ve 2004 arasında esrar ve kokain tedavisi taleplerindeki artışların karşısında üçte iki civarından yaklaşık % 40'a düşmüştür <sup>(178)</sup>.

Daha önce opioid kullanımı için tedavi görmek isteyen hasta nüfusunun yaşlanmakta olduğu rapor edilmiş ve bu eğilim 2004 yılında sürmüştür. Tedavi görmek isteyen opioid kullanıcılarının neredeyse tümü 20'nin ve yaklaşık yarısı da 30 yaşın üzerindedir. Avrupa düzeyinde mevcut veriler yalnızca küçük bir opioid kullanıcı grubunun (% 7'den az) ilk tedavi talebini 20 yaşından önce yaptığını göstermektedir <sup>(179)</sup>. Eroin kullanımı için tedavi görmek isteyen çok genç kişilere (15 yaşından küçük) dair raporlar nadiren bulunmaktadır <sup>(180)</sup>. Örneğin Sofya, Bulgaristan'da 11-12 yaşında çocuklar bildirilmiştir ama genellikle eroin için tedavi talebi gençler arasında nadir gibi görünmektedir.

Opioid hastalarının düşük eğitim seviyeleri, yüksek işsizlik oranları ve genellikle istikrarsız yerleşmeyle toplumda marjinalleşmiş oldukları rapor edilmektedir; İspanya opioid hastalarının % 17-18'inin evsiz olduğunu bildirmektedir.

Çoğu opioid hastası, bu uyuşturucuları ilk kez 15 ve 24 yaşları arasında kullandığını, yaklaşık % 50'si uyuşturucuyu ilk kez 20 yaşından önce kullandığını bildirmektedir <sup>(181)</sup>. İlk kullanım ile ilk tedavi talebi arasındaki zaman aralığı genellikle 5 ila 10 yıl olduğundan ve başlangıç ile düzenli uyuşturucu kullanımı arasındaki zamanın da 1,5-2,5 yıl olduğu tahmin edildiğinden (Finlandiya ulusal raporu), opioid hastalarının ilk kez özel tedavi istemeden önce tipik olarak 3-7 yıl düzenli uyuşturucu kullandıkları sonucu çıkarılabilmektedir.

Avrupa'da, ayakta tedavi merkezlerinde tedavi görmek isteyen ve yönetime giden yolu bilen yeni opioid hastalarının yarısından yalnızca biraz fazlası uyuşturucuyu enjekte etmektedir. Genelde, enjekte etme seviyeleri yeni Üye Devletler'de tedavi görmek isteyen opioid hastaları arasında (% 60'ın üstünde) AB-15 Üye Devletleri'nde olduğundan (% 60'ın altında) daha fazla olup, hastalar arasında opioid enjekte edenlerin oranının sırasıyla % 74 ve % 79,3 olduğu İtalya ve Finlandiya buna istisna oluşturmaktadır. Opioid hastaları arasında enjekte edenlerin oranı Hollanda'da en düşük (% 13) ve Letonya'da en yüksektir (% 86) <sup>(182)</sup>.

<sup>(174)</sup> Bkz. dipnot (70).

<sup>(175)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil TDI-2 ve Tablo TDI-5.

<sup>(176)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-5.

<sup>(177)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-26; Reitox Ulusal Raporları.

<sup>(178)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil TDI-1.

<sup>(179)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-10.

<sup>(180)</sup> www.communitycare.co.uk

<sup>(181)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-11.

<sup>(182)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo TDI-17.

## Opioid bağımlılığı tedavisi

2005-12 AB uyuşturucu stratejisi, tedavinin bulunabilirliği ve tedaviye erişimi iyileştirmeye yüksek öncelik tanımakta olup Üye Devletler'i kapsamlı etkin tedaviler sunmaya çalışmaktadır. Tarihsel olarak yatılı tedavi, sorunlu opioid kullanıcılarının tedavisi için önemli bir ortam oluşturmuştur. Bununla beraber, tedavi seçeneklerinin artan çeşitliliği ile özellikle ikame tedavisinin belirgin ölçüde yaygınlaşması, yatılı bakımın görece öneminin azaldığı anlamına gelmiştir.

Avrupa'da opioid sorunları için farklı tipte tedavilerin görece bulunabilirliğine dair veriler hali hazırda sınırlıdır. Çoğu Üye Devlet'teki (16) uzmanlar, bir EMCDDA anketine cevaben, ikame tedavisinin bulunan başlıca tedavi şekli olduğunu belirtmiştir. Ancak dört ülkede (Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya ve Slovakya), uyuşturucusuz tedavinin daha yaygın olduğu ve iki ülke, İspanya ve İsveç'te de, tıbbi destekli tedavi ile uyuşturucusuz tedavi seçenekleri arasında denge olduğu rapor edilmiştir.

Opioid bağımlılığı için ikame tedavisi (özellikle metadon veya buprenorfinle tedavi) tüm Üye Devletler'in yanı sıra <sup>(183)</sup>, Bulgaristan, Romanya ve Norveç'te de uygulanmakta olup, her ne kadar bazı ülkelerde hassas bir konu olarak kalsa da, Avrupa'da sorunlu opioid kullanıcılarının tedavisi için faydalı bir yaklaşım olduğuna dair artık ciddi bir fikir birliği bulunmaktadır (bkz. Bölüm 2). İkame tedavisinin rolü uluslararası bağlamda daha az tartışılabilir hale gelmektedir; BM sistemi 2004 yılında ikame idame terapisi hakkında bir ortak tutum almıştır (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004) ve WHO, Haziran 2006'da hem metadonu hem buprenorfini temel ilaçlar model listesine dahil etmiştir.

Artık metadon veya buprenorfin gibi uyuşturucuları kullanan ikame programlarının değerine yönelik sağlam bir kanıt temeli bulunmaktadır. Çalışmalar şunu göstermiştir ki ikame terapisi yasadışı uyuşturucuların azalan kullanımı, azalan enjekte etme oranları, eşya paylaşımı gibi yüksek HIV veya başka bulaşıcı hastalık yayılması riskine yol açan davranışlarda azalma ile sosyal beceriler ve genel sağlıkta düzelmelere neden olmuştur. Araştırmalar ayrıca, suç içeren faaliyet düzeylerinin azaltılabileceğini ve ikame tedavisinin yeterince sağlanmasının uyuşturucuya bağlı ölümlerin sayısı üzerinde bir etkisi olabileceğini göstermiştir. Optimum sonuçlar programa vakitli katılma, ikame tedavisinin yeterli uzunlukta ve süreklilikte olması ile doğru dozlarda ilaç tedavisine bağlıdır.

Metadon Avrupa'da en sık öngörülen ikame tedavisi olmaya devam ederken, tedavi seçenekleri hala genişlemektedir.

ve buprenorfin artık kullanıldığı bildirilen tüm ülkelerde idame tedavisi için resmen onaylanıp onaylanmadığı açık olmasa da, 19 AB ülkesi, Norveç ve Bulgaristan'da bulunmaktadır. Yüksek dozda buprenorfin tedavisinin Avrupa'da yalnızca 10 yıl önce başladığı göz önüne alındığında, bu uyuşturucunun tedaviye yönelik bir seçenek olarak gördüğü rağbet oldukça hızlı artmıştır (bkz. Şekil 1) <sup>(184)</sup>.

Uzun vadeli uyuşturucu ikamesi opioid farmakoterapisinin tek amacı değildir. Terapinin hedefi, çekilmenin ıstırabını en aza indirmeye yardımcı olmak için belirli bir süre boyunca azalan bir doz vererek bireyin bırakmasına yardım etmek olduğunda, opioid çekilmesini tedavi etmekte de metadon ve buprenorfin kullanılmaktadır. Opioid bağımlılığı için caydırıcı bir farmakoterapi seçeneği olan opioid antagonisti naltrekson da, bu uyuşturucunun kullanımı için kanıt temeli hala yeterli olmasa da, eroinin etkilerini bloke ettiğinden bazen nüksetmeyi önlemeye yardımcı olarak kullanılmaktadır. Bu gibi tedavi gören hastaların sayısı uyuşturucu ikamesinin diğer biçimlerine oranla çok küçük de olsa (muhtemelen toplamın % 1'ini oluşturur), bazı ülkeler (Almanya, İspanya, Hollanda ve Birleşik Krallık) ayrıca erooin reçete etme programlarına da sahiptir. Bu tedavi biçimine dair tartışmalar sürmekte olup genellikle tedaviye yönelik diğer seçeneklerin başarılı olmadığı uzun dönem kullanıcıları için bilimsel deney temelinde sağlanmaktadır.

Uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin HIV bulaşmasını önlemekteki etkinliğinin yeni bir değerlendirmesinde, davranışsal müdahalelerin ikame tedavisinin HIV'i önleme üzerindeki olumlu etkilerini artırabildiği ama tek başına bir psikolojik terapinin etkinliğinin değişken olduğu görülmüştür. Yoksulluk temelli tedavi, 3 ay veya daha uzun süreyle tedavide kalanlar için HIV'in önlenmesine ilişkin iyi sonuçlar vermiştir (Farrell vd., 2005).

### Metadon sağlanmasının izlenmesi

Metadon, Narkotik Uyuşturucular hakkında 1961 Tek Sözleşmesi'nin Program I'ini uyarınca kontrol edilen bir uyuşturucu olup yerel tüketim seviyeleri INCB tarafından yıllık olarak izlenmektedir.

EMCDDA'ya göre, AB Üye Devletler, Norveç, Bulgaristan ve Romanya'dan elde edilen asgari bir tahmin olarak, yıl boyunca 500.000'den fazla hasta ikame tedavisi görmüştür (bkz. 2005 yıllık raporunda Tablo 4). Yüksek dozda buprenorfin tedavisinin (YDBT) en yaygın seçenek olduğu bildirilen Çek Cumhuriyeti ve Fransa dışında, diğer ülkelerin tümünde tedavilerin % 90'ından fazlası metadonlu idi.

<sup>(183)</sup> Kıbrıs'ta, detoksifikasyon tedavisinde metadon kullanımı 2004'ten beri rapor edilmekte olup bir metadon idame tedavisi pilot projesi duyurulmuştur ama hiçbir tedavi vakası bildirilmemiştir. Türkiye'de, metadon, opioid bağımlılığı tedavisi için resmen tescillidir ama hiçbir tedavi vakası bildirilmemiştir.

<sup>(184)</sup> 2005 yıllık raporunda buprenorfin hakkındaki seçili yayına bakın.

AB ve ABD'nin ikisi beraber dünyanın metadon tüketiminin % 85'ini oluşturmaktadır ve bu ülkelerdeki metadon tüketimi son on yılda düzenli bir artış göstermiştir. Her iki bölgede de tüketilen miktarlar 1997 ve 2000 arasında dengelenmiş ama o zamandan beri Amerika Birleşik Devletleri'nde sivri bir artış olmuştur. Hali hazırda AB'de metadon tüketimi seviyeleri ABD'deki tüketimin yarısı civarındadır <sup>(185)</sup>.

Kural olarak, bu tedavi seçeneğinin ulusal düzeyde başlatılmasını tüketim rakamlarındaki dikkat çekici artışlar

takip etmektedir. Örneğin Fransa'da, 1995'te metadon ikame tedavisinin yaygın olarak uygulanmaya başlaması, tüketimde 1995'te 31 kg'dan 2004'te 446 kg'ya varan hızlı bir artışa yol açmıştır.

Yakın zamanda, Danimarka, İspanya, Malta, Hollanda ve muhtemelen Almanya'nın istatistiklerinde metadon tüketimi seviyelerinde bir dengelenmenin işaretleri gözlemlenebilmektedir. Bu, tedavi gören hastaların sayısına dair rapor edilen eğilimlere uygundur (bkz. Bölüm 2).

<sup>(185)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil NSP-2.



## Bölüm 7

# Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar ve uyuşturucuya bağlı ölümler

### Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar

Yasadışı uyuşturucuların kullanımı ve özellikle de uyuşturucu enjekte etmekten doğan daha ağır sağlık sorunlarından biri HIV ile diğer bulaşıcı hastalıkların, özellikle hepatit C ve B'nin geçmesidir. Uyuşturucu enjekte etmek ile hastalığın bulaşması arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Dolayısıyla uyuşturucu enjekte etmeyi ve enjeksiyon aletlerinin paylaşımını azaltmak, bu alandaki kamu sağlığı müdahalelerinin öncelikli bir hedefi haline gelmiştir. Çalışmalar ayrıca uyuşturucu kullanımı ile yüksek riskli cinsel faaliyet arasında bir ilişkiye de işaret etmektedir; bu durum uyuşturucu kullanımı müdahalelerini cinsel sağlığı hedef alan kamu sağlığı stratejileriyle ilişkilendirmenin artan önemini göstermektedir. Avrupa düzeyinde izleme anlamında, bulaşıcı hastalıklar hakkındaki veriler, uyuşturucu enjekte etmenin bir risk faktörü olarak kaydedilebileceği düzenli bildirim kaynakları tarafından ve farklı ortamlarda uyuşturucu kullanan kişiler üzerinde yapılan özel çalışmalar esnasında toplanmaktadır.

### HIV ve AIDS

#### Yeni rapor edilen HIV vakalarındaki yeni eğilimler

Şu anda çoğu ülke enjekte ederek uyuşturucu kullanımına bağlanan yeni teşhis edilmiş HIV enfeksiyonu için düşük oranlar rapor etmektedir. Enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları (EUK'lar) arasında sürekli olarak düşük HIV enfeksiyonu oranlarını korumuş olan ülkeler hangi faktörlerin buna yol açabileceğini araştırmak için bir fırsat sunarken, bu soru güncel AB uyuşturucu eylem planı tarafından sorulmakta olup hali hazırda bir EMCDDA eşgüdümlü çalışmasının odaklarından birini teşkil etmektedir. Ancak bu durum rehavete yol açmamalıdır; her ikisi de EUK'lar arasında HIV salgınları yaşamış olan iki ülkeden ne İspanya ne de İtalya ulusal HIV vaka raporlama verisi sunmadığından, bu verilerin genel bir AB resmi çizilmesine yönelik değeri üzerinde bu durumun oldukça olumsuz etkisi vardır. Bunun yanında, bazı ülkelerde ortaya çıkan veriler HIV hastalığının, en azından bazı EUK grupları arasında artmakta olabileceğine dair kaygı yaratmaktadır. HIV vakalarının yalnızca 2003'ten beri kaydedildiği Fransa'da, EUK'lar

arasında HIV görülmesinde, 2003'te bir milyon kişi başına tahmini 2,3 vakadan 2004'te 2,9 vakaya, (düşük bir seviyeden itibaren de olsa) bir artış meydana gelmiştir. Bu genel olarak mevcut çalışma verilerine uygun olmasına rağmen (aşağıya bakınız), yeni raporlama sistemlerinin genellikle başlangıçta istikrarsız olduğu unutulmamalıdır. Portekiz'de, EUK'lar arasında yeni teşhis konulmuş HIV vakalarında önceden kaydedilmiş olan bariz bir düşüş, bir milyon kişi başına 98,5 milyon HIV enfeksiyonu vakası – AB'deki en yüksek oran – görüldüğünü ortaya çıkaran 2004 verileri karşısında kuşku konusu olmuştur<sup>(186)</sup>. Birleşik Krallık'ta, EUK'lar arasında HIV görülmesi yavaş yavaş artmış olmakla beraber, şu anda yılda bir milyon kişi başına 2,5 vakanın altında bir oranda dengelenmiştir. İrlanda'da, hastalığın görülme oranı 1990'ların sonlarında artarak 2000'de yılda bir milyon başına 18,3 vakayla doruğa ulaşmış, 2001'de milyon başına 9,8'e inmiş ve akabinde 2004'te milyon başına 17,8 vakaya çıkmıştır.

Enjekte ederek uyuşturucu kullanımına bağlı HIV salgınları Estonya ve Letonya'da 2001 ve Litvanya'da da 2002 yılı kadar yakın zamanda meydana gelmiştir. O zamandan beri oranlar ciddi şekilde düşmüştür; başta bir salgın aşaması endemik bir enfeksiyon seviyesi olarak belirlendikten sonra yeni rapor edilen vakaların oranında bir düşüş beklenmelidir (aşağıya bakın).

#### Test edilmiş EUK'lar arasında HIV seroprevalansı

EUK'lardan elde edilen seroprevalans verileri (EUK örneklerindeki hastalıklı yüzde) HIV vaka raporlarının önemli bir tamamlayıcısıdır. Tekrarlanan seroprevalans çalışmaları ile diyagnostik testlerin verilerinin rutin izlenmesi, vaka raporlama verilerinden çıkarılan sonuçları destekleyebilmekte ve belirli bölgeler ile ortamlara dair daha ayrıntılı bilgi verebilmektedir. Bununla birlikte, yaygınlık verileri çeşitli kaynaklardan gelmekte olup bazı durumlarda, karşılaştırılmaları zor olabilir; dolayısıyla, dikkatle yorumlanmalıdır.

Bazı ülkelerde vaka raporlama verilerinde kayıtlı bulunan HIV'deki yeni artışlar, her ne kadar mevcut seroprevalans verileri daha fazla tedbir gerektiren ülkelerin

<sup>(186)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil INF-2 (bölüm i) ve INF-2 (bölüm ii).



EUK'lar arasındaki yaygınlık eğilimleri bölgeler arasında büyük farklılık gösterirken bazı bölgeler hala belirgin ve yeni artışlar göstermektedir (Bolzano, Liguria, Molise, Toscana ve Umbria).

Polonya'da yerel çalışmalar, genç EUK'lar arasındaki yüksek yaygınlık oranlarına dayanarak (2002'de bir bölgede % 15, 2004'te başka iki bölgede % 4-11) HIV yayılmasının en azından yakın zamana kadar devam etmiş olduğunu ortaya koymaktadır. 2002 çalışmasında, örnekteki yeni enjekte eden 45 kişi arasında dört HIV vakası (% 9) rapor edilmiştir; ancak 2004 çalışmasında örnekteki yeni enjekte eden 20 kişi arasında hiçbir vakaya rastlanmamıştır.

Son olarak, hiçbir zaman EUK'lar arasında geniş ölçekli salgınlara karşılaşmamış olan bazı ülkelerdeki bir takım yeni yaygınlık verileri tedbirli olmayı gerektirmektedir. Artışların sınırlı kalmış olması ve vaka raporlama verileriyle teyit edilmemiş olmasına rağmen, Lüksemburg, Avusturya ve Birleşik Krallık'taki durum da böyle gözükmektedir.

### HIV yaygınlığı düşük olan ülkeler

Test edilmiş EUK'lar arasında HIV yaygınlığı AB'deki ülkeler arasında geniş ölçüde farklılık göstermeye devam etmektedir (Şekil 10). Bir dizi ülkede EUK'lar arasındaki HIV yaygınlığı yakın zamanda artmış veya uzun yıllar boyunca yüksek kalmıştır. Bunun aksine, bazı ülkelerde, EUK'lar arasındaki HIV yaygınlığı 2003-04 boyunca son derece düşük kalmıştır: Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Macaristan, Malta, Slovenya (ulusal örneklerle dayanarak) ile Slovakya, Norveç, Bulgaristan, Romanya ve Türkiye'de (ulus altı örneklerle dayanarak) HIV yaygınlığı % 1 civarında veya daha düşüktü. Bu ülkelerin bazılarında (örneğin Macaristan), hem HIV hem de hepatit C virüsü (HCV) yaygınlığı Avrupa'daki en düşük oranlar arasında olup, bazı ülkelerde (örneğin, Romanya) hepatit C yaygınlığının arttığına dair kanıt olmakla beraber, bu oranlar düşük enjekte etme seviyelerine işaret etmektedir (bkz. 'Hepatit B ve C').

### Test edilmiş EUK'lar arasındaki HIV yaygınlığında cinsiyet farklılıkları

2003-04 için mevcut seroprevalans verileri test edilmiş erkek ve kadın EUK'lar arasında farklılıklar ortaya koymaktadır<sup>(188)</sup>. Belçika, Estonya (2005), İspanya (2002), Fransa, İtalya, Lüksemburg, Avusturya, Polonya ve Portekiz'den elde edilen birleşik veriler, çoğunlukla uyuşturucu tedavi merkezleri veya başka uyuşturucu hizmeti merkezlerinde test edilmiş toplam 124.337 erkek ve 20.640 kadından oluşan bir örnek meydana getirmiştir. Genel yaygınlık erkekler arasında % 13,6 ve kadınlar arasında % 21,5 oranındaydı. Ülkeler

arasındaki farklar belirgin olup, kadınların erkeklere oranının en yüksek olduğu ülkeler İspanya, Estonya, İtalya, Lüksemburg ve Portekiz'ken, yaygınlığın erkekler arasında daha yüksek olduğu Belçika aksi eğilim göstermektedir.

### AİDS oranları ve HAART bulunabilirliği

1996'dan beri mevcut olan yüksek oranda aktif antiretroviral tedavi (HAART), HIV enfeksiyonunun AİDS'e dönüşmesini etkin şekilde durdurduğundan, HIV yayılmasının bir göstergesi olarak AİDS vakası verileri daha az kullanışlı hale gelmiştir. Bununla beraber hala semptomatik hastalığın genel külfetini göstermekte ve ek olarak EUK'lar arasında HAART'ın tanıtımı ve kapsamına dair önemli bir gösterge teşkil etmektedirler.

WHO, tedaviye ihtiyacı olan hastalar arasında HAART kapsamının 2003'te Batı Avrupa ülkelerinde yüksek olduğunu (% 70'in üzerinde) ama Estonya, Litvanya ve Letonya dahil çoğu Doğu Avrupa ülkesinde daha kısıtlı olduğunu tahmin etmektedir<sup>(189)</sup>. HAART'ın kapsamına dair daha yeni veriler, tüm AB ülkeleri ile aday ülkelerin artık en az % 75'lik bir kapsama oranı elde etmesiyle, durumun belirgin şekilde iyileştiğine işaret etmektedir. Ancak özel olarak EUK'lar arasında HAART bulunabilirliğine ilişkin veri bulunmamaktadır ve geliştirilmiş bir kapsamın Estonya ve Letonya'daki EUK'lar arasındaki AİDS oranlarında bir azalmaya yansımaya yansımayacağını zaman gösterecektir.

Batı Avrupa'da AİDS'den en çok etkilenen dört ülkenin hepsinde, yani İspanya, Fransa, İtalya ve Portekiz'de, ilk üç ülkeye ilişkin olarak yaklaşık 1996'dan beri, Portekiz'de ise yalnızca 1999'dan beri görülme oranları azalmıştır. Portekiz, 2004'te bir milyon kişi başına 31 vakayla hala EUK'a bağlı AİDS vakasının en çok görüldüğü ülkedir. Bununla beraber, Letonya'da da görülme oranı milyon başına 30 vakayla benzerdir.

2004'e kadarki EuroHIV verileri (raporlamada gecikmeye göre düzeltilmiştir) EUK'a bağlı AİDS oranlarının hem Estonya hem de Letonya'da artmakta olduğunu göstermektedir<sup>(190)</sup>.

### Hepatit B ve C

#### Hepatit C

EUK'lar arasında hepatit C virüsüne (HCV) karşı antikorların yaygınlığı, her ne kadar ülkeler içinde ve arasında büyük farklılıklar gösterse de genelde, olağanüstü derecede yüksektir. 2003-04'te test edilen çeşitli EUK örnekleri arasında % 60'ın üzerinde yaygınlık oranları Belçika, Danimarka, Almanya, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Polonya, Portekiz, Birleşik Krallık, Norveç ve Romanya'dan

<sup>(188)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil INF-3 (bölüm v).

<sup>(189)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil INF-14 (bölüm iii) ve (bölüm iv).

<sup>(190)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil INF-1 (bölüm i).

bildirilirken, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Kıbrıs, Macaristan, Avusturya, Slovenya, Finlandiya ve Birleşik Krallık'tan örneklerde % 40'ın altında yaygınlık oranları görülmüştür <sup>(191)</sup>.

Genç EUK'lar arasında (25 yaş altı) HCV antikor yaygınlık verileri, bazı durumlarda örnek boyutları küçük olmakla beraber, 14 ülkede mevcuttur. Ülkeler farklı örneklerden hem yüksek hem düşük rakamlar rapor ettiğinden sonuçlarda büyük farklılıklar vardır. 2003-04'te genç EUK'lar arasındaki en yüksek yaygınlık oranları (% 40'ın üzerinde) Belçika, Yunanistan, Avusturya, Polonya, Portekiz, Slovakya ve Birleşik Krallık'tan örneklerde ve en düşük yaygınlık oranları da (% 20'nin altında) Belçika, Yunanistan, Kıbrıs, Macaristan, Malta, Avusturya, Slovenya, Finlandiya, Birleşik Krallık ve Türkiye'deki örneklerde bulunuyordu. Yalnızca genç EUK'lara dair ulusal kapsamlı çalışmalar göz önüne alındığında, en yüksek yaygınlık oranları (% 60'ın üzerinde) Portekiz'de ve en düşükleri de (% 40'ın altında) Kıbrıs, Macaristan, Malta, Avusturya ve Slovenya'da görülmektedir. Kullanılan örnekleme usulleri daha kronik bir gruba doğru sapmayla sonuçlanabilmekle beraber, Portekiz'deki ulusal bir örnekte bulunan yüksek HCV antikorları yaygınlığı (25 yaşın altındaki 108 EUK arasında % 67) hala kaygı verici olup genç EUK'lar arasında süregelen yüksek riskli davranışın göstergesi olabilir (bkz. 'Yeni rapor edilmiş HIV vakalarındaki yeni eğilimler, s. 75).

Yeni enjekte edenler arasında (2 yıldan az bir süredir enjekte edenler) HCV antikor yaygınlığına dair veriler nadir olup örnek boyutunun küçüklüğü sorun yaratmaktadır ancak çok yeni vaka oranları için, enjekte eden gençlere dair verilerden daha iyi bir temsil göstergesi sunabilirler. 2003-04 için mevcut olan bütün bilgiler, yeni enjekte edenler arasındaki en yüksek yaygınlık oranının (% 40'ın üzerinde) Yunanistan, Polonya, Birleşik Krallık ve Türkiye'den örneklerde ve en düşük yaygınlığın da (% 20'nin altında) Belçika, Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Kıbrıs ve Slovenya'dan örneklerde bulunduğunu göstermiştir. Kıbrıs (enjekte eden 23 kişiden yalnızca ikisi, % 9'luk bir oran, HCV antikorları testinde pozitif çıkmıştır) ve Slovenya'da (test edilen 32'den ikisi veya % 6 pozitif) yeni enjekte edenlerden oluşan küçük ama ulusal örneklerde düşük yaygınlık oranları bulunmuştur.

## Hepatit B

Hepatit B virüsü (HBV) markörlerinin yaygınlığı da hem ülkeler içinde hem ülkeler arasında büyük ölçüde farklılık göstermektedir. En eksiksiz veriler, bir hastalık geçmişine işaret eden anti-HBc içindir. 2003-04'te İtalya ve Polonya'dan EUK örnekleri arasında % 60'ın üzerinde yaygınlık oranları

bildirilirken, % 20'den az yaygınlık oranına sahip örnekler Belçika, İrlanda, Kıbrıs, Avusturya, Portekiz, Slovenya, Slovakya ve Birleşik Krallık'ta kaydedilmiştir. 1992-2004 dönemi için, ellerinde Hepatit B bildirim verileri bulunan ülkelerdeki veriler çok çeşitli bir tablo göstermektedir <sup>(192)</sup>. Kuzey Avrupa bölgesinde, bildirilen akut hepatit B vakalarının büyük çoğunluğu EUK'lar arasında meydana gelmektedir ve hepatit B salgınları bazı ülkelerde uyuşturucu enjekte etmedeki artışlarla aynı zamanda meydana gelmiştir. Örneğin Norveç, verileri EUK'lar arasında 1992 ve 1998 arasında hepatit B enfeksiyonu görülme vakalarında ciddi bir artış ve akabinde bir düşüş göstermektedir. Finlandiya'da, EUK'lar arasında hepatit B bildirimleri, muhtemelen aşılama programları ile kapsamlı bir iğne ve şırınga değişim sistemine bağlı olarak son yıllarda aniden düşmüştür.

## Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi

### Etkin tepkiler

Bir dizi kamu sağlığı müdahalesinin uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların yayılmasının azaltılmasında yararlı olduğu görülmüş olup bu alanda hizmet verilmesine yönelik kapsamlı bir yaklaşımın büyük olasılıkla başarılı olacağına dair artan bir fikir birliği vardır. Tarihsel olarak, tartışmalar çoğunlukla uyuşturucu enjekte edenler arasında HIV enfeksiyonunun önlenmesine odaklanmakla beraber, hepatitin yayılmasına engel olacak etkin tedbirlere olan gereksinimin yanı sıra enjekte etmeyen uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesi gereksinimi de giderek daha çok benimsenmiştir.

Etkinliğe dair kanıtların en güçlü olduğu alan, uyuşturucu enjekte edenler arasında HIV enfeksiyonunun önlenmesi konusudur. Eldeki sağlam kanıtlar, müdahalelerin etkin kabul edilebileceğini ve her tipte tedaviye erişimin korunma sağladığını göstermektedir (Farrell vd., 2005; WHO, 2005). 1990'ların ortalarından beri, Avrupa'nın tepkisi uyuşturucu bağımlılığı tedavisi verilmesinde bir artışla belirlenmiştir (bkz. Bölüm 2) ve bu genel olarak, HIV'nin enjekte edenler arasındaki epidemik yayılması anlamında şu anda Avrupa'da görülen nispeten umut verici tabloya katkıda bulunan unsurlardan biri gibi görünmektedir.

Tedavi, HIV'in önlenmesine yönelik kapsamlı bir yaklaşımın yalnızca bir bölümüdür. Diğer unsurlar arasında bir dizi bilgi, eğitim ve iletişim tekniği, gönüllü bulaşıcı hastalık danışmanlığı ile test etme, aşılama ve steril enjeksiyon ekipmanı ile diğer profilaktiklerin (koruyucular) dağıtımı bulunmaktadır. Bu tedbirlerin yanı sıra düşük eşikli kurumlarda, veya hatta

<sup>(191)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil INF-6 (bölüm i).

<sup>(192)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil INF-12 (bölüm i).



bazen sokak düzeyinde tıbbi tedavi hizmetleri sağlanması, aktif uyuşturucu kullanıcıları ve cinsel partnerleriyle, uyuşturucu kullanımının yol açtığı sağlık sonuçlarının riskleri ile bunların önlenmesine ilişkin olarak iletişim kurmaya veya iletişimi geliştirmeye yardımcı olabilir.

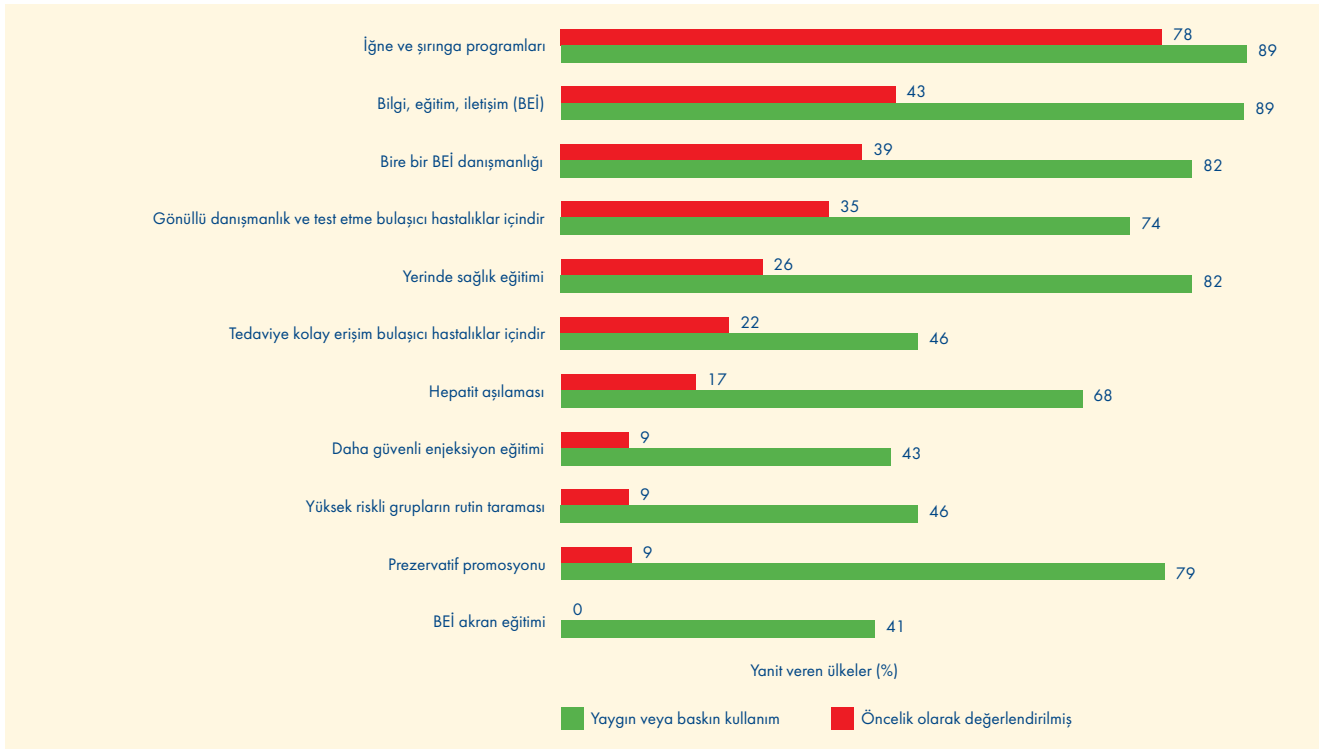
Kapsamlı bir yaklaşımın genel olarak arzu edilmesi, tüm bu hizmet unsurlarının ulusal düzeyde eşit derecede gelişmiş olduğu veya desteklendiği anlamına gelmemektedir. Bununla beraber, bir fikir birliği oluşur gibi görünmektedir. UON'ler arasındaki bir araştırmada dört katılımcıdan üçü, rehberlik ve danışmayla birlikte sağlanan iğne ve şırınga programlarını, uyuşturucu enjekte edenler arasında bulaşıcı hastalıkların yayılmasını ele alan ulusal politikada bir öncelik olarak belirtmiştir (Şekil 11). Bu kadar çok sayıda ülkenin temiz enjeksiyon malzemesi temin etme rolünü artık açıkça HIV önleme stratejilerinin bir parçası olarak benimsemesi, bu hizmet türünün Avrupa'nın büyük kısmında nasıl ana akım haline geldiğini ve çoğu ülkede artık tartışmalı bir konu olarak görülmediğini göstermektedir. Ancak bu türde bir hizmetin

yararlarına dair genel bir mutabakat bulunduğunu söylemek de doğru değildir. Bu alandaki müdahaleler anlamında, Kıbrıs dışındaki bütün ülkelerin steril iğne ve şırınga dağıtımı veya değişimi için programları bulunduğunu bildirdiği<sup>(193)</sup> AB genelinde her ne kadar nispeten homojen bir tablo ortaya çıksa da, örneğin Yunanistan ve İsveç bunu bir politika önceliği olarak değerlendirmemiştir<sup>(194)</sup>.

### Avrupa ülkelerindeki iğne ve şırınga programı türleri

Her ne kadar çoğu Avrupa ülkesi artık steril enjeksiyon ekipmanı dağıtsa da, bu hizmeti vermenin niteliği ve kapsamı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. En yaygın model, hizmeti belirli bir yerde, genellikle uzman bir uyuşturucu servisinde vermek olmakla beraber bu tip hizmetler sıklıkla uyuşturucu kullanıcılarına toplumsal ortamlarda ulaşmaya çalışan mobil servislerle tamamlanmaktadır. Sekiz ülkede şırınga değişim veya otomatik satış makineleri, mevcut İŞP hizmetlerini tamamlamaktadır<sup>(195)</sup> ancak bu alanda ciddi faaliyet rapor eden ülkeler yalnızca Almanya ve Fransa (sırasıyla 200 ve 250 civarında makine) olduğundan,

**Şekil 11:** Ulusal uzman görüşüne göre uyuşturucu kullanıcılarında bulaşıcı hastalıkları önlemek için belirlenen tedbirlerin önceliği ve kullanım derecesi: yanıt veren ülkeler için özet



**Not:** 23 AB ülkesi ile Bulgaristan ve Norveç'ten öncelik değerlendirmeleri alınmıştır. Bu değerlendirmeleri sağlamayan ülkeler İrlanda, Kıbrıs, Litvanya ve Hollanda idi. 'Kullanım derecesi' değerlendirmeleri AB üyesi 25 ülkenin tümünden ve Bulgaristan ile Norveç'ten uzmanlar tarafından sağlanmıştır. Belçika'daki Fransız ve Flaman toplulukları ayrı değerlendirmeler sunduklarından toplam yanıt sayısı 28 olmuştur.

**Kaynaklar:** Ulusal odak noktaları uzman anketi, SQ 23 (2004) soru 5.

<sup>(193)</sup> İğne ve şırınga programlarının etkinliğine dair kanıtların kısa bir özeti için 2005 yıllık raporuna bakınız (s. 68).

<sup>(194)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil NSP-3.

<sup>(195)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo NSP-2.

hizmetin sağlanması bir avuç yerle sınırlı görünmektedir. İğne ve şırınga değişiminin bir hapisane ortamında düzenli olarak bulunabildiği tek AB ülkesi İspanya olup bu hizmet 2003'te 27 hapisanede verilmiştir. Bu alanda faaliyet bildiren diğer tek AB ülkesi, hizmetin tek bir hapisaneyle sınırlı olduğu Almanya'dır. Eczane esaslı değişim programları da hizmetin coğrafi kapsamının genişletilmesine yardımcı olmakta olup, buna ek olarak, temiz şırıngaların eczanelerde satılması edinilebilirliklerini artırabilir. Bazı eczacıların bunu yapmaya gönülsüz olmasına rağmen ve hatta bazılarının uyuşturucu kullanıcılarının dükkanlarından istediklerini elde etmelerine özellikle engel olmaya çalışmalarına rağmen, reçetesiz şırınga satışı İsveç dışındaki tüm AB ülkelerinde serbesttir. Dokuz Avrupa ülkesinde (Belçika, Danimarka, Almanya, İspanya, Fransa, Hollanda, Portekiz, Slovenya ve Birleşik Krallık) resmi olarak organize olmuş eczane şırınga değişim veya dağıtım ağları bulunmasına rağmen programlara katılım oranı, Portekiz'de eczanelerin neredeyse yarısından (% 45) Belçika'da % 1'den azına, ciddi ölçüde farklılık göstermektedir. Kuzey İrlanda'da, iğne ve şırınga değişimi hali hazırda yalnızca eczaneler yoluyla organize edilmektedir.

Şırıngaların eczanelerden satın alınması bazı enjekte edenler için sağlık servisiyle önemli bir iletişim kaynağı teşkil edebilir ve bu iletişim noktasını başka servislere ulaşma kanalı olarak kullanma potansiyeli açıkça mevcuttur. Eczacıları uyuşturucu kullanıcılarına sundukları hizmetleri geliştirmelerinde destekleyecek ve motive edecek çalışmalar eczanelerin rollerinin artırılmasında önemli bir pay sahibi olabilir ama bugüne kadar sadece Fransa, Portekiz ve Birleşik Krallık'ın bu yönde dikkate değer bir yatırım yapmakta olduğu görülmektedir.

## Ölüm oranları ve uyuşturucuya bağlı ölümler

### Sorunlu uyuşturucu kullanıcıları arasında ölüm oranları

Avrupa'daki sorunlu uyuşturucu kullanıcıları arasındaki ölüm oranlarına dair bilgilerin bir çoğu opioid kullanıcıları için geçerlidir. Diğer uyuşturucu kullanımı şekillerine bağlı ölüm oranları daha az bilinmekte ancak önemli bir kamu sağlığı konusu oluşturmaya devam etmektedir.

Bir EMCDDA projesi kapsamında başlayan ortak bir çalışma, Avrupa'da sekiz noktada tedaviye alınan opioid kullanıcıları arasındaki ölüm oranlarını incelemiştir<sup>(16)</sup>. Çalışma, opioid kullanıcıları arasında akranlarına oranla çok yüksek bir ölüm oranı olduğunu bulmuştur: bu oran erkekler arasında

### Avrupa'da şırınga temininin kapsamı: yeterli mi?

Neredeyse bütün Üye Devletler, iğne ve şırınga programlarının (İŞP'ler) bulunduğunu rapor etmekle beraber, bu tür bir müdahalenin etkisi, hizmet düzeyinin EUK'ların gereksinimlerini karşılamaya yeterli olup olmamasına göre değişmektedir.

Enjekte eden uyuşturucu kullanıcılarının sayısı ile İŞP'ler yoluyla dağıtılan şırıngaların sayısına dair yeni tahminler, dokuz Avrupa ülkesi için mevcuttur. Bu verilerden enjekte eden kişi başına düşen yıllık şırınga sayısını kabaca tahmin etmek mümkündür<sup>(1)</sup>. Mevcut en yeni veriler temel alındığında, İŞP'lerin kapsama oranları, Yunanistan'da 2-3'ten, Çek Cumhuriyeti, Letonya, Avusturya ve Portekiz'de 60-90'a, Finlandiya'da yaklaşık 110'a, Malta'da 210'a ve Lüksemburg ile Norveç'te 250'nin üzerine kadar değişen yıllık tahmini EUK başına dağıtılan şırınga sayılarıyla, önemli oranda farklılık göstermektedir. Ayrıca, şırıngalar eczanelerden de bulunabilmekte ve Çek Cumhuriyeti ile Finlandiya'dan elde edilen veriler genel şırınga bulunabilirliğinin tahmin edilmesine olanak tanımaktadır. Dağıtım ve satış verileri birleştirildiğinde, uyuşturucu enjekte edenlerin bir yıl içerisinde Çek Cumhuriyeti'nde ortalama 125 ve Finlandiya'da 140 şırınga elde ettiği ortaya çıkmaktadır. Uyuşturucu kullananlar arasında enjekte etme sıklığını etkilediği bilinen pek çok faktör vardır ve bunlar arasında kullanım şekilleri, bağımlılık düzeyi ve kullanılan uyuşturucunun türü bulunmaktadır. HIV yaygınlığı ile şırınga dağıtımının kapsamı arasındaki ilişkiyi inceleyen yeni bir çalışma, enjekte etme sıklığı ile şırıngaların kişisel yeniden kullanımı gibi davranışsal faktörlerin, HIV yaygınlığında ciddi bir düşüş yaratmak için gereken şırınga dağıtım seviyesini kuvvetle etkilediğini ortaya koymaktadır (Vickerman vd., 2006).

Şırınga kapsamının ölçülmesi, şırınga dağıtımının hastalık önlenmesine ve karşılanmayan ihtiyaçların değerlendirilmesine olası etkilerinin anlaşılmasında önemli bir etkidir. Ancak bu verileri yorumlarken, şırıngaların eczaneler yoluyla edinilebilirliğinin (fiyatlar, eczane ağının yoğunluğu) yanı sıra uyuşturucu enjekte edenlerin davranış şekilleri ile çevresel faktörleri de göz önüne almak önemlidir. Bu konu 2006 istatistik bülteninde daha ayrıntılı olarak tartışılmaktadır.

(1) Teknik noktalar için 2006 istatistik bültenine bakın.

akranlarından 6-20 kat daha yüksek ve kadınlar arasında da 10-50 kat daha yüksektir. Noktaların altı tanesinde (Amsterdam, Barselona, Dublin, Londra, Roma ve Viyana) 15-49 yaşındaki yetişkinler arasındaki genel ölüm oranının % 10-23'ünün başta aşırı doz, AIDS ve dış sebepler (kazalar, intiharlar) olmak üzere, opioid kullanımına bağlanabileceği öngörülmüştür. Uyuşturucuya bağlı bu ölümlerin kabaca üçte biri aşırı dozdan kaynaklanmakla beraber, bu oran uyuşturucu enjekte edenler arasında HIV enfeksiyonu

(16) Amsterdam, Barselona, Dublin, Danimarka, Lizbon, Londra, Roma ve Viyana. Bkz. EMCDDA (2002b).

yaygınlığının düşük olduğu şehirlerde daha yüksektir ve yüksek oranda aktif antiretroviral tedavisi (HAART) yaygınlaştıkça bu oranın artması muhtemeldir.

Çek Cumhuriyeti'nde gerçekleştirilen bir ölüm oranı kohort çalışmasında, uyarıcı kullananların ölüm oranının genel halkından 4 ila 6 kat daha yüksek (standardize ölüm oranı – SÖO), opioid kullanıcılarının ölüm oranının ise 9 ila 12 kat daha yüksek olduğu görülmüştür. Eroin, kokain veya crack kullanımından dolayı tutuklanan kişileri izleyen bir Fransız kohort çalışması da, erkek ölüm oranının genel nüfusununkinden beş kat, kadın ölüm oranının da 9,5 kat daha yüksek olduğunu ancak düşen bir eğilim gösterdiğini ortaya koymuştur.

Opioid kullanıcıları yaşlandıkça, kronik sağlık koşullarından (siroz, kanser, solunum yolu hastalıkları, endokardit, AIDS) kaynaklanan ölüm oranı, aşırı doz dışında intihar ve şiddet gibi dış sebeplere bağlı ölüm oranını artırmaktadır (Hollanda ulusal raporları, 2004 ve 2005, Amsterdam Belediye Sağlık Servisi'nden). Uyuşturucu kullanıcılarının yaşam koşulları da (örneğin evsizlik, ruhsal hastalık, şiddet, yetersiz beslenme) bu gruptaki yüksek ölüm oranlarını önemli ölçüde artırabilmektedir.

Bunlara ek olarak, damardan uyuşturucu kullanımına bağlı AIDS, 2002'de 1.528 ölüme sebep vermiştir<sup>(197)</sup> ancak bu tahmin muhtemelen gerçek rakamın altındadır. Uyuşturucuya bağlı ölümlerin hastalık (örneğin hepatit), şiddet ve kazalar gibi diğer sebeplerini değerlendirmek daha güç olmakla beraber, muhtemelen ölümlerin önemli bir oranını teşkil etmektedirler. Avrupa şehirlerindeki genç yetişkinler arasındaki ölümlerin % 10-20'sinin opioid kullanımına bağlanabileceği öngörülmüştür (aşağıya bakınız). Bunları sayıya dökmek çok güç olmasına rağmen, buna diğer uyuşturucu kullanımı şekilleri de eklenmelidir.

## Uyuşturucuya bağlı ölümler

Uyuşturucuya bağlı ölüm karmaşık bir kavramdır. Bazı raporlarda yalnızca doğrudan psikoaktif maddelerin etkisinden kaynaklanan ölümlere karşılık gelirken, başka durumlarda uyuşturucu kullanımının dolaylı veya ikincil bir rol oynadığı ölümleri de (trafik kazaları, şiddet, bulaşıcı hastalıklar) içermektedir. Birleşik Krallık'ta yasadışı uyuşturucu kullanımından ileri gelen hasar türlerini analiz eden yeni

bir rapor, uyuşturucu kullanımıyla ilgili en önemli hasarın uyuşturucuya bağlı ölüm olduğunu öngörmüştür (MacDonald vd., 2005).

Bu bölümde ve EMCDDA protokolünde, 'uyuşturucuya bağlı ölümler' tabiri doğrudan bir veya daha fazla uyuşturucunun tüketiminden kaynaklanan ve genellikle maddenin (maddelerin) tüketiminden kısa süre sonra meydana gelen ölümleri ifade etmektedir. Bu gibi ölümleri betimlemekte kullanılan diğer tabirler arasında 'aşırı doz', 'zehirlenme', 'uyuşturucudan kaynaklanan ölümler' veya 'akut uyuşturucu ölümleri' bulunmaktadır<sup>(198)</sup>.

1990 ve 2003 arasında, AB ülkeleri tarafından her yıl 6.500 ve 9.000 üzeri arasında, bu dönemde toplam 113.000'e ulaşan ölüm vakası bildirilmiştir. Bu rakamlar pek çok ülkedeki yetersiz raporlamaya bağlı olarak asgari bir tahmin olarak kabul edilebilir<sup>(199)</sup>.

Avrupa ülkeleri arasında uyuşturucuya bağlı ölümden kaynaklanan genel ölüm oranları, bir milyon kişi başına 0,2'den 50 ölüme kadar değişen (ortalama 13) büyük farklılıklar göstermekteydi. Danimarka, Estonya, Lüksemburg, Finlandiya, Birleşik Krallık ve Norveç'te bulunan bir milyon kişi başına 25'in üzerindeki oranlarla, çoğu ülkede bu rakam bir milyon kişi başına 7-30 ölüm aralığında bulunmaktadır. 15-39 yaşındaki erkekler arasında ölüm oranları, bir milyon başına 80'nin üzerinde ölüm oranı bulunan yedi ülkeyle, tipik olarak üç kat daha yüksektir (bir milyonda ortalama 40 ölüm demektir). 2003-04'te uyuşturucuya bağlı ölümler 15-39 yaşındaki Avrupalılar arasında tüm ölümlerin % 3'üne ve Danimarka, Yunanistan, Lüksemburg, Malta, Avusturya, Birleşik Krallık ve Norveç'te % 7'sinden fazlasına karşılık gelmekteydi. Bu rakamlar asgari tahmin olarak kabul edilmeli ve ilerlemelere rağmen, ülkeler arasında raporlama kalitesi bakımından hala önemli farklar bulunduğu da göz önünde bulundurulurken doğrudan karşılaştırmalar yaparken dikkatli olunmalıdır<sup>(200)</sup>.

## Opioid ölümleri

AB'de rapor edilen yasadışı maddelerden kaynaklanan çoğu 'akut uyuşturucuya bağlı ölüm' vakasında, her ne kadar toksikolojik inceleme esnasında pek çok vakada başka maddeler, özellikle de alkol, benzodiazepinler ve bazı ülkelerde kokain de saptansa da, opioidler mevcuttur.

<sup>(197)</sup> Bkz. EuroHIV (2005). Rakam, bazı AB üyesi olmayan ülkeleri de içeren WHO Avrupa'nın Batı ve Orta bölgelerine ve Estonya, Letonya ve Litvanya (Doğu bölgesi) için toplam ölümlere karşılık gelmektedir.

<sup>(198)</sup> Bu, EMCDDA ulusal uzmanlar grubunun üzerinde hemfikir olduğu ortak tanımdır. Şu anda, çoğu ulusal vaka tanımları EMCDDA tanımının aynısı veya çok benzeri olmakla beraber, bazı ülkeler hala, genellikle sınırlı bir oran olarak, psikoaktif ilaçlara bağlı veya aşırı doz ölümü olmayan ölümleri de bu tanıma dahil etmektedir (2006 istatistik bülteni yöntem bilimsel notu 'Uyuşturucuya bağlı ölümlere dair özet: tanımlar ve yöntembilimsel konular'. Kısım 1: EMCDDA tanımı ve Kısım 2: Ulusal tanımlar ve 'DRD Standart Protokolü, sürüm 3.0').

<sup>(199)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablolar DRD-2 (bölüm i), DRD-3, DRD-4.

<sup>(200)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DRD-1 (bölüm iii) ve (bölüm iv).

Avrupa'da opioid ölümü vakalarının çoğu eroine bağlı olmakla beraber diğer opioidler de bir rol oynamaktadır (aşağıya bakınız) <sup>(201)</sup>.

Opioid aşırı dozu Avrupa'daki gençler, özellikle de kentsel alanlardaki erkekler arasındaki başlıca ölüm sebeplerinden biridir. Şu anda, aşırı doz aynı zamanda bir bütün olarak AB'de, özellikle de enjekte edenler arasında HIV yaygınlığı düşük olan ülkelerdeki opioid kullanıcıları arasında da başlıca ölüm sebebidir (bkz. 'Sorunlu uyuşturucu kullanıcıları arasındaki ölüm oranları', s. 80).

Aşırı dozdan ölen uyuşturucu kullanıcılarının çoğunluğunu oluşturan erkekler <sup>(202)</sup>, vakaların % 65-100'üne karşılık gelmekte ve çoğu ülkede bu oran % 75 ile % 90 arasında değişmekte olup en yüksek kadın oranları Çek Cumhuriyeti, Polonya ve Finlandiya'da ve en düşükleri de Yunanistan, İtalya ve Kıbrıs'ta bulunmaktadır. Bu bulgular erkekler ve kadınlar arasındaki diferansiyel opioid kullanımı ve enjekte etme oranları bağlamında yorumlanmalıdır.

Çoğu aşırı doz kurbanı 20 ve 40 yaşları arasında olup çoğu ülkede ortalama yaş 30'ların ortasıdır (ama 20 ila 44 yaş arasında değişmektedir). Aşırı doz kurbanlarının ortalama yaşı Estonya, Slovenya, Bulgaristan ve Romanya'da en düşük ve Çek Cumhuriyeti, Hollanda, Polonya ve Finlandiya'da en yüksektir. 15 yaş altı grubundaki uyuşturucu ölümlerinin yeterince rapor edilmemiş olma ihtimali bulunmakla beraber, bu yaşın altındaki kişiler arasında rapor edilen çok az sayıda aşırı doz ölümü vardır (her ülke için mevcut en yeni verilere dayanarak, toplam 7.516 ölüm içinden 17 vaka). EMCDDA rakamları, 65 yaşın üzerindekiiler arasında birkaç ölümü de içermekte fakat yalnızca yedi ülke vakaların % 5'inden fazlasının bu yaş grubuna girdiğini rapor etmiştir <sup>(203)</sup>.

Bazı yeni Üye Devletler'de ve aday ülkelerde ortalama ölüm yaşı nispeten düşük (Kıbrıs, Estonya, Letonya, Slovakya, Bulgaristan ve Romanya) ve 25 yaşın altındakiler arasında aşırı doz oranı yüksek olduğundan, bu durum söz konusu ülkelerde eroin kullanan kesimin daha genç olduğunun işareti olabilir. Çek Cumhuriyeti'nde ortalama yaşın yüksekliği, psikoaktif ilaçlardan kaynaklanan çok sayıda ölümün hesaba katılmasından kaynaklanmaktadır (Şekil 12).

Pek çok Üye Devlet'te, aşırı doz kurbanlarının yaşının yükselmesi, gençler arasında eroin kullanmaya başlamanın azaldığını düşündürmektedir. Bu eğilim İsveç ve Birleşik Krallık'ta daha az belirgin olmakla beraber, AB-15 Üye

Devletleri'nde yaygın olup 1990'ların başlarından beri gözlemlenmektedir. Yeni Üye Devletler'de eğilim o kadar net değildir ve pek çok vakada ortalama yaşta bir düşüş olduğu dahi gözlemlenmektedir <sup>(204)</sup>.

### Metadon ölümleri

Bazı ülkeler 2005 Reitox raporlarında metadonun uyuşturucuya bağlı ölümlerin önemli bir oranında mevcut olduğunu bildirmiştir. Kullanılan terminoloji ülkeler arasında değişiklik göstermektedir ve bazı durumlarda metadonun ölümden nasıl bir rol oynadığını saptamak zordur.

Danimarka, ölümlerin % 44'ünde (2004'te 214 ölümden 95'inde) zehirlenme sebebinin metadon olduğunu (tek başına veya bir kombinasyon içerisinde) rapor etmiştir ve bu 2003 raporuna benzer bir oran olmakla beraber 1997 raporuna göre açık bir artış görülmektedir; Almanya, 2002'den beri net bir düşüşle 345 vakanın 'ikame maddelerine' bağlandığını (2004'te tek başına 46 ve diğer narkotiklerle beraber 299) rapor etmiştir ve Birleşik Krallık ise, yine 2002'den beri net bir düşüşle, metadon 'bahsi geçen' 216 vaka rapor etmiştir (2003'te İngiltere ve Galler). İspanya tek başına metadon içeren az sayıda aşırı doz vakası (% 2) olduğunu ama opioid ölümleri (% 42) ile kokain ölümlerinde (% 20) kombinasyon içerisinde sıklıkla mevcut olduğunu bildirmiştir. Diğer ülkeler metadon ölümü bildirmemiştir veya bildirilen sayılar çok küçüktür. Bu farkların ardında ne gibi faktörlerin yattığı ve bazı ülkelerde yetersiz raporlama olup olmadığı açıkça bilinmemektedir <sup>(205)</sup>. Her ne kadar araştırmalar ikame tedavisinin ölümcül aşırı doz riskini azalttığını gösterse de, ikame programlarının kalite teminatını izlemenin bir parçası olarak metadona bağlı ölümlerin sayısını ve ölümü çevreleyen koşulları (maddenin kaynağı, başka maddelerle kombinasyon içerisinde kullanılıp kullanılmadığı, tedavi sürecinde zehirlenmenin meydana geldiği nokta) izlemek önemlidir.

### Buprenorfin ve fentanil ölümleri

Buprenorfin zehirlenmesinden kaynaklanan ölümler nadir gibi görünmekte, söz konusu durum bu uyuşturucunun agonist-antagonist farmakolojik özelliklerine bağlanmaktadır. Bununla beraber, Avrupa ülkeleri tarafından bazı ölümler rapor edilmiştir.

2005 ulusal raporlarında yalnızca Fransa ve Finlandiya bu maddeye bağlı ölümler bildirmiştir. Finlandiya'da, 2004'te buprenorfin uyuşturucuya bağlı 73 ölümden (2003 rakamıyla aynıdır) ve genellikle benzodiazepinler,

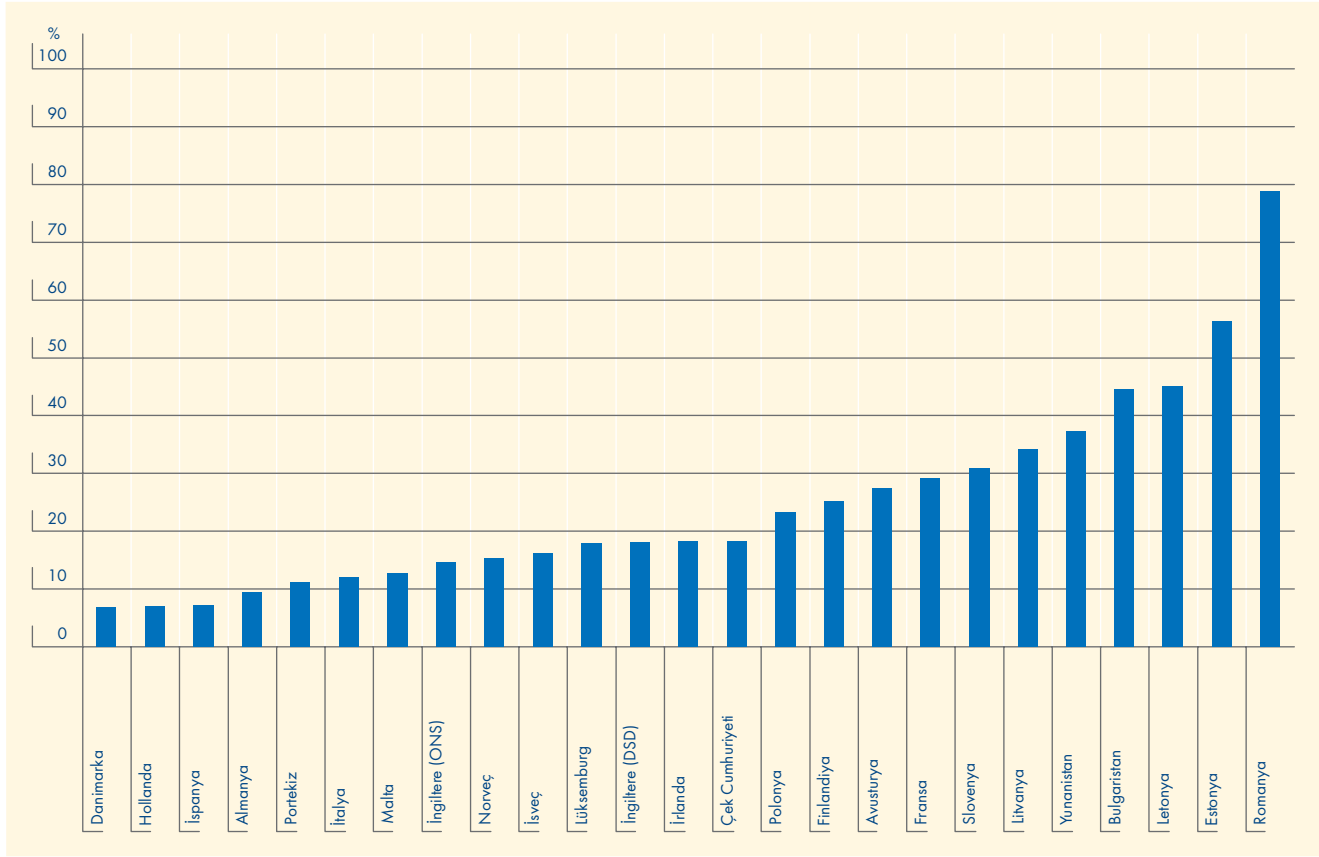
<sup>(201)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil DRD-1.

<sup>(202)</sup> EMCDDA'ya bildirilen vakaların çoğu opioid aşırı dozları olduğundan dolayı, opioid vakalarının tanımlanmasında akut uyuşturucuya bağlı ölümlerin genel özellikleri kullanılmaktadır.

<sup>(203)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DRD-1.

<sup>(204)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekiller DRD-3 ve DRD-4.

<sup>(205)</sup> Devam eden bir EMCDDA daha denemesi, ikame maddeleri de dahil olmak üzere, uyuşturucuya bağlı ölümlerde görülen maddeler hakkında verilen bilgilerin kalitesinin artırılmasını amaçlamaktadır.

**Şekil 12:** 2002’de 25 yaş altında meydana gelen akut uyuşturucuya bağlı ölümlerin oranı

Not: ONS, Ulusal istatistik ofisi, DSD, uyuşturucu stratejisi tanımı.

Çoğu ülke için bilginin mevcut olduğu yıl olduğundan referans olarak 2002 alınmıştır.

Kaynaklar: Ulusal ölüm kayıtları veya özel kayıtlardan (adli veya polis kayıtları) alınan Reitox ulusal raporları (2005). 2006 istatistik bülteninde uyuşturucuya bağlı ölümler hakkındaki yöntem bilimsel notlarda sunulduğu şekliyle 'ulusal tanımlar' a dayanmaktadır.

yatıştırıcılar veya alkolle birlikte bulunmuştur. Tedavi gören kişilerin sayısı, Fransa’da buprenorfin aldığı tahmin edilen 70.000 ila 85.000 kişiye kıyasla çok daha düşük olsa da bu yüksek rakamlar Finlandiya’daki buprenorfin tedavisindeki artışlarla paraleldir. Bundan dolayı, Fransa’da (2003’teki sekiz vakayla karşılaştırıldığında) 2004’te sadece 4 buprenorfin aşırı doz vakası bildirilmiş olması ilginçtir. Fransa’da zehirlenmelerin yetersiz raporlanması olasılığı göz önüne alındığında dahi, farkların ölçeği şaşırtıcıdır. Fransa ve Finlandiya’nın yanı sıra, başka üç ülke daha buprenorfine bağlı ölüm vakaları (her ülkede yalnızca iki veya üç) rapor etmiştir, fakat ana nedensel aracın bu madde olduğuna dair kanıt bulunmamaktadır. Önceki yıllarda Baltık Denizi’ni çevreleyen ülkelerde fetanilden kaynaklanan ölümler bildirilmiş olmasına rağmen 2005 ulusal raporlarına bu gibi hiçbir rapor eklenmemiştir.

### Akut uyuşturucuya bağlı ölümlerdeki eğilimler

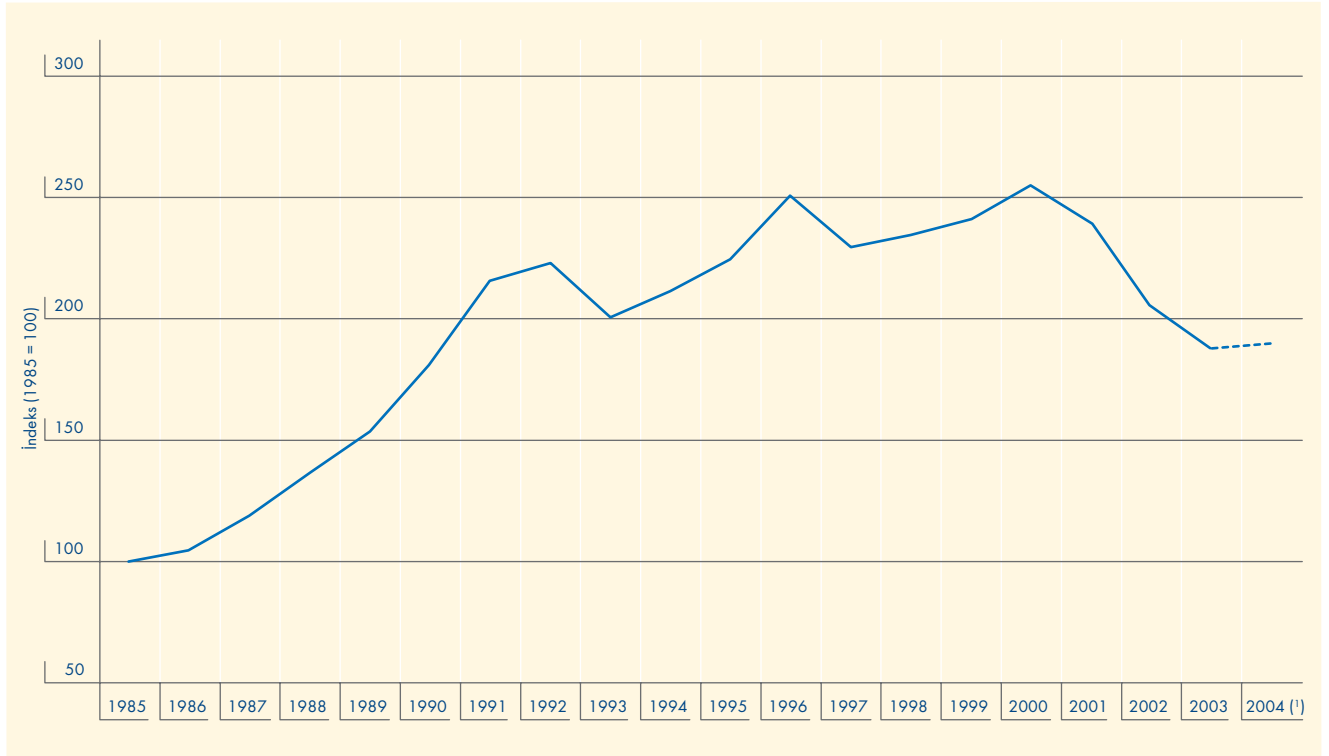
Uyuşturucuya bağlı ölümlerdeki ulusal eğilimler, her ülkedeki eroin salgınları ve yüksek riskli davranışlar

(örneğin enjeksiyon) gibi sorunlu uyuşturucu kullanımı şekillerindeki gelişmelerin yanı sıra tedavi hizmetleri ve hatta eroin bulunabilirliğindeki farklılıklara dair de bir öngörü sağlayabilir. Şüphesiz, aynı zamanda bu tıbbi acil durum hizmetlerinin ölümcül aşırı dozları önlemedeki politikalarının başarısını da yansıtabilirler <sup>(206)</sup>.

AB’den elde edilen veriler uyuşturucuya bağlı ölümlerde bazı genel eğilimler ortaya koymaktadır. AB-15 Üye Devletleri arasında, 1980’lerde ve 1990’ların başlarında, muhtemelen eroin kullanımı ile enjeksiyonun yaygınlaşmasına paralel olarak, keskin bir artış görülmektedir. 1990 ve 2000 arasında uyuşturucu ölümleri, daha az belirgin olmakla beraber, artmaya devam etmiştir (Şekil 13). Bilgi sağlayan Üye Devletler’deki (eski ve yeni çoğu Üye Devlet) uyuşturucuya bağlı ölümlerin yıllık toplam sayısı 1995’te 8.054’ten 2000’de 9.392’ye çıkarak % 14’lük bir artış göstermiştir.

2000 yılından beri pek çok AB ülkesi, muhtemelen tedavi bulunabilirliği ile hasar azaltma girişimindeki artışlara bağlı

<sup>(206)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil DRD-7.

**Şekil 13:** 1985-2004, akut uyuşturucuya bağlı ölümlerde uzun vadeli eğilim

(!) On ülke 2004 için bilgi temin etmiş, altısı etmemiştir. Bundan dolayı, yalnızca her iki yıl için de veri sağlayan ülkeler için 2003 ve 2004 verilerinin bir karşılaştırmasına dayanarak 2004 rakamı geçicidir.

Not: Çoğu vakadaki geriye dönük veri eksikliğinden dolayı, yeni Üye Devletler ile aday ülkeler bu rakama dahil değildir. Her ülkedeki ölüm sayısı ve yöntem bilimsel hakkındaki notlar için bkz. 2006 istatistik bülteninde Tablo DRD-2.

Kaynaklar: Genel ölüm kayıtları veya özel kayıtlardan (adli veya polis kayıtları) alınan Reitox ulusal raporları (2005).

olarak, uyuşturucuya bağlı ölümlerin sayısında düşüşler rapor etmiş olmakla beraber uyuşturucu kullanımının yaygınlığındaki düşüşler de önemli olabilir. Avrupa düzeyinde, uyuşturucu ölümleri 2001 itibarıyla % 6, 2002'de % 13 ve 2003'te % 7 oranında düşmüştür. Bu gelişmelere rağmen, 2003'te hala yaklaşık 7.000 rapor edilmiş uyuşturucuya bağlı ölüm meydana gelmiştir (Belçika, İspanya ve İrlanda verileri eksiktir). Bununla beraber, 2004'te veri bildiren ülkeler arasında (19) % 3'lük küçük bir artış olmuştur. 2004 hakkında çıkarım yaparken dikkatli olmak gerekirken beraber, rapor edilen 19 bilgidен 13'ünde belli oranda bir artış kaydediliyordu.

Eski ve yeni Üye Devletler'de 25 yaşın altındaki kişilerdeki ölümlerin sayısına dair eğilimler arasında belirgin bir tutarsızlık vardır. AB-15 Üye Devletleri arasında 1996'dan beri kaydedilen sürekli bir düşüş, opioid enjekte eden gençlerin sayısında bir azalma anlamına gelirken yeni Üye Devletler'de 2000-02'ye kadar keskin bir artış ve ancak 2003'te başlayan belirgin bir düşüş gözlemlenmiştir (207). Cinsiyet farklılıkları da gözlemlenebilmektedir. Erkeklerde

1990'dan 2000'e kadar artan ölüm sayısını net bir düşüş izlerken (2003 itibarıyla % 30'luk bir düşüş), kadınlar arasında rapor edilen ölümlerin sayısı yılda 1.700 ile 2.000 arasında gidip gelerek 1990 ve 2000 arasında kabaca sabit kalmış ve o zamandan beri yalnızca % 15 oranında düşmüştür. Bu durum, cinsiyetler arasındaki risk faktörlerindeki farklılıklar ve müdahalelerin etkinlik diferansiyeli dahil olmak üzere, bir dizi faktörden kaynaklanıyor olabilir (208).

Daha uzun bir veri dizisi bulunan ülkelerde uyuşturucuya bağlı ölümlerin farklı şekilleri tespit edilebilmektedir. Bazı ülkelerde, örneğin uyuşturucuya bağlı ölümlerin 1991-92'de doruğa ulaştığı Almanya, İspanya (1991), Fransa (1994) ve İtalya'da (1991) uyuşturucuya bağlı ölümler 1990'ların başında doruğa ulaşmış ve akabinde düşmüştür. Diğer ülkeler, örneğin Yunanistan, İrlanda, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve Norveç'te, uyuşturucu ölümleri daha sonra, 1998 ve 2001 arasında doruğa ulaşmış ve yine akabinde düşmüştür. Yine başka ülkelerde, kalıp daha az belirgin veya rakamlar sabittir. Yorumlar her ne kadar dikkatle yapılması gerekse de, bazı ülkelerdeki uyuşturucuya bağlı

(207) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil DRD-5.

(208) Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil DRD-6.

ölümlerin sayısı nispeten düşük olduğundan, bu kalıplar eroin enjeksiyonundaki eğilimlere bağlanabilir <sup>(209)</sup>.

### Ecstasy ve amfetaminlere bağlı ölümler

Avrupa’da ecstasy’e bağlı ölümler, uyuşturucunun yaygınlaşmaya başladığı 1990’larda rapor edilmeye başlanmıştır. Ecstasy ölümleri, sosyal açıdan entegre olmuş gençler arasında genellikle beklenmedik şekilde meydana geldiğinden, ciddi bir kaygı sebebidir.

Ecstasy ölümlerine dair bilgiler sınırlı olmakla beraber, 2005 Reitox Ulusal Raporlarından alınan veriler, bazı ülkelerdeki rakamlar görmezden gelinemesi de, ecstasy içeren ölümlerin opioid ölümlerine oranla çok ender olduğunu düşündürmektedir. Genel olarak Avrupa’da, asgari bir tahmin olarak kabul edilmesi gereken 77 ölüm bildirilmiştir <sup>(210)</sup>. Raporlamanın muhtemelen diğer ülkelerden daha iyi olduğu Danimarka (2), Almanya (20), Fransa (4), Macaristan (3) ve Birleşik Krallık’tan (‘bahsi geçen’ 48 vaka – İngiltere ve Galler’de 33) vakalar rapor edilmiştir. İspanya’da ecstasy, uyuşturucu zehirlenmelerinin % 2,5’inde mevcuttur.

Ecstasy kullanımının riski konusu sıklıkla gündeme gelmiştir. Araştırma esaslı yaygınlık tahminlerindeki hata payını ve uyuşturucu ölümlerini raporlamanın güçlüklerini göz önünde bulundurarak, gözlemlenen ölümlerin sayısı bir yıldaki kullanıcı sayısına (potansiyel risk altında bulunan kişiler) bölüldüğünde <sup>(211)</sup>, bu hesabın yapılabileceği iki ülkede 100.000 kullanıcı başına 5-8 vaka ile 2-5 vaka oranlarını ortaya çıkmaktadır.

Amfetamin ölümleri de nadiren rapor edilen ölümler arasındadır ama Çek Cumhuriyeti’nde, tahmini sorunlu pervitin kullanıcısı ve tedavi talebi sayısındaki bir artışla doğru orantılı olarak, 2004’te, 2003 rakamının neredeyse iki katı olan 16 ölüm pervitine (metamfetamin) bağlanmıştır. GHB ölümleri için bkz. Bölüm 4.

### Kokaine bağlı ölümler

Bazı ülkelerde gençler, bağımlılık tedavisi gören kişiler ve marjinal kesimler arasında gözlemlenen eğlence amaçlı kokain kullanımındaki artışlardan dolayı, kokain kullanımının sağlık risklerine dair artan endişeler vardır.

Kokain, opioid kullanıcıları tarafından sıklıkla kullanılmaktadır ve opioid aşırı dozlarının toksikolojik analizlerinde alkol ve benzodiazepinlerin yanı sıra kokain de yaygın olarak bulunmaktadır. Kokain genellikle alkolle birlikte tüketilmekte olup, bu kombinasyon zehirlilik oranının artmasına sebep olabilecek türdendir.

Avrupa’da bulunan istatistikler sınırlıdır ve kokainle ilgili vakaları belirlemede kullanılan kriterler arasındaki çeşitlilik, rakamların karşılaştırılabilir olmadığı anlamına gelmektedir; buna ek olarak, kokaine bağlı bazı ölümlerin üzerinden farkedilmeden veya rapor edilmeden geçilmesi yetersiz raporlamaya yol açılabilir. Mevcut olan veriler kokain içeren pek çok ölümün aynı zamanda opioidleri de içerdiğini göstermektedir.

Veri temin eden ülkeler arasında, 2005 ulusal raporlarında 400’ün üzerinde kokain ölümü saptanmıştır; bu asgari bir tahmindir. Bu vakaların bir çoğunda, raporlardan her zaman açıkça belli olmasa da, kokainin nedensel bir rol oynamış olduğu görülmektedir. Dokuz ülke kokain ölümlerinin varlığı ya da yokluğuna dair açık bir ifade kullanmamıştır. Kokain rapor edilen akut uyuşturucu ölümlerinin % 0-20’sine karşılık gelmekte olup Almanya, Fransa, İspanya, Hollanda ve Birleşik Krallık’ta bu gibi ölümlerin % 10 ila % 20’sini temsil etmektedir. Kokainin (tek başına veya kombinasyon içerisinde) nedensel bir rol oynadığı ölümler Fransa (14), Almanya (166), Hollanda (20), İspanya (53) ve Birleşik Krallık (‘bahsi geçen’ 142 vaka – İngiltere ve Galler’de 113) tarafından rapor edilmiştir. Diğer bir dokuz ülke sıfır iki arasında vaka bildirmiştir. Bunun yanı sıra, bazı ülkelerde opioid doz aşımalarının toksikolojik analizlerinde kokain yaygın olarak bulunmaktadır. Eğilimleri eldeki sınırlı verilere dayanarak kesin olarak saptamak güç olmakla beraber, daha büyük vaka sayılarına sahip tüm ülkelerde, yani Almanya, Fransa, İspanya, Birleşik Krallık ve artışların son 2 yılda durmuş gibi görünmesine rağmen Hollanda’da artan bir eğilim görünmektedir.

Bunlara ek olarak kokain, kalp ve damar sorunlarından (aritmî, miyokardiyal enfarktüs, beyin kanaması) kaynaklanan ölümlerde, özellikle de meyili olan veya risk faktörlerine (tütün, hipertansiyon, anjiyom) sahip ya da ileri yaşlardaki kullanıcıların ölümlerinde pay sahibi olabilir. Bugün bu vakaların pek çoğu farkındalık eksikliği sebebiyle gözden kaçıyor olabilir. Bu alanda daha fazla araştırmaya gereksinim vardır.

## Uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılması

### Etkin tepkiler

Tedavi görmemiş uyuşturucu kullanıcılarına uzanmak ve iletişim bağları kurmak, risk eğitimi ve yönetiminin yanı sıra, tedavinin de dahil olduğu hizmetlere erişim sağlamanın bir önkoşuludur.

<sup>(209)</sup> Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil DRD-7.

<sup>(210)</sup> Ecstasy ve kokain için, ülkeye bağlı olarak, rakamlar 2003 ve 2004’e tekabül etmektedir.

<sup>(211)</sup> Nüfus anketlerinde son 12 aydaki kullanım.

Aşırı doz meydana gelmesinin koşullarına yönelik araştırmalar, yüksek riskli durumları veya yüksek riskli kişileri hedef alan müdahalelerin gelişimini desteklemiştir. Bu gibi tedbirler, uyuşturucu almanın doğrudan etkilerine bağlanabilecek ölümlerde önemli bir azalma sağlayabilir. Farklı müdahalelerin akut uyuşturucuya bağlı aşırı doz ölümlerini azaltmaktaki rolü yakın zamandaki bir EMCDDA politika brifinginde özetlenmiştir (EMCDDA, 2004d).

Avrupa'daki aşırı doz ölümlerinin birçoğu eroinle ilgili olduğundan, tedavi gören eroin kullanıcılarının oranını artırmak bir aşırı doz önleme tedbiri olarak görülebilir. Bazı Üye Devletler'de gözlemlenen aşırı doz eğilimlerindeki küçük azalmanın sebebi olabilecek bir dizi faktör vardır. Bunlar arasında yaygınlık ve enjeksiyon oranlarının düşmesi, önleme çabalarının artması, tedavinin bulunabilirliği, tedavinin anlaşılması ve tedavide altında tutmanın artması ve muhtemelen risk alıcı davranışların azalması bulunmaktadır.

### Tepkilerin profili

Çoğu ülkede, aşırı dozda uyuşturucu ölümlerini azaltmak üzere farklı müdahale stratejilerinin kullanılmasına dair uzman görüşü, opioid ikamesi tedavisini en yararlı yaklaşım olarak kabul etmektedir<sup>(212)</sup>. Macaristan ve İsveç'te, bu tip tedavi mevcut olmasına rağmen, uyuşturucu ölümlerini azaltmanın bir yolu olarak görülmemektedir. Ayrıca Estonya ve Polonya'da, ikame tedavisi servisinin düşük seviyesi, metadon ikame tedavisinin hali hazırda aşırı doz ölümlerini azaltmakta önemli bir tepki olarak görülmediği anlamına gelmektedir.

Çoğu Avrupa ülkesinde diğer önemli tedbirler bilgi, eğitim ve iletişim (BEİ) odaklı tepkilerdir. Özel olarak geliştirilmiş basılı malzemeler veya diğer araçlar (el ilanları, web siteleri, kitle iletişim kampanyaları) yoluyla riske dair bilinçlendirme mesajları ile aşırı doz yönetimi talimatlarının yayılması 19 ülkede yaygın veya ağırlıklı olarak yapılan bir uygulamadır. Bununla beraber, yedi ülke (Estonya, Fransa, İrlanda, Letonya, Macaristan, Malta, Finlandiya) bu gibi tedbirleri nadiren kullanmakta ve bir ülke de (İsveç) hiç kullanmamaktadır.

UON'lere göre, tek başına bir risk değerlendirmesini sistematik olarak danışma veya tedavi rutinlerine entegre etmek ile uyuşturucu kullanıcıları için risk eğitimi ve tepki hakkında grup oturumları düzenlemek yaklaşımı daha az yaygındır.

Geniş bir faaliyet sınıfı da 'hapisane çıkışı öncesi müdahaleler' olarak tanımlanabilir. Bunlar hapisanede basit bilgi yayımından, aşırı doz riskleri ile önlemeye dair danışmanlığa ve ikame tedavisine başlanması veya sürdürülmesine kadar pek çok farklı uygulamayı içermekteydi. Ancak bu tepkilerin kapsamına giren faaliyetler 13 ülkede nadiren kullanılmakta ve diğer bir beşinde ise hiç kullanılmamaktaydı (Letonya, Macaristan, Polonya, Romanya ve İsveç). Hapisane müdahaleleri İspanya, İtalya ve Birleşik Krallık'ta akut uyuşturucu ölümlerinin azaltılmasına yönelik hakim olan yaklaşımlar arasında bulunmaktadır.

Umumi enjekte etmekle ilgili yerel risk koşulları dört AB ülkesi ile Norveç'te profesyonel olarak denetlenen uyuşturucu tüketim merkezlerinin açılmasına yol açmıştır<sup>(213)</sup>. Bunların hedef grupları, yüksek düzeyde marjinalleşmiş ve riske açık olan sokakta enjekte eden kişilerdir (EMCDDA, 2004c).

<sup>(212)</sup> 2004'te 26 UON yoluyla gerçekleştirilen bir araştırmaya dayanan sonuçlar. <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1333> adresinden indirilebilir.

<sup>(213)</sup> AB ülkeleri Almanya, İspanya, Lüksemburg ve Hollanda'dır.





## Bölüm 8

### Sorunlu ve çoklu uyuşturucu tüketimini izlemenin geliştirilmesi

Uyuşturucu alışkanlığı, uyuşturucuya bağımlılık, uyuşturucu istismarı, zararlı kullanım, sorunlu kullanım: EMCDDA sorunlu uyuşturucu kullanımı göstergesiyle bağlantılı, her biri tıbbi veya sosyal boyutlarda kendine has ince nüanslar taşıyan çeşitli kavramlar vardır. EMCDDA sorunlu uyuşturucu kullanımı (SUK) göstergesi, 'enjekte ederek uyuşturucu kullanımı veya uzun süreli/düzenli eroin, kokain ve/veya amfetamin kullanımı' nı izlemektedir. Tanım, usulen, metadon gibi başka opioidlerin kullanımını da içermektedir. SUK'un bu tanımı, uyuşturucu tüketim alışkanlıklarına dayanan salt davranışsal bir tanım olup hiçbir anlamda sorunları açıkça ölçmemektedir. Buna rağmen, bu şekilde davranan bir kişinin daha genel bir 'sorunlu kullanıcı' kavramına dahil olmasının son derece olası olduğu anlayışıyla çeşitli bağımlılık kavramlarıyla bağlantılıdır. Bu anlamda SUK göstergesinin yalnızca her hangi türde bir uyuşturucu sorununa sahip olarak düşünülebilecek kişilerin önemli bir alt grubunu değerlendirdiğini göz önünde bulundurmak önemlidir. Bununla birlikte, yaklaşımın yararları da vardır: davranışsal olarak belirlenen bir kavram olarak, aşağıdakileri sağlar:

- İzleme işleminin alışkanlık, bağımlılık, hasar ve sorun tanımlarına bağlı olmaksızın ilerlemesine olanak vermiştir.
- Araştırma çalışmalarında operasyonel hale getirilmesi nispeten kolaydır.
- Aralarında özellikle ayırım yapmaksızın farklı türdeki uyuşturucular ile yönetim kiplerini birbirinin alternatifleri olarak birlikte gruplandırır.

Tarihsel anlamda, EMCDDA izleme göstergesi çağın gereklerinden doğmuştur – 1980'ler ve büyük ölçüde 1990'lar boyunca eroin kullanımı ile enjekte ederek uyuşturucu kullanımı, uyuşturucu sorununun ele alınması gereken anahtar bileşenleri olarak görülmekteydi. Üstelik, uyuşturucu kullanımının bu biçimleri anket teknikleriyle ikna edici oranda ölçülemiyordu. Amfetaminlerin eklenmesi, tanımı enjekte ederek amfetamin kullanımının önemli olduğu bazı Kuzey Avrupa ülkeleri için uygun kıldı ama tanımda kokain de bulunmasına rağmen pratikte kokain tahminlerde nadiren dikkate değer bir bileşen oluşturuyordu. SUK göstergesi bize hala uyuşturucu sorununun önemli bir unsuruna dair faydalı bir açılım sunarken, günümüz Avrupası'nın daha heterojen olan uyuşturucu durumunun izlenmesinin gerektirdiklerini

karşılama için daha çok geliştirilmesi gerektiği giderek daha çok belli olmaktadır. Avrupa'daki kronik uyuşturucu sorunlarına ilişkin olarak giderek daha karmaşık bir tabloyla karşılaşmaktayız. İzleme işinin yasadışı uyuşturucuların değişen dünyası için anlamlılığını koruması için ilerleme kaydetmesi ve daha geniş bir uyuşturucu yelpazesini kapsamanın ve bunların kullanımlarını bugüne kadar olduğundan daha ince ayrıntılarıyla kapsamanın zorluklarıyla başa çıkabilmesi gerekmektedir.

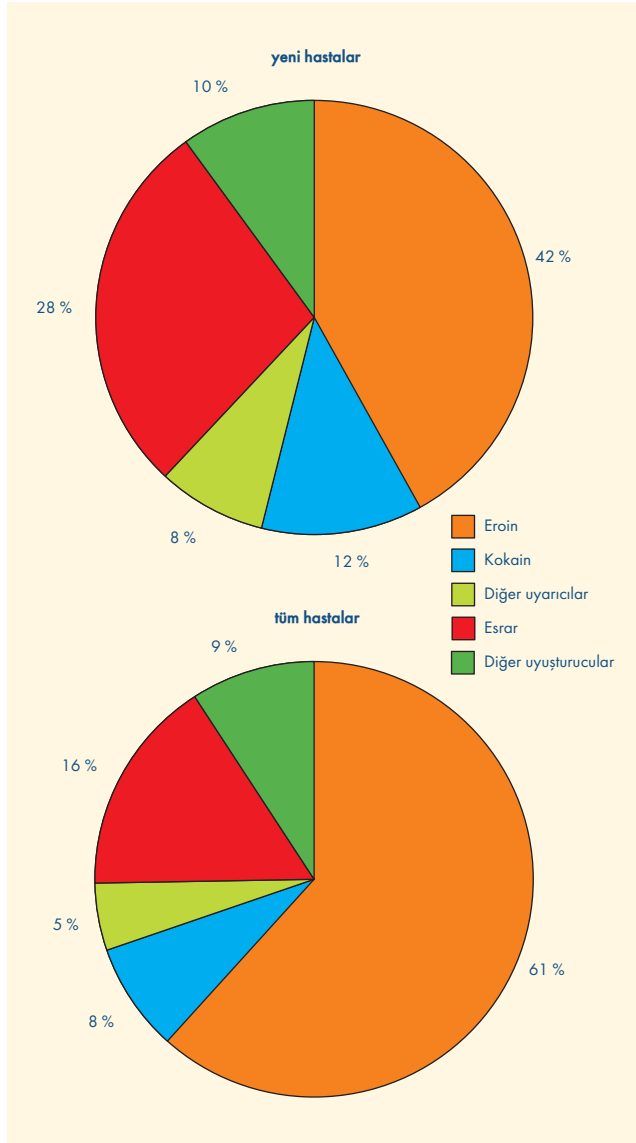
AB'nin genişlemesi, daha fazla çeşitlilik arz eden sosyal davranışları da beraberinde getirmiştir, yasadışı uyuşturucu kullanımı da buna bir istisna değildir. Uyuşturucu kullanımıyla ilgili sorunları olanların ihtiyaçlarının anlaşılması için, uyuşturucu kültüründeki gelişmeler, sentetik uyuşturucular ile yasadışı olarak kullanılan ilaçların yükselişe geçmesi, kokaine doğru kayma ve esrar kullanımının genel yüksek yaygınlığı, hepsi beraber hesaba katılmalıdır. Bu raporun önceki bölümlerinden, eroin kullanıcıları hala uyuşturucu tedavi hizmetlerinde talep bakımından açıkça baskın olmakla beraber, aralarında rapor edilen esrar ve uyarıcı sorunlarının artmakta olduğu ilk kez tedaviye başlayanlara ilişkin olarak tablonun değişmekte olduğu görülebilir (Şekil 14).

Bu değişen konum, opioide bağlı sorunları olanlar için son derece genişletilmiş tedavi hizmetlerinin yanı sıra tedavi servislerinin raporlama kapsamının artması gerçeğiyle birlikte anlaşılmalıdır. Özellikle, kişileri uzun vadeli sürekli bakıma kilitleyen opioid ikame tedavisi (bunun, yalnızca içinde bulunduğumuz yılda tedaviye başlayanları gösteren bu şemalarda gösterilmediğini unutmayın), opioidlerin tedaviye yeni başlayanlara oranla mevcut tedavi yükündeki rolünü vurgulamaktadır. Herşeye rağmen, pek çok ülkede, bugün Avrupa'da yeni bir uyuşturucu sorunu geliştirilenlerin, en azından kullandıkları maddeler anlamında, daha heterojen olmaları ihtimali geçmişte olduğundan daha fazladır.

### SUK göstergesi ve gizli uyuşturucu kullanıcı nüfuslarının sayısı

Mevcut SUK yaklaşımı, Avrupa'daki uyuşturucu tedavi servislerinin başlıca tüketicilerini temsil eden önemli bir uyuşturucu kullanıcıları grubunun daha iyi değerlendirilmesinde son derece faydalı olmuştur.

**Şekil 14:** Tedavideki 'yeni' hastalar ile tedavi talebinde bulunan 'tüm' hastaların birincil uyuşturucuya göre dağılımı



Not: Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Almanya, Yunanistan, İtalya, Kıbrıs, Macaristan, Malta, Hollanda, Slovenya, Slovakya, Finlandiya, İsveç, Birleşik Krallık, Bulgaristan ve Romanya ve Türkiye'den alınan verilere dayanmaktadır.

Kaynaklar: Reitox ulusal odak noktaları.

Bu yaklaşım, büyük ölçüde gizli olan bu nüfusun gerçek boyutunu öngörmeye yönelik bir dizi yöntem ve usulün geliştirilmesini canlandırmaya yaramıştır. Tüm bu yaklaşımlarda ölçüm, sorunlu uyuşturucu kullanıcılarının bir yüzdesinin, bir dizi tedavi hizmeti, yasal ve acil durum hizmetleri ve sosyal hizmetlerle temasta olduklarından 'yönetimsel açıdan görünür' oldukları fikrine dayanmakta olup, yüzde bilindiği takdirde, bu görünür azınlıktan nüfusun büyüklüğünün öngörülebileceği fikrine dayanmaktadır. Bu türde dolaylı istatistiksel yöntemler, bir dizi yöntem bilimsel ve pratik sebeple, düşük yaygınlıklı, damgalanmış ve büyük ölçüde gizli uyuşturucu kullanımının yaygınlığını tahmin

etmek için daha az uygun olan nüfus araştırma çalışmalarını tamamlamaktadır.

SUK göstergesinin AB'deki mevcut uygulanması anlamında, ülkeler yerel durumlarının pratiklerini içeren tanımları benimsemiştir ve dolayısıyla, konum heterojendir. Dokuz ülke EMCDDA tanımını olduğu şekliyle kabul etmekte, 11 ülke yalnızca opioid (veya eroin) kullanıcılarının sayısını değerlendirmekte ve diğer bir dört ülke de, her ne kadar esrar kullanıcıları genelde tahminlerinin yalnızca çok küçük bir bölümünü oluştursa da (esrar kullanıcıları için kriterler, yalnızca bağımlı veya çok yoğun kullanımın sayılması anlamında oldukça sınırlıdır), sorunlu esrar kullanıcılarını dışarıda bırakmamaktadır.

Daha yaygın olan kokain, crack kokain ve genel olarak uyarıcı kullanımının yanında, uyuşturucu sorunlarının alkol ve reçeteli ilaçlarla ilgili sorunların üstüne binmesi, göstergenin tutarlı bir uygulaması dahilinde bile tahminlerin artık, daha çeşitli sonuçlar ve sorunlara yol açma ihtimaliyle, öncekinden daha çeşitli uyuşturucu alma şekillerini kapsayacağını işaret etmektedir. Bundan dolayı, sorunlu uyuşturucu kullanımının genel kapsamının izlenmesine ek olarak, SUK göstergesini oluşturan farklı davranışları, yani enjekte etme ve SUK tanımındaki her uyuşturucu tipini ayrı ayrı izleme ihtiyacı vardır. Bu durum, opioid kullanımındaki eğilimlerin ayrıntılı bir izlenmesine olanak vermenin yanı sıra, bazı ülkelerden artan kokain kullanımı ile amfetamin kullanımı şekillerinin kanıtları ışığında özellikle önemli olabilir. Bütün bu davranışlar yalnızca toplam olarak rapor edildiği takdirde, açıkça önemli gelişmelerin gizlenmesi ihtimalinin ortaya çıkmasına ve eğilimlerin daha iyi anlaşılması olanağının kaçırılmasına yol açabilir.

Bu raporun başlarında, Avrupa'da eroin kullanımı ile enjekte etmenin ayrı bir tahmini ilk kez olarak verilmişti. Buna ek olarak, Avrupa'da yarım milyon üzerinde olan opioid ikame tedavisi tahminlerinin yanında, opioid sorunları için tedavinin bulunabilirliğindeki artışı hatırlatırız. Bu, tedavi hizmetleriyle teması olan veya teması olmuş olan eroin kullanıcıları ile enjekte edenlerin oranının pek çok ülkede oldukça fazla olabileceğine işaret etmektedir. EMCDDA, ulusal teknik gruplarıyla, hali hazırda tedavi talebi, tedavi bulunabilirliği ve eroin kullanımı ile enjekte ederek uyuşturucu kullanımı tahminlerine dair bilgileri bir araya getirmek yoluyla ne gibi bir değer katılabileceğini araştırmaktadır.

### SUK göstergesinin ötesine geçme

Avrupa'nın uyuşturucu sorununu daha iyi anlamadaki becerimizi geliştirmede daha ileri bir adım, yoğun uyuşturucu kullanımının, SUK izlemesinin ötesinde bir izleme uygulamasına ne ölçüde katılabileceğinin araştırılmasıdır. Nasıl tanımlanırsa tanımlansın, yoğun uyuşturucu

kullanımının bağımlılık, sorun düzeyleri ve tipleri ile ne ölçüde ilgili olduğu daha ayrıntılı bir şekilde araştırılmalıdır ve örneğin, Kandel ve Davis (1992), ABD'de günlük esrar kullanıcılarının yaklaşık üçte birinin bağımlı kabul edilebileceğini öngörmüştür. Bu alanda ilerlemek, esrar ve diğer yasadışı uyuşturucuların sık ve yoğun kullanımı kavramının izlemeye yönelik belirli bir hedef olarak somutlaştırılmasını gerektirmektedir. Sık veya yoğun kullanım, araştırma verilerinde dolaylı istatistik yöntemleri yoluyla değerlendirilmesini tamamlamak için ölçülebilir. Hali hazırda, araştırma verileri esrarın farklı kullanım şekillerine dair yararlı bir açılım sunmakla beraber, bunlar büyük ölçüde davranışsal ve kullanım sıklığı ölçüleridir. Bağımlı veya zararlı kullanıcılar olarak tanımlanabilecek esrar türünde uyuşturucu kullanıcılarının sayısına dair, en azından öz raporlama yoluyla, sağlam tahminler geliştirilecekse, anket verileri önemli olacaktır.

Bir dizi uyuşturucu için sık, yoğun kullanımı daha somut olarak tanımlamaya yönelik bu hamle, esrar tüketiminin farklı düzeyleri ve şekilleriyle ilişkili bağımlılık ve sorun seviyelerinin değerlendirilmesi için araştırma araçları geliştirilmesine de yardımcı olacaktır. Bir dizi Avrupa ülkesi, hem yoğun kullanımı hem de bağımlılık ile sorun seviyelerini ölçmek için yöntem bilimsel araçlar geliştirmek konusunda çalışmaktadır ve EMCDDA bu çalışma alanında işbirliğini teşvik etmektedir.

Yoğun kullanımı, bağımlı olma veya sorun yaşama konusunda en fazla riski altında bulunan kişilerin bir göstergesi olarak belirlemenin yol açtığı bir zorluk da, yoğun kullanımı belirleyen şeyin nosyonunun bir dereceye kadar uyuşturucu tipine özel olmasıdır. Her ne kadar sorunlu opioid kullanımı önemli oranda günlük kullanım alışkanlıklarıyla belirlense de, bu durum uyarıcı uyuşturucular için çoğunlukla geçerli değildir. Söz konusu uyuşturucularda, eğlence amaçlı tüketim genellikle daha yaygın olup, kullanım kısa dönemler için artıp sonrasında düşmekte, kullanıcılar genellikle yoksunluğun olumsuz etkilerini hafifletmek için başka uyuşturuculara veya alkole yönelmektedir. Yoğun uyuşturucu kullanımı şekillerine etki etmekte hem farmakolojik hem de bağlamsal faktörler önemli olabilir ama yoğun kullanımın davranışsal ölçütlerinin farklı uyuşturucu tipleriyle ilgili farklı uyuşturucu kullanma şekillerine karşı hassasiyet göstermek gerekecektir.

### Çoklu uyuşturucu sorunlarını raporlamanın zorluğu

Uyuşturucu kullanımı hakkındaki çoğu raporlama, geçerli pratik ve yöntemsel sebeplerle, her maddeyi ayrı olarak tanımlamaktadır. Bu durum, mevcut davranışsal ölçütlere dayanan raporlamayı kolaylaştırmak için gerekli olan kavramsal netliği sağlamakta ama farklı uyuşturucu kullanıcılarının çoğunlukla bir dizi yasadışı ve yasal madde kullanıyor veya kullanmış olabileceği ile ayrıca birden fazla uyuşturucuyla sorun yaşıyor olabileceği gerçeğini

göz ardı etmektedir. Bu kullanıcılar bir uyuşturucu türünü bir diğerinin yerine kullanabilir veya tercih etiketleri uyuşturucuyu zaman içerisinde değiştirebilir veya birbirini tamamlayıcı olarak kullanabilirler. Bu çeşit bir karmaşıklık, analiz farklı zamanlardaki uyuşturucu tüketiminin basit davranışsal ölçütleriyle sınırlandırılmış olsa dahi, bir izleme sistemi için son derece zordur. Sorunlu ve bağımlı kullanım kavramları da eklendiği takdirde, bu karmaşıklıklar daha da artmakta ve beslenen analize olanak vermek için Avrupa düzeyinde çok az sağlam veri bulunmaktadır.

Buna rağmen, bazı ülkelerde, birincil maddeye göre sınıflandırılması zor olan ve hem yasadışı hem de yasal maddeler kullanmalarından kaynaklanan sorunlar yaşıyor olabilecek, önemli bir kronik sorunlu uyuşturucu kullanıcı nüfusu bulunması olasıdır. Bu sorunu ele almak, çoklu uyuşturucu kullanımı şekillerinin daha iyi anlaşılmasını ve bu anlayışın ulusal ve Avrupa düzeyinde raporlamayı geliştirmeye yönelik uygulanmasını gerektirmektedir.

### Çoklu ikame

Genel çoklu uyuşturucu kullanımı kavramı çerçevesinde, terimin belirli bazı anlamları göz önüne alınmalıdır. Bir uçta, birden fazla maddenin yoğun ve kaotik bir şekilde aynı anda veya ardı ardına, pek çok durumda her uyuşturucunun bulunabilirliğine göre birbiri yerine kullanılması bulunur. Bu duruma bir örnek, farklı opioidlerin yanı sıra ilaçlar, kokain, amfetaminler ve alkol kullanan sorunlu kullanıcılarıdır.

Bu kullanım şeklinin, bazı kronik kullanıcılar arasında, muhtemelen marjinal gruplar, yine muhtemelen psikiyatrik sorunları olan kişiler arasında bulunduğu görülmektedir. Avrupa'daki pek çok kayıt sisteminde bu vakalar opioidlere bağlanacaktır.

Bu şekliyle, söz konusu kişiler sorunlu uyuşturucu kullanıcıları tanımı ve izlenmesi kapsamına dahil olacaklardır. Bununla beraber, bu yoğun, kaotik çoklu uyuşturucu kullanımının kendi içinde yeterince belirli olmadığı sorusu cevapsız kalmaktadır çünkü uyuşturucu tipine özel olmayan bir bağımlılık olduğundan özellikle zor şartlarda hedefli epidemiyolojik ölçümler ile tedavi, destek veya hasar azaltma gerektirmektedir. Bu koşullar altında, sorunlu uyuşturucu kullanımının ana bileşenlerinin herhangi bir izlenmesinin, ayrı olarak ölçülen bu bileşenlerden biri olarak çoklu uyuşturucu kullanımını da içermesi gerekecektir.

### Uyuşturucu kombinasyonları

Eroin ve kokainin enjeksiyon yoluyla aynı anda kullanımı anlamına gelen 'speedballing' gibi, farmakolojik kombinasyonun etkilerini isteyerek, aynı anda sistematik olarak birden fazla madde alan ikinci bir kullanıcı grubu vardır.

İşlevsel veya farmakolojik amaçla kullanılan ikinci bir uyuşturucu eşzamanlı kullanımla sınırlı olmayıp diğer uyuşturucunun ardından, onun yerine veya tamamlayıcı bir uyuşturucu olarak kullanılabilir. Örneğin, opioid bulunmadığında çekilme semptomlarını azaltmakta benzodiazepin kullanılabilir. Diğer durumlarda, ikinci bir uyuşturucu dengeleyici farmakolojik etkisi için kullanılabilir: opioidlerin narkotik etkisi kokain kullanılarak hafifletildiğinde veya kokain ya da amfetaminlerin anksiyete etkileri opioid veya başka depresanların kullanımıyla yatıştırıldığında olan budur.

### Çoklu uyuşturucu kullanımı dolayısıyla artan riskler

Bir uyuşturucunun bir diğeri üzerindeki güçlendirici etkisi bazen önemli orandadır ve burada – alkol, nikotin ve antidepresanlar gibi – yasal uyuşturucu ve ilaçlar, kontrol edilen psikoaktif maddelerle birarada ele alınmalıdır. Risk düzeyi her iki maddenin de dozajına göre değişecektir. Bir dizi farmakolojik eşleşmeye dair endişeler vardır: alkol ve kokain kalp damar ağrılılığını artırır; alkol veya depresan uyuşturucular opioidlerle birlikte alındığında aşırı doz riskinin artmasına yol açar ve ecstasy veya amfetaminlerle birlikte alınan opioidler ya da kokain de ek akut ağrılılığa sebep olur.

### Çoklu uyuşturucu kullanımına dair mevcut verilerin sınırları

Mevcut veri eksikliği, çoklu uyuşturucu kullanımının pek çok yönü hakkında raporlamayı kısıtlamaktadır. Uyuşturucu doz aşımalarına dair toksikolojik raporlar ile tedavi hizmetlerine katılanlardan alınan kendileriyle ilgili raporlardan veri elde edilebilmektedir. Bu kaynaklar, çoklu uyuşturucu kullanımına dair bir içgörü sağlarken, eldeki bilgiler genellikle sınırlı olup verilerin temsil değeri üzerinde düşünmek gerekmektedir.

Araştırma sonuçları, kişilerin aynı zaman süresi içerisinde ikiden fazla uyuşturucuyu oldukça fazla kullandığını göstermektedir. Bununla beraber, araştırma verileri, çoğunlukla bazı uyuşturucu kullanımı şekillerine dair raporlama sağlamakta yetersiz olup, elde veri bulunsa dahi, karşılaştırılabilir raporlama standartları geliştirmek için daha fazla çalışma yapmak gereklidir. Nüfus anketlerinden elde edilen çoklu uyuşturucu kullanımı verilerinin kapsamına bir örnek EMCDDA (2005b)'nin yeni bir teknik raporunda görülebilir. İspanya'dan alınan veri örneğini ele alan (Şekil 15), bir uyuşturucunun kullanımının, genel halkınkiyle karşılaştırıldığında, bir diğeri kullanma eğiliminin artmasına yol açtığını ve bunun ilgili uyuşturucuya göre önemli farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, eroin kullanıcıları arasında kokain kullanımı nispeten yaygın olmakla birlikte, kokain kullanıcıları arasında diğer uyuşturucuların kullanımı daha az görülmektedir.

### Çoklu uyuşturucu kullanımının operasyonel bir tanımının geliştirilmesi: bir zamanlama sorunu mu?

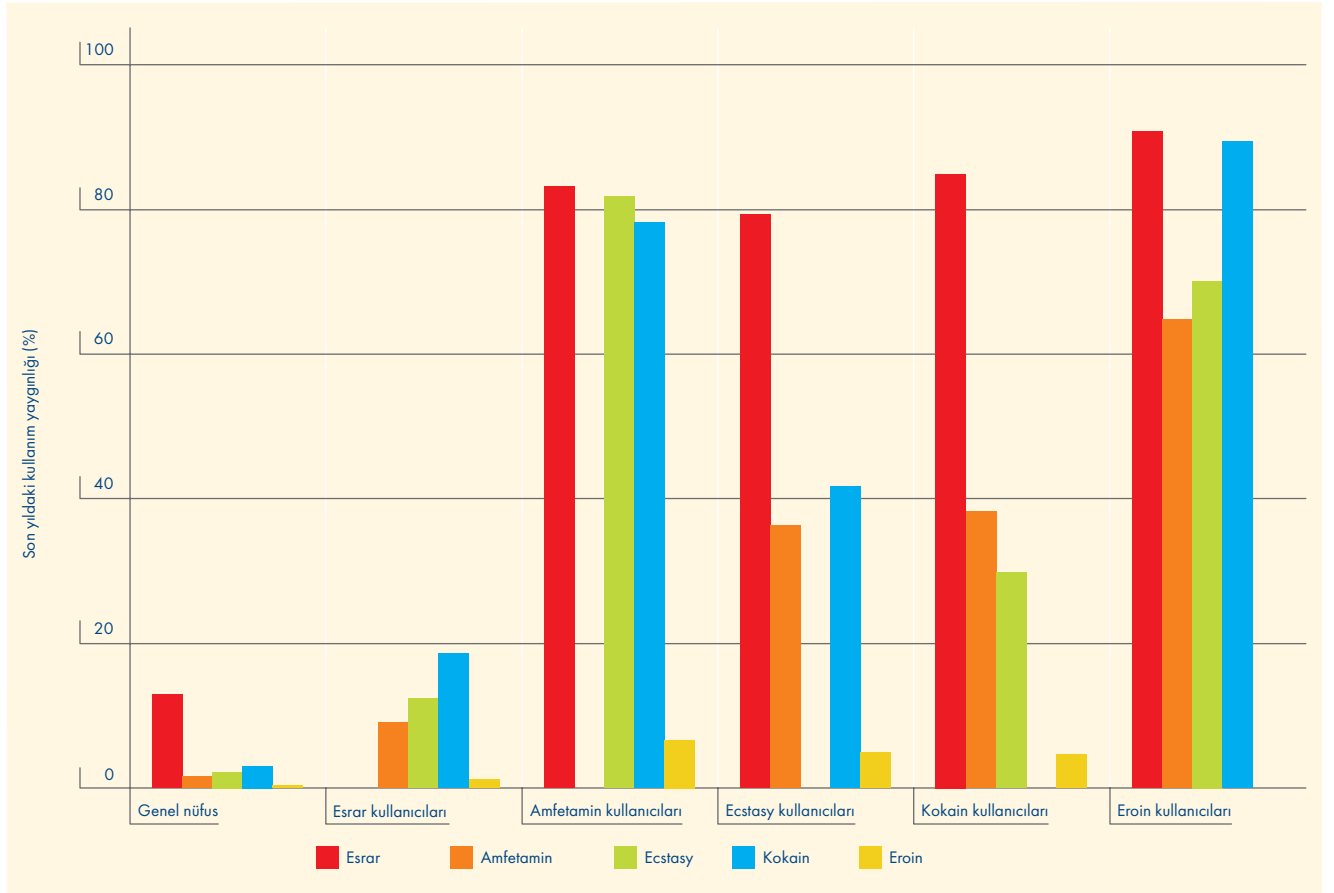
Çoklu uyuşturucu kullanımına dair raporlama ve değerlendirme yapmak için hangi zaman aralıklarının seçildiğine dikkat etmek gerekmektedir. Yaşam boyu yaygınlık oranları, daha yakın zamanda kullanım ölçümlerine oranla, kamu sağlığı konuları için genellikle pek yararlı olmamakta veya bu konularda çok önem arz etmemektedir.

Çoklu uyuşturucu kullanımının kullanışlı bir operasyonel tanımı, birden fazla maddenin asgari belirli bir süre, örneğin 1 ay içerisinde sık kullanımı olarak yapılabilir. Bu tanım, yukarıda anlatılan farklı kullanım tiplerini birbirinden ayırt etmemekte ama yüksek riskli olabilecek bir grubun genel bir tablosunu çizmektedir. Çoklu uyuşturucu davranışını özelleştirmede yaşam boyu kullanımın gözardı edilmesine yönelik istisna, yaşam boyu çoklu kullanımın mevcut kullanımı daha güçlü şekilde etkileyebileceği çok genç kişiler – lise veya üniversite öğrencileri – söz konusu olduğunda devreye girer. Örneğin ESPAD araştırmalarından elde edilen kanıtlar, öğrenciler arasındaki uyuşturucu kullanımının daha sapkın/düşük yaygınlık şekillerinin (ecstasy, amfetamin, halüsinojenler, kokain, eroin) birkaç kişide toplandığını ileri sürmektedir.

### Avrupa'daki uyuşturucu sorununun izlenmesinin iyileştirilmesi ve çoklu uyuşturucu tüketimine karşı hassasiyetin artırılması

Avrupa'nın uyuşturucu sorununun niteliği ve ölçeğinin daha iyi anlaşılmasını sağlamak EMCDDA'nın anahtar görevlerinden biridir. Bununla beraber, uyuşturucu kullanımı, bazı önemli kamu sağlığı sorunları ve sosyal sorunlarla değişik oranlarda ilgili olan bir dizi davranışı kapsayan karmaşık bir konudur. Uyuşturucu kullanıcıları sorun yaşıyor veya yaşamları risk altında bulunuyor olabilir. Uyuşturucu kullanma şekilleri deneyimsel, düzensiz ve nadir kullanımdan düzenli, yoğun ve kontrolsüz kullanıma kadar değişmektedir. Uyuşturucu kullanıcıları, bir uyuşturucu sorununa sahip veya bağımlı olmak gibi klinik tanımlar kapsamında sınıflandırılabilir ve araştırma bağlamında bu kategorilerin her ikisi de kontinyumlara ayrılabilir. Bu karmaşıklığa ek olarak, uyuşturucu kullanıcıları genellikle birden fazla madde tüketir ve tüketim şekillerini zaman içerisinde değiştirirler. Tek başına hiç bir raporlama aracı bu karmaşıklığı tam olarak kapsamaz. Pratikte, EMCDDA tarafından benimsenen çoklu göstergeli yaklaşım, uyuşturucu sorununun farklı yönlerini aydınlatmayı amaçlamaktadır.

SUK göstergesi, belirli bir dizi davranışa odaklanarak, uyuşturucu kullanımının en zararlı ve bedeli ağır şekillerinden bazılarını yararlı bir bakış sağlar. Bu şekliyle, Avrupa'nın uyuşturucu sorununun bir bütün olarak anlaşılmasına

**Şekil 15:** 15-34 yaşındaki genel nüfus içindeki farklı kullanıcı gruplarına göre geçen yılda uyuşturucu kullanımı

Not: İspanya için 1999 verileri. Daha fazla bilgi için 2006 istatistik bültenindeki Şekil GPS-34'e bakın.  
Kaynak: EMCDDA (2005b).

önemli bir katkı sağlamaktadır. Bununla beraber, artık SUK göstergesinin genel değerlendirmelerini Avrupa'nın giderek daha heterojen olan uyuşturucu problemiyle mücadele etmek üzere maddeye özel bileşen tahminleriyle tamamlamaya yönelik açık bir gereksinim vardır.

Mevcut veri kaynaklarından pek çoğu uyuşturucu tüketiminin davranışsal raporlarına dayandığından dolayı, sık veya yoğun kullanım kavramının bu temelde geliştirilmesi gerekmektedir. Bu durum, uyuşturucu sorunlarını izleme perspektifini hali hazırda SUK göstergesinde bulunanın ötesine genişletecektir. SUK bilgilerini bu daha kapsamlı bilgi

dizisinin yanı sıra konumlandırmak; ayrıca EMCDDA'nın genel olarak Avrupa'daki uyuşturucu problemlerinin ölçeğini ve niteliğini daha iyi anlamaya yönelik çabalarında ileri doğru bir adım teşkil edecektir. Buna paralel olarak, çoklu kullanım şekillerinin Avrupa düzeyinde daha iyi tanımlanmasına olanak verecek raporlama standartları geliştirilmesi konusunda çalışmaların ilerletilmesi gerekmektedir. Bu yöndeki ilk adımlar arasında, çoklu uyuşturucu tüketiminin farklı türlerine bakmak için – doğru zamansal çerçevelerin benimsenmesi dahil – daha gelişmiş bir kavramsal çerçeve geliştirmek ve doğru veri kaynaklarını saptamak bulunmaktadır.







## Referanslar

ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, Londra.

Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. ve Niesink, R.J.M. (2005), 'Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?', *Addiction biology* 10(4), ss. 321–3.

Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. vd. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.

Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. ve Anthony, J.C. (2005), 'Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001', *Drug and alcohol dependence* 79, ss. 11–22.

Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. vd. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, Londra (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).

CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Narkotik Uyuşturucular Komitesi, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi, Viyana.

CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Narkotik Uyuşturucular Komitesi, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi, Viyana.

EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

EMCDDA (2002b), 'Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs', Project CT.00.EP.13, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

EMCDDA (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

EMCDDA (2004d), 'Overdose: a major cause of avoidable death among young people', *Drugs in Focus* No. 13, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

EMCDDA (2005a), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

EMCDDA (2005b), 'Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use', final report, project CT.03.P1.200, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

EMCDDA (2005c), 'Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU', final report, project CT.04.P2.329, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Lizbon.

EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. No 71.

Europol (2006), 'Drugs 2006' (communication to the EMCDDA of 16 January 2006, file no. 158448), Europol, Lahey.

Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. vd. (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention', *International journal of drug policy* 16S, ss. S67–75.

Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. vd. (2005), 'Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users', *World psychiatry* 4(3), ss. 173–6.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. vd. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, İsveç Alkol ve Diğer Uyuşturucular Hakkında Bilgi Konseyi ve Avrupa Konseyi Pempidou Grubu.

Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. vd. (2003), 'Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients', *Archives of general psychiatry* 60, ss. 1043–52.

INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Birleşmiş Milletler Uluslararası Narkotik Denetleme Kurulu, New York.

INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Birleşmiş Milletler Uluslararası Narkotik Denetleme Kurulu, New York.

Kandel, D. ve Davis, M. (1992), 'Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use', Glantz, M. ve Pickens, R. (ed) içinde, *Vulnerability to Drug Abuse* ss. 211–53. American Psychological Association. Washington.

Kumpfer, K.L., Molgaard, V. ve Spoth, R. (1996), 'The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations', Peters, R. ve McMahon, R. J. (ed)

içinde *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. vd. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, Londra (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D. and Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, Londra.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. vd. (2006), 'Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population', *Archives of general psychiatry* 63, ss. 219–28.

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, ss. 147–55.

Reitox Ulusal Raportarı (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E. ve Becker, J (2005), 'Drug prevention with vulnerable young people: a review', *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), ss. 85–99.

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. vd. (2004), 'A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction', *Drug and alcohol dependence* 74, ss. 1–13.

Schäfer, C. ve Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.

Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. vd. (2005), 'Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence', *American journal of psychiatry* 162, ss. 340–9.

Shearer, J. ve Gowing, L.R. (2004), 'Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research', *Drug and alcohol review* 23, ss. 203–11.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.

UNODC (2006), *2006 world drug report*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.

UNODC ve Fas Hükümeti (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.

Van den Brink, W. (2005), 'Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment', *Sucht* 51(4), ss. 196–8.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. ve Watts, C. (2006), 'Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (baskıda).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. vd. (2002), 'What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults', *Drug and alcohol dependence* 68(1), ss. 49–64.

WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, Dünya Gümrük Örgütü, Brüksel.

WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.

WHO/UNODC/UNAIDS (2004), 'Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention', position paper, Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, UNAIDS ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).





Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

**2006 Yıllık raporu: Avrupa'daki uyuşturucu sorununun durumu**

Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu

2006 – 96 pp. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-263-2



## **SATIŞ VE ABONELİK**

Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Ofisi tarafından satıŐa sunulmak üzere üretilen yayınlar tüm dünyadaki satış temsilcilerimizden edinilebilir.

Satış temsilcilerinin listesini Yayınlar Ofisi web sitesinde bulabilir (<http://publications.europa.eu>) ya da (352) 29 29-42758 numaralı telefondan faksla baŐvuru yapabilirsiniz.

Tercih ettiğiniz satış temsilcisiyle görüŐün ve sipariŐinizi verin.

## 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 nesnel, güvenilir ve karşılaştırılabilir bilgiler toplar, analiz eder ve dağıtır. Bۆylelikle izleyicilerine Avrupa dۆzeyindeki 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 ۆğrenmek isteyenler için temel bir referans kitabıdır.



Publications Office  
*Publications.europa.eu*

ISBN 92-9168-263-2



9 789291 682638