



Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu
Bağımlılığı İzleme Merkezi

2007 YILLIK RAPORU

AVRUPA'DAKİ UYUŞTURUCU SORUNUNUN DURUMU



Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu
Bağımlılığı İzleme Merkezi

2007 YILLIK RAPOR

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 Bulgarca, İspanyolca, Çekce, Danca, Almanca, Estonca, Yunanca, İngilizce, Fransızca, İtalyanca, Letonca, Litvanca, Macarca, Flamanca, Lehçe, Portekizce, Romence, Slovakça, Slovence, Fince, İsveççe, 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, 2007

ISBN 978-92-9168-305-5

© Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2007

Kaynak belirtilmesi kaydıyla çoğaltılmasına izin verilir.

Printed in Belgium

KLORSUZ BEYAZ KAĞIDA BASILMIŐTIR



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 • <http://www.emcdda.europa.eu>

İçindekiler

Önsöz	5
Katkıda bulunanlar	7
Giriş notu	9
Açıklama — Avrupa’da uyuşturucu sorunu	11
1. Bölüm	
Politikalar ve kanunlar	18
2. Bölüm	
Avrupa’daki uyuşturucu sorunlarına tepki verme — genel bakış	28
3. Bölüm	
Esrar (kenevir)	37
4. Bölüm	
Amfetaminler, ecstasy ve LSD	48
5. Bölüm	
Kokain ve crack kokain	57
6. Bölüm	
Opioid kullanımı ve uyuşturucu enjeksiyonu	63
7. Bölüm	
Yeni ortaya çıkan uyuşturucu eğilimleri ile yeni uyuşturuculara karşı önlemler	72
8. Bölüm	
Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar ve uyuşturucuya bağlı ölümler	77
Referanslar	89



Önsöz

Bu Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin 12. yıllık raporudur. Önceki raporlar gibi, Avrupa'daki uyuşturucu durumuna ilişkin mevcut durum hakkında kapsamlı bir güncelleme sunar. Ayrıca Avrupa'nın uyuşturucu kullanımını izleme konusunda yöntemsel olarak doğru, sürdürülebilir ve kapsamlı bir bilgi sistemi uygulanmasında kat ettiği aşamaları da gözler önüne serer.

Rapor iki temel soruyu ele almaktadır. Avrupa'da uyuşturucu kullanımı ve yol açtığı sorunlar hakkında bilinenler nelerdir? Ve uyuşturucuya bağlı sorunlara etkin tepki verme hakkında neler öğrenilmiştir? Bu sorular önemlidir çünkü Avrupa çapındaki politika yapıcılar, siyasi görüş veya ideolojik tutumdan bağımsız olarak, uyuşturucu sorununun, basit bir çözümü bulunmayan bir dizi karmaşık husus ortaya koyduğunun farkına varmıştır. İlerlemenin başlıca şartının, sorunun büyüklüğü ve niteliği ile farklı müdahale yaklaşımlarının bedelleri ve faydalarına ilişkin elde bulunan kanıtların analiz edilmesinde yattığını kabul etmektedirler. Bu anlamda, rapor ayrıca Avrupa'nın hızlı çözümlere güvenmekten ziyade zamana yayılan sürekli bir çalışmaya ve dengeli ve kanıt temelli politika yapıcılığına verdiği önemi de ortaya koymaktadır. Bundan dolayı, Avrupa bu zor ve genellikle duygusal olan konuya yönelik tepkisi hem rasyonel hem de insani olduğu için gurur duyabilir.

Bu raporda ayrıca Avrupa'daki uyuşturucu sorununa verilen tepkilerde kaydedilen ilerlemelere ilişkin düşüncelere de yer vermekteyiz. Bu durum bu yıl için özellikle geçerli zira yakında hem Avrupa hem de uluslararası düzeyde bu alandaki gelişmeler üzerinde düşünüyor olacağız. 2008 yılında, Avrupa Komisyonu mevcut Avrupa uyuşturucu eylem planının etkisinin değerlendirilmesi görevine başlayacak ve Birleşmiş Milletler Narkotik Uyuşturucular Komisyonu (CND) 1998 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Özel Oturumunda belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesinde kaydedilen gelişmeleri tartışacak.

Avrupa'da, uyuşturucu durumu hala sağlık ve sosyal politikalar ile kanun uygulama kurumları için ciddi bir sorun

teşkil etmektedir. Özellikle endişeye yol açan alanlar bulmak güç değildir. Yine de, aynı zamanda kaydedilen ilerlemelerin farkına varılmasının da önemli olduğuna inanıyoruz.

Avrupa'da giderek daha fazla Üye Devlet uyuşturucu sorunuyla mücadele etmek için stratejik ve planlı yaklaşımlar benimsemektedir. Ayrıca önleme, tedavi ve hasar azaltma faaliyetlerine yapılan yatırımlarda da önemli bir artış olmuş, işbirliği artmış ve arzın azaltılmasına daha çok odaklanılmıştır. Uyuşturucu kullanımı genel olarak hâlâ tarihsel olarak yüksek seviyelerde seyrettiği halde birçok bölgede kararlı bir hale gelmiş olup, hatta bazı bölgelerde ihtiyatlı bir iyimserliği hak eden işaretler görülmektedir. Avrupa Birliği ile Üye Devletleri uluslararası programlara önemli oranda destek sağlamakta olup, küresel bağlamda ise, bazı önemli alanlarda Avrupa'nın durumunun nispeten olumlu görüldüğünü gözlemlemek memnun edicidir.

Bizler bir izleme kurumu olarak, olgular ve rakamlarla çalışırız; eldeki bilgileri peşin hükümsüz ve önceden tutum almadan yorumlarken bilimsellikten ödün vermemeye ve tarafsız olmaya önem veriyoruz. Bizim görevimiz budur ve Yönetim Kurulu Başkanı ve Müdür olarak bu tutumdan ödün vermeyi kesinlikle kabul etmiyor, koruduğumuz yüksek standartlarla iftihar ediyoruz. Ancak bilimsel disiplin çalışmalarımız için esas olmakla beraber, rapor ettiğimiz rakamların ardında uyuşturucu sorunları yüzünden hayatları etkilenen ve bazen yıkıma uğrayan gerçek insanlar olduğunu asla unutmamalıyız. Tedavi talebi, uyuşturucuya bağlı ölümler ve suç oluşturan davranışlara ilişkin kuru istatistiklerin ardında yas tutan aileler, kaybolan potansiyeller ve güvenli olmayan toplumlarda yetişen çocuklar bulunuyor. Uyuşturucu sorununa yönelik etkin tepkiler geliştirmek için elimizdeki veriler karşısında serinkanlı olmamız gerekiyor ancak konu karşısındaki duygusallığımızı hiçbir zaman yitirmemeliyiz.

Marcel Reimen

EMCDDA Yönetim Kurulu Başkanı

Wolfgang Götz

EMCDDA Müdürü



Katkıda bulunanlar

EMCDD, bu raporun oluşturulmasındaki katkılarından dolayı aşağıdakilere teşekkürlerini sunar:

- Reitox ulusal odak noktalarının şefleri ve personelleri;
- Her Üye Devlet'te bulunan, bu rapor için ham verileri toplayan servisler;
- EMCDDA'nın 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), Avrupa İlaç Ajansı (EMA) ve Europol;
- Avrupa Konseyi Pompidou Grubu, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Interpol, Dünya Gümrük Örgütü, ESPAD projesi ile İsveç Alkol ve diğer Uyuşturucularla ilgilenen Bilgi Konseyi (CAN) ve Avrupa AIDS Epidemiyolojik İzleme Merkezi (EuroHIV);
- Avrupa Birliği Organları 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 ile Avrupa Komisyonu'ndaki ulusal odak noktalarından oluşmaktadır. Odak noktaları, hükümetlerinin sorumluluğu altında EMCDDA'ya uyuşturuculara ilişkin bilgi sağlayan ulusal makamlardır.

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



Giriş notu

Bu yıllık rapor AB Üye Devletleri ile aday ülkeler ve (2001 yılından beri EMCDDA'nın çalışmalarına katılan) Norveç tarafından EMCDDA'ya ulusal bir rapor şeklinde sunulan bilgilere dayanmaktadır. Burada rapor edilen istatistiksel veriler 2005 yılına (ya da mevcut son yıla) aittir. Bu rapordaki grafik ve tablolar AB ülkelerinin bir alt kümesini yansıtır: seçim, ilgili döneme ait veri bulunan ülkeler temel alınarak yapılmıştır.

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

2007 istatistik bülteni (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) yıllık rapordaki istatistiksel analizin dayandığı kaynak tabloların tamamını sunmaktadır. Bülten ayrıca, kullanılan yöntem bilim hakkında ayrıntılı bilgi ve 100'ün üzerinde ek istatistiksel çizelge içermektedir.

Ülke veri profilleri (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) her ülkeye yönelik uyuşturucu durumunun önemli yönlerinin en üst düzey, grafiksel bir özetini sunar.

Bu raporun beraberinde üç inceleme yer almakta olup, bunlar aşağıdaki konuları değerlendirmektedir:

- Uyuşturucu ve araba kullanma;
- Reşit olmayanlar arasında uyuşturucu kullanımı;
- Kokain ve crack kokain: büyümekte olan bir kamu sağlık sorunu.

Bu seçilen konular basılı ve çevrimiçi olarak (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) sadece İngilizce dilinde bulunmaktadır.

Reitox odak noktalarının ulusal raporları her ülkedeki uyuşturucu sorununun ayrıntılı bir açıklaması ve analizini sunmakta ve EMCDDA web sitesinde bulunmaktadır (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Açıklama — Avrupa’da uyuşturucu sorunu

Uyuşturucu sorunlarının azaltılmasına yönelik küresel eylemlerin desteklenmesinde Avrupa’nın oynadığı rolün önemi giderek artıyor

Ne uyuşturucu kullanımında rastlanan eğilimler ne de uyuşturucu üretimi ve ticareti işinde olanlar ulusal veya coğrafi sınırlara aldırılmaktadır. Dolayısıyla, Avrupa’da uyuşturucu kullanma alışkanlıklarının başka yerlerdeki sorunu da etkilediğini ve başka yerlerdeki sorunlardan da etkilendiği düşünüldüğünde, Avrupa’nın uyuşturucu sorununun daha geniş çapta bir küresel olgunun parçası olduğunu kabul etmek gerekir. Bu konu, Avrupa’nın uluslararası işlerdeki koordinasyonunun artırılmasına yönelik ihtiyaç ile komşu ülkeler ve üretici ülkelerdeki uyuşturucu talep ve arzının azaltılmasına yönelik programların desteklenmesi gereğini ele alan, mevcut AB uyuşturucu eylem planında da yer almaktadır. Uluslararası eylemleri destekleyen Avrupa yatırımları artık önemli bir orana ulaşmış olup, yeni bir Avrupa Komisyonu denetimi şu anda Avrupa Topluluğu’nun üçüncü dünya ülkelerindeki talep ve arz azaltma tedbirlerine en az 750 milyon EUR değerinde finansman sağladığını ileri sürmektedir. Bunun yanı sıra, AB bugün Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Dairesi’nin (UNODC) çalışmalarını destekleyen en önemli uluslararası finansmandır.

Avrupa ülkelerinin, bu finansal desteğin yanı sıra, uyuşturucu sorunlarına uygun tepkiler geliştirilmesine yönelik olarak uluslararası düzeyde verilmiş olan vaatleri ciddiye almış olduğunu gösteren kanıtlar da bulunmaktadır. 2008 yılında, uluslararası topluluk, 1998’de dünyada uyuşturucu sorununa karşı Birleşmiş Milletler özel oturumunda belirlenen hedeflere oranla kaydedilmiş olan küresel gelişmeyi değerlendirecektir. EMCDDA, uluslararası düzeyde mevcut bulunan verileri tamamlamak amacıyla, Avrupa’daki durumun daha ayrıntılı bir değerlendirmesini sunarak inceleme sürecine katkıda bulunacaktır. Bu raporda sunulan verilerden de anlaşılacağı gibi, son 10 yılda, AB Üye Devletleri giderek daha kapsamlı ulusal ve AB düzeyinde koordinasyon mekanizmaları geliştirmiş olup, bunlar genellikle stratejilere ve eylem planlarına dayanmaktadır. Üye Devletler, buna ek olarak, eldeki uyuşturucu durumuna ilişkin bilgileri önemli oranda iyileştirmiş, hem arz hem de talep tarafındaki müdahalelere yönelik yatırımı artırmıştır. Uyuşturucu kullanımının Avrupa’da halk sağlığı ve sosyal politika açısından büyük bir sorun teşkil etmeye devam ettiğini unutmadan, bir yandan da bu olumlu gelişmeleri göz önünde bulundurmak da önemlidir.

Avrupa’nın küresel bir bağlama oturtulması

Uyuşturucu kullanımı küresel bir sorundur ve Avrupa verilerinin diğer ülkelerden gelen bilgilerle karşılaştırılmasıyla, Avrupa’daki uyuşturucu sorunun göreceli büyüklüğüne dair yararlı bir içgörü edinilebilir. Buradaki güçlük, nispeten kapsamlı ve sağlam bilgilerin dünyanın sadece birkaç bölgesinde mevcut olmasıdır. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya önceki yıla ait uyuşturucu yaygınlığı tahminlerine ilişkin anlamlı karşılaştırma noktaları sağlayabilmiştir. UNODC tahminleri, bu ülkelerdeki opioid kullanımı yaygınlığının Avrupa Birliği’ndekine oldukça benzer olup, % 0,4 ve % 0,6 arasında değiştiğini ve Kanada’nın biraz daha düşük, ABD oranlarının ise biraz daha yüksek olduğunu göstermektedir. Tahmini esrar kullanımı, ortalama olarak, Avrupa Birliği’nde ABD, Kanada veya Avustralya’da olduğundan önemli oranda daha düşüktür. Uyarıcı uyuşturucular anlamında ise, ecstazy kullanma seviyeleri tüm dünyada oldukça benzer olmakla beraber, Avustralya daha yüksek yaygınlık seviyeleri rapor etmekte ve amfetamin durumunda ise, Avustralya ve ABD’de yaygınlık Avrupa ve Kanada’da olduğundan daha yüksektir. Kokain kullanımının yaygınlığı ABD ve Kanada’da, Avrupa Birliği ve Avustralya’da olduğundan daha yüksektir. Karşılaştırılabilir verilerin eksikliği, uyuşturucu kullanımının ülkeler arasındaki sağlığa ilişkin etkisini değerlendirmeyi güçleştirmekle beraber, 2005’te uyuşturucu enjekte etmeye bağlı yeni tanı konmuş HIV enfeksiyonlarına ilişkin tahmini oranların ihtiyatlı bir karşılaştırması Avustralya, Kanada ve Avrupa Birliği’ndeki oranların bir milyon kişi başına 10 vakanın altında olduğunu, ABD’de ise milyon başına 36 vaka dolaylarında olduğunu ortaya koymaktadır.

Ölçüm yapmanın güçlükleri: anlamlı hedefler belirlenmesi ve yararlı bir seri tedbirler geliştirilmesi

Tüm Avrupa uyuşturucu stratejilerinin hedefi, uyuşturucu kullanımının ve uyuşturucuların, hem bunları kullananlarda hem de kullanan kişilerin içinde yaşadığı topluluklarda yol açabileceği hasarın azaltılmasıdır. Bu politika hedefi basitçe de ifade edilebilir ancak, uyuşturucu kullanımının çok yönlü ve karmaşık bir olgu olduğu kabul edilmeli, bu alandaki politikaların etkisini değerlendirmeye yönelik her teşebbüs, alta yatan bu gerçeği yansıtmalıdır. Bu raporun olumlu bir sonucu, Avrupa uyuşturucu politikalarının spesifik faaliyetlere odaklanılması ve anlamlı hedefler geliştirilmesi ihtiyacına karşı daha duyarlı hale gelmeye başlamış olmalarıdır. Bu durum Avrupa’da, daha spesifik ve zaman sınırlı eylem

planlarının eşlik ettiği ulusal uyuşturucu stratejilerine yönelik genel eğilimde ve Avrupa koordinasyonu düzeyinde de, uyuşturucular hakkındaki mevcut AB eylem planının, performanslarının incelenmesini takiben göstergelerin düşürülmüş veya değiştirilmiş olduğu yıllık değerlendirmesinde görülmektedir.

Eylemlerin değerlendirilmesi için daha odaklı bir yaklaşıma geçmek açıkça faydalıdır. Bununla beraber, karmaşık hususların daha kolaylıkla tanımlanabilmesine olanak verecek bir seri tedbirlere sahip olmak da faydalıdır. Bu gibi ölçekler ve ölçümler geliştirmek güç olmakla beraber, bu alandaki bazı yeni gelişmeler umut vadetmektedir. Bu raporda, Avrupa'nın uyuşturucuya yönelik kamusal harcamaları hakkındaki verilerin yeni bir analizini sunuyoruz. Veriler kısmi olmakla beraber, Avrupa'da uyuşturucu talebi ve arzının azaltılması için her yıl harcanan önemli miktarları göstermektedir: 13 milyar EUR ve 36 milyar EUR arasında bir rakam. Üstelik bu rakamların uyuşturucu kullanımının sosyal maliyetlerini içermediği de hatırlanmalıdır.

Bu yönde yararlı olabilecek ilerlemeler arasında, Birleşik Krallık'ta yakın zamanda geliştirilmiş olan uyuşturucu hasar indeksi gibi, yasadışı uyuşturucu kullanmanın farklı bedelleri ile hasarlarını yakalamaya çalışan indeksler geliştirilmesi bulunmaktadır. Hasar ayrıca, UNODC'nin yakın zamanda önerilen yasadışı uyuşturucu indeksinde (YUI) yer alan anahtar kavramlardan da biridir. Bu türden yaklaşımlar gelecekte politika analizi amaçlarına yönelik olarak fayda sağlayabilirse de, bunlar karma tedbirin dayandığı verilerin kalitesine ve bu verilerin hedef kavramı ne ölçüde kuşatabileceğine bağlıdır.

Hasar azaltma artık Avrupa yaklaşımının açık bir unsurudur

Ulusal uyuşturucu sorunlarının niteliği ve ölçeğinin yanında, tepkilerin kapsamı ve yapılandırılması anlamında da hâlâ Avrupa ülkeleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Buna rağmen, daha genel temel ilkeler üzerinde önemli bir fikir birliği bulunmaktadır: uyuşturucu politikaları dengeli, kapsamlı ve kanıt temelli olmalıdır. Talep azaltma alanında önleme, tedavi ve sosyal rehabilitasyon faaliyetlerine olan gereksinim herkes tarafından kabul edilmektedir. Ancak, tarihsel olarak, hasar azaltma konusu hep daha tartışmalı olmuştur. Bu artık değişmekte olup, kapsamlı bir talep azaltma tedbirleri paketinin parçası olarak hasar azaltma, artık Avrupa yaklaşımının daha açık bir unsuru haline gelmiş gibi görünmektedir. Bu durum hem opioid ikame tedavisi hem de iğne ve şırınga değişim programlarının, verilen hizmetlerin seviyesi önemli oranda değişse de, artık neredeyse tüm AB Üye Devletleri'nde bulunduğu gerçeğinde de açıkça görülmektedir. Bu durum ayrıca, 18 Haziran 2003 tarihli Konsey Tavsiye Kararının Üye Devletler'i hasar azaltma

faaliyetlerinin geliştirilmesi ve genişletilmesine teşvik etmede pay sahibi olduğunu gösteren, yeni bir Avrupa Komisyonu raporunda da görülmektedir.

Hapishane: uyuşturucu kullanıcılarına yönelik hizmetler hâlâ yetersiz

Konsey Tavsiye Kararı'nın uygulanmasında kaydedilen gelişmenin değerlendirilmesinden çıkarılan önemli bir sonuç, her türdeki hizmetlerin, başka alanlarda kaydedilen ilerlemelerine rağmen, hapishane ortamında genellikle yeterince gelişmemiş olduğu yönündeydi. Bazı Üye Devletler uyuşturucu sorunları olan suçluları, cezai yaptırıma alternatif olarak tedaviye yönlendirmeyi hedefleyen programlar başlatmış olmalarına rağmen, uyuşturucu sorunları olanlar neredeyse tüm ülkelerde hala hapishanede bulunan kesimin önemli bir oranına karşılık gelmektedir. EMCDDA, hapishane sağlık göstergelerinin toplanmasına yönelik bir veritabanı oluşturmak üzere hali hazırda Dünya Sağlık Örgütü'yle (DSÖ) işbirliği yapmaktadır. Hapiste olanların, toplumun geri kalanıyla aynı sağlık hizmetleri seçeneklerine sahip olmalarına yönelik genel ilke, uyuşturucu sorunları olanlar için pek çok bölgede henüz gerçekleştirilmemiştir. Hapse girenlerin pek çoğunun uyuşturucu sorunu olmasının yanında, yapılan çalışmalar uyuşturucu kullanımının genellikle hapiste sürdüğünü de göstermektedir. Hapisteki uyuşturucu kullanıcılarına yönelik hizmetlerin eksikliği, sadece gelecekteki uyuşturucu kullanımını ve suç oluşturan davranışları azaltmak üzere bir müdahale fırsatının kaybolması anlamına gelmemekte, aynı zamanda bu ortamdaki hizmet eksikliğinden dolayı başka alanlarda elde edilen sağlık kazançlarının da baltalanabileceği yönünde ciddi kaygılara yol açmaktadır.

Yararlı çalışmaların saptanması ve bunlara dair bilgi paylaşımı

Her türde talep azaltma faaliyeti hakkındaki tartışmaların odak noktası giderek, etkinliği kanıtlanmış olan ve istenmeyen olumsuz sonuçlara yol açmayan müdahalelerin saptanmasına kaymaktadır. Herhangi bir müdahalenin, kötü yapıldığında, etkili olması pek mümkün olmadığından veya ters etkilere dahi olabileceğinden, bu çalışmadaki ikinci önemli husus iyi uygulama ile kalite kontrol tedbirlerinin saptanmasıdır. EMCDDA'nın yeni tüzüğü, iyi uygulamaların saptanması ve yaygın şekilde bildirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Buradaki en önemli güçlük, talep azaltma müdahalelerinin uygulandığı gerçek hayat ortamlarıdır. Çoğu tıbbi müdahale için altın standart olan, güvenilir kontrollü çalışmaların genellikle tasarlanması güçtür veya uygulanılamamaktadır. Etkinliğe ilişkin kanıtları değerlendirmenin ve kalite kontrol standartları saptamanın güçlükleri, bu raporun 2. bölümünde ele alınmaktadır.

Bir bakışta — Avrupa’da uyuşturucu kullanımına ilişkin tahminler

(Bu tahminlerin yetişkin nüfusa ilişkin olduğunu ve elde bulunan en yeni tahminler olduğunu unutmayın. Verilerin ve yöntemsel notların tamamı için bkz. 2007 istatistik bülteni)

Esrar (Kenevir)

Yaşam boyu yaygınlık: en az 70 milyon veya beş yetişkin Avrupalı’dan biri
Önceki yıl kullanım: yaklaşık 23 milyon yetişkin Avrupalı veya yaşam boyu kullanıcıların üçte biri
Geçmiş 30 gün içinde kullanım: 13 milyonun üzerinde Avrupalı
Önceki yıl kullanımında ülkelerarası farklar: % 1,0–11,2

Kokain

Yaşam boyu yaygınlık: en az 12 milyon veya yetişkin Avrupalıların yaklaşık % 4’ü
Önceki yıl kullanım: 4,5 milyon yetişkin Avrupalı veya yaşam boyu kullanıcıların üçte biri
Geçmiş 30 gün içinde kullanım: 2 milyon kadar
Önceki yıl kullanımında ülkelerarası farklar: % 0,1–3

Ecstasy

Yaşam boyu yaygınlık: yaklaşık 9,5 milyon yetişkin Avrupalı (yetişkin Avrupalıların % 3’ü)
Önceki yıl kullanım: 3 milyon veya yaşam boyu kullanıcıların üçte biri
Geçmiş 30 gün içinde kullanım: 1 milyondan fazla
Önceki yıl kullanımında ülkelerarası farklar: % 0,2–3,5

Amfetaminler

Yaşam boyu yaygınlık: neredeyse 11 milyon veya yetişkin Avrupalıların % 3,5’i
Önceki yıl kullanım: 2 milyon, yaşam boyu kullanıcıların beşte biri
Geçmiş 30 gün içinde kullanım: 1 milyondan az
Önceki yıl kullanımında ülkelerarası farklar: % 0,0–1,3

Opioidler

Sorunlu opioid kullanımı: 1.000 yetişkin (15–64 yaş) başına bir ila sekiz vaka
Yaklaşık % 70’inde opioid bulunan 7.500’ün üzerinde akut uyuşturucu ölümü (2004 verileri)
Tüm uyuşturucu tedavi taleplerinin yaklaşık % 50’sinde birincil uyuşturucu
2005 yılında 585.000’den fazla opioid kullanıcısı ikame tedavisi gördü

Esrar: halk sağlığı sorunlarına verilen önem artarken, popülerliği artmış olabilir

Tüm yetişkinlerin neredeyse dörtte birinin hayatlarında bir süre denemiş olduğu ve 14’de birinin de geçmiş yılda kullanmış olduğu esrar, Avrupa’da en yaygın olarak kullanılan yasadışı uyuşturucudur. Ancak, halkın geneli arasında, olduğundan

daha bile büyük bir oranda, gençler ve çok genç kişiler tarafından da açık arayla en yaygın olarak kullanılan yasadışı uyuşturucudur. Hem fiziksel hem de sosyal bakımdan gelişme aşamasında olanlar arasında uyuşturucu kullanımı özel bir sorun teşkil edebilir ve bu konu ilişkide bulunan, reşit olmayanlarda uyuşturucu kullanımı hakkındaki seçili konuda ayrıntılarıyla ele alınmıştır. Erken yaşlarda esrar kullanmaya başlanmasından çıkarılacak sonuçların anlaşılmasının önemi ile nelerin uygun tepki oluşturabileceği, şu an Avrupa’da yaygın esrar kullanımının halk sağlığı ve uyuşturucu kontrol politikalarının önüne çıkardığı bir dizi karmaşık sorundan biridir.

Avrupa politikasındaki genel eğilimlerden biri, küçük miktarlarda esrar bulundurma ve kullanmaya yönelik cezai adalet tepkilerinden uzaklaşarak önleme veya tedavi odaklı yaklaşımlara ağırlık verilmesi olmuştur. Buna rağmen, 2000-05 döneminde, kaydedilen esrar suçları önemli oranda (% 36) artmış olup, çoğu ülkede esrar, uyuşturucu kullanma veya bulundurma suçlarını işleme olasılığı en fazla olan uyuşturucudur. Ülkelerin birçoğunun şu an rapor edilen esrar suçlarında belli bir düşüş rapor etmesiyle (bu husus kanun uygulama kurumlarının esrar kullanımını hedeflemekten uzaklaştıkları anlamına gelebilir), bu durum değişmekte olabilir.

Konu hakkındaki dikkate değer kamuoyu ve medya tartışmalarına rağmen, kanun uygulama politikaları ile esrar kullanımına ilişkin genel yaygınlık arasında doğrudan veya basit bir ilişki görmek zordur. Ülkeler arasında zamanlama ve ölçek farklılıkları bulunmakla beraber, Avrupa’da esrar kullanımında 1990’lar boyunca önemli bir artış meydana gelmiş, bunu 2000’den sonra daha kararlı ama yine de genel olarak artan bir eğilim izlemiştir. Bu durum, bugün Avrupa’da tarih boyunca olduğundan daha homojen bir tablo sunmaktadır. Buna ek olarak, en yeni veriler, özellikle yüksek yaygınlıkla esrar kullanılan ülkelerde, esrar kullanımının daha kararlı bir etaba doğru ilerlediğine veya hatta düşmekte olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca veriler hala nispeten yetersiz olmakla beraber, uyuşturucunun bazı ülkelerdeki daha genç yaş grupları arasında gözden düşmekte olduğuna dair kanıtlar vardır. Ulusal eğilimler genel olarak farklılık göstermekle beraber, ılımlı bir iyimserlikle, Avrupa’daki esrar kullanımında 1990’lardan beri görülmüş olan artışın şu anda doruğuna ulaşmış olabileceği söylenebilir.

Avrupa esrar kullanımında her ne kadar daha kararlı bir etaba doğru ilerliyorsa da bugünkü düzeylerin tarihsel standartlara göre çok yüksek olduğu da aynı şekilde açıktır; ayrıca, her ne kadar esrar kullanıcılarının nispeten küçük bir oranı uyuşturucuyu düzenli veya yoğun olarak kullanıyor olsa da, bu hâlâ önemli sayıda bireyleri temsil etmektedir. Giderek artan sayıda araştırma kanıtı ve klinik deneyler artık esrara bağlı sorunları olanların ihtiyaçlarının daha

iyi anlaşılmasını sağlamakla beraber, genel olarak esrar kullanıcılarının uyuşturucu kullanımıyla olan sorunlarının ne derecede olduğuna dair hâlâ pek açıklık getirilememiştir. EMCDDA tarafından bir araya getirilen tedavi verileri, rapor edilen yeni esrar tedavi talepleri sayısının – şu anda bu eğilim dengelenir gibi görünmekle beraber – 1999’dan beri neredeyse üçe katlandığını göstermektedir. Esrar sorunlarına yönelik hizmetlerin ve bilinçlenmenin artmasına bağlı sebepler de dahil, bazı sebeplerden ötürü ve sevklerin önemli bir oranı cezai adalet sistemi veya sosyal kurumlardan yönlendirmeli olduğu için, bu eğilimin yorumlanması karmaşık bir iştir. Ayrıca görünüşe göre, tedavi hizmetleriyle temasa geçen esrar kullanıcılarının ihtiyaçları gibi, kısa ve önleme-odaklı müdahalelerden daha resmi tedavi yaklaşımlarına kadar değişen tepkiler de çeşitlidir.

Avrupa’daki esrar durumu ayrıca pazar faktörleri yüzünden de karmaşıklaşmakta ve bu sorun AB’de farklı kenevir ürünlerinin göreceli payı ve bulunurluğuna ilişkin sağlık verilerin eksikliğiyle de iyice karışmaktadır. Avrupa, çoğu Kuzey Afrika’da üretilen kenevir sakızı için başlıca küresel pazar olmaya devam etmektedir. Avrupa’da ayrıca bitkisel kenevir de bulunmakla beraber, ele geçirilen sakız miktarı bitkisel kenevirin 10 katından fazladır. Yine de bu tablo değişmekte olabilir: kenevir sakızı ele geçirme vakaları 2005 yılında biraz düşerken, bitkisel kenevir ele geçirme vakaları, kenevir bitkileri ele geçirme vakalarında olduğu gibi, artmaya devam etmektedir. Avrupa ülkelerinin yarısı 2005 yılında bir miktar yerli kenevir üretimi rapor etmiştir. Ev yapımı kenevirin bazı türleri nispeten yüksek etki gücüne sahip olmakla birlikte yerli üretimin aynı zamanda uyuşturucu kontrol faaliyetleri üzerinde de bazı etkileri olmuştur.

Esrar kullanımı Avrupa’da uyuşturucu, halk sağlığı ve sosyal politika için karmaşık bir dizi soruna yol açmaktadır. Olumlu gelişmelerden biri, Üye Devletler’in artık bu uyuşturucunun yaygın kullanımını daha iyi idrak etmeleri olmuştur ve bu konudaki tartışmada daha odaklı ve sorunun eksik veya aşırı vurgulanmadığı bir düzeye gelmektedir.

Kokain: kullanıma ilişkin tahminler yine artıyor

EMCDDA, bu raporda kokain kullanımına ilişkin tahminlerini yenileyerek, uyuşturucuyu önceki yıl kullanmış Avrupalıların 2006 yıllık raporunda 3,5 milyon olan tahmini sayısını bu raporda 4,5 milyona çıkarmıştır. Önceki yıl dengelenen bir durumu rapor eden genel tablo, kullanımdaki genel bir artışa işaret eden yeni verilerle tekrar mercek altına alınmıştır. Yeni veriler, tüm tedbirler için, esrardan sonra ve ecstasy ile amfetaminden önce yer alan kokainin Avrupa’da genel olarak ikinci en yaygın olarak kullanılan yasadışı uyuşturucu olduğunu teyit etmekte olup, geçmiş aydaki kokain kullanımına ilişkin tahminler şu anda ecstasy’e ilişkin olanların iki katından fazladır. Yakın zamanda meydana gelen artışlar

artık daha fazla ülkenin kokain kullanan önemli bir kesim bulunduğunu rapor ettiği anlamına gelmekle beraber, ülkeler arasındaki farklılıklar hala yüksek olup, çoğu Doğu Avrupa ülkesinde düşük oranlarda kokain kullanımı rapor edilmektedir.

Yeni verilerde ayrıca, Avrupa’daki en yüksek yaygınlık oranlarına sahip iki ülke olan İspanya ve Birleşik Krallık’ın her ikisi tarafından da artan yaygınlık oranları bildirilmekle beraber, ikisinde de artışlar çok büyük değildir. Her iki ülkede de, genç yetişkinler arasındaki önceki yıl yaygınlık oranları ABD’dekilere benzer veya bunlardan daha fazladır. Endişe verici bir şekilde, her iki ülkede de, gençler arasında kokain kullanımı nispeten yüksektir (15 ila 16 yaşındakilerde % 4–6 civarında). İspanya’da, analizler, yeni artışın 15-24 yaş grubu arasındaki kullanımdan kaynaklandığını düşündürmektedir. Kokainle ağır sorunlar yaşayanlara ilişkin tahminlerin çok daha düşük olduğunu unutmamak gerekir. Sorunlu kokain kullanımına ilişkin tahminler sadece üç ülke (İspanya, İtalya, Birleşik Krallık) için mevcut olmakla beraber, rakam yetişkin nüfusun % 0,3 ile % 0,6’sı arasında değişmektedir. Crack kokain kullanımı Avrupa genelinde hala nadir görülmekte, ancak meydana geldiği yerlerde ağır yerel sorunlara yol açmaktadır.

Diğer göstergeler de bir artış eğilimine işaret etmekte olup, Avrupa’nın uyuşturucu sorununda kokainin artan önemini teyit etmektedir. Ele geçirme vakalarının hem sayısı hem de miktarı artmış olup, bu durum belki Avrupa pazarının artık daha çok hedef alınıyor olmasını ama büyük bir olasılıkla da artan yasaklama faaliyetlerini yansıtıyor olabilir. Avrupa’da kokain ticaretini hedef alan koordine eylemler artmaktadır ve Polonya’ya yeni bir hükümetlerarası görev gücü yerleştirilecek olup, ülkenin kokain yasağındaki artan önemi göz önüne alındığında, bu durum yerinde görünmektedir. Kaydedilen ele geçirme vakaları, hala düşmekte olan fiyat eğilimlerini etkilememiş görünmekle beraber, saflık düzeyleri üzerinde bir etkileri olmuş olabilir.

Bugüne kadar, artan seviyelerde kokain tüketiminin sağlığa ilişkin göstergelerde sadece ortalama bir etkisi olmuştur ama bu durum değişmekte olabilir. Avrupa’da her yıl 400 civarında kokaine bağlı ölüm rapor edilmekte olup, kokainin ağırlaştırıcı bir faktör olduğu kalp damar ölümlerinin büyük oranda farkına varılmadığından kuşku duyulmaktadır. Kokain sorunu olanlar için uyuşturucu tedavi talepleri artmaktadır. 2005 yılında, tedavi görmek isteyen hastaların yaklaşık % 13’ünde ve yeni tedaviye başlayanların ise daha bile yüksek bir oranında (% 22) öncelikle kullanılan uyuşturucu kokaini. Rapor edilen yeni tedavi taleplerinin sayısı son beş yılda kabaca üç kat artmış olup, şu anda 33.000 dolaylarında bulunmaktadır. Kokain ayrıca vakaların yaklaşık % 15’inde ikinci sırada kullanılan bir uyuşturucu olarak rapor edilmişti ve bazı ülkelerde eşzamanlı kokain

kullanımının opioid sorunlarının tedavisini karmaşıktırdığına dair artan bir bilinçlenme görülmektedir. Bununla beraber, genel kokain tedavi talepleri esrara bağlı olanlardan daha düşük ve opioid sorunları için olanlardan da oldukça daha düşüktür.

HIV: genel değerlendirme olumlu ancak yeni enfeksiyonlar çabaların sürdürülmesi gerektiğini gösteriyor

1990’lar boyunca, uyuşturucu enjekte edenler arasında yaygın bir HIV salgını yaşanması veya potansiyel yaşanma tehlikesi, bu gruba yönelik hizmetlerin gelişimi için katalizör görevi görmüştü. Hizmetlerin kapsamının genişlemesiyle, daha önce Avrupa’da görülen HIV salgınları büyük oranda önlenmiş olmakla beraber, Baltık ülkelerinin başı çektiği bazı ülkelerde yerleşmiş sorunlar gözlemlenmiş ve daha önceki salgınlardan etkilenmiş bazı ülkelerde de, enjekte edenler arasındaki HIV yaygınlığı oranları oldukça yüksek kalmıştır. Genel olarak, enjekte edilen uyuşturucu kullanımının HIV bulaşmasına sebep olduğu vakalar azalırken, EMCDDA, bunun 2005 yılında Avrupa Birliği’ndeki yeni teşhis edilmiş HIV vakalarının yaklaşık 3.500’üne karşılık geldiğini tahmin etmektedir. Bu rakam tarihsel standartlara oranla düşük

olabilir ancak yine de dikkate değer bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir.

En yeni verilerin analizi, çoğu ülkede, enjekte etmeye bağlı yeni enfeksiyon oranlarının düşük olduğunu ve çoğu AB bölgesinde, enjekte edenler arasında HIV yaygınlığının 2001 ve 2005 arasında düştüğünü göstermektedir. Bunun sonucunda, özellikle yaygınlığın yüksek olduğu alanlarda, enjekte edilen uyuşturucu kullanımının yol açtığı enfeksiyon sorunlarının azalmakta olması muhtemeldir. Estonya, Letonya ve Litvanya’daki durum hâlâ endişe konusudur ancak burada da yine, yeni verilerin çoğu yeni enfeksiyonlarda göreceli bir düşüşe işaret etmektedir.

Bu değerlendirmede göz önünde bulundurulması gereken önemli noktalar, bazı önemli bölgelerdeki verilerin zayıf olduğu ve son beş yıldaki zamansal eğilimlere ilişkin çalışmaların bazı alanlarda artışlar veya ülkelerin yaklaşık üçte birinde örnekler rapor etmiş olduğudur. Buna ek olarak, birkaç ülkede, ya nispeten yüksek oranlardaki yeni enfeksiyonlardan ya da genel oranlar düşük kalsa da yaygınlıkta bazı yeni küçük artışlar meydana gelmiş olduğundan dolayı, endişe duyulmaktadır. Yakın tarihte bakıldığında, korunmasız kesimlerde HIV sorunlarının ne

Afganistan — alternatif kalkınma etkiyi ölçülebilir mi?

Avrupa’da eroin kullanımında görülen genel kararlı veya iyileşen durumun sürdürülebilirliği, opioid üretiminin Afganistan’da artmasından dolayı risk altındadır. 2006 tahminleri, ekili alanlardaki ciddi bir artışın sonucu olarak üretimin % 43 oranında arttığını ortaya koymaktadır.

Opioid ele geçirmeleri ile tasfiye edilen laboratuvarlar, Afganistan’da üretilen afyonun ihraç edilmeden önce ülke içinde giderek daha fazla morfine veya eroine dönüştürüldüğüne işaret etmektedir (CND, 2007). Eroin daha sonra iki ana trafik kanalından Avrupa’ya girmektedir: Hâlâ eroin kaçakçılığı için en önemli yol olan eski Balkan rotası ve daha yeni olan ‘ipek’ yolu (bkz. 6. Bölüm).

Afganistan içindeki bölgesel farklılıklar, ekonomik kalkınmanın afyon ekimini azaltmaya yönelik potansiyeline işaret etmekle beraber, siyasi güven eksikliği, yolsuzluk ve altyapı sorunlarından dolayı nasıl baltalanabileceğini de göstermektedir. Ekimin azaltılması hızlı bir şekilde başarılabilir ancak aynı hızda tersine çevrilmesi de mümkündür. Örneğin, ülkenin doğusundaki Nangarhar vilayetinde haşhaş ekimi 2004/05’te % 96 düşmüştür ancak pek çok bölgede olduğu gibi burada da, kısmen başka yüksek değerli ürünler ve çiftçilik dışı gelir olanakları yoğun nüfuslu alanların ekonomik ihtiyaçlarına bağlı olarak çeşitlenmemiş ve o zamandan beri önceki seviyelere geri dönmüştür (Mansfield, şahsi iletişim ve 2007).

Buna karşın, doğu bölgesinin diğer bölümlerinde, ekimin genellikle göz ardı edilebilir seviyelerde kalması beklenmektedir ve hatta güneydeki Kandahar ve Helmand vilayetlerinde, şehir merkezine yakın alanlarda ekimin azalması beklenebilir. Buralarda, devlet kontrolünün artması ve tarımsal üretimin çeşitlenmesi gibi nispeten yüksek değerli ürünlerle beraber bir nakliye ve pazarlama altyapısının da yerleştirilmesini sağlayan faktörler destekleyici rol oynamış gibi görünmektedir. Ülkenin kuzey ve kuzeydoğusunda, sadece artan ücret oranları ile düşen afyon fiyatları afyon ekimini engellemekle kalmamış, ayrıca bazı yüksek değerli sebze türlerinin de esasında afyondan daha büyük kazançlar sağladığı görülmüştür. Bu alanlarda, narkotik karşıtı çalışmalarla ve artan devlet müdahalesiyle, ürünlerin çeşitlendirilmesi desteklenmiş ve afyon yasağı tedbirlerinin uygulanacağı gibi bir genel izlenime yol açmıştır.

Artan işgücü maliyetleri ile düşen fiyatlar artık haşhaş gelirlerinin kesin olmadığı ve bazı alanlarda, özellikle de başka çiftçilik dışı gelir olanaklarının da bulunduğu yerlerde, alternatif ürünlerden daha yüksek gelir elde edilebileceği anlamına gelmektedir. Bununla beraber, bu yasal kazanç olanakları herkese açık olmayıp, pek çok bölgede, yüksek nakliye masrafları, yolların kötülüğü ve güvenlik eksikliğinden doğan sorunlar yüzünden çiftçilerin seçenekleri sınırlıdır. Bu yerlerde, yolsuzluk ve güvensizlik yasal mal ticareti olanaklarını azaltmakta ve şehir merkezlerine nispeten yakın bölgelerde bile, ekonomik kalkınma ile ürün çeşitlendirilmesini teşvik edecek çabaları sektöre uğratmaktadır.

denli hızla yayılabildiği göz önünde bulundurulduğunda, bu durum risk altında bulunanları hedef almaya ve bunlarla ilişki kurmaya devam etmeye yönelik hizmetler geliştirilmesi ihtiyacının altını çizmektedir.

Hepatit C Avrupa’nın gizli salgını olmaya devam ediyor

EMCDDA, hali hazırda uyuşturucu enjekte eden veya geçmişte enjekte etmiş olan, HIV enfeksiyonuyla yaşayan 200.000 kadar Avrupalı olabileceğini tahmin etmektedir. Halk enjekte etmenin yol açtığı HIV risklerine ilişkin olarak oldukça bilinçli olmakla beraber, aynı zamanda hepatit C virüsü (HCV) bulaşmış olan, ara sıra enjekte eden tahmini 1 milyon kişi olduğu da (bunlara artık uyuşturucu kullanmayan önemli bir kesim de dahildir) unutulmamalıdır.

Hepatit C önemli sağlık sonuçlarına yol açabilmekte olup, bunlara kanser ve ölüm de dahildir ve HCV pozitif kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması olasılıkla sağlık bütçelerine önemli bir yük bindirecektir. Avrupa çapında, HCV oranları enjekte eden kesimler arasında yüksek olup, çalışmalar enjekte eden gençlerin bu hastalığı uyuşturucu kullanma dönemlerinin başlarında kapmaya devam ettiğini ve bunun müdahale olanaklarını sınırlandırdığını göstermektedir. Müdahalelerin fayda sağladığı gözlemlenen hepatit B’den farklı olarak, HCV verilerinde net bir eğilim görülmemektedir, ancak ülkeler arasındaki farklılıklar bu alanda nelerin etkin eylem teşkil edebileceğine ilişkin bazı ipuçları sağlayabilir.

Eroin kullanımı kararlı ama sentetik opioid sorunlarının artışından kaygı duyuluyor

Çoğu Afganistan’da olan potansiyel küresel eroin üretiminin, 2006’da tekrar artarak 600 tonun üzerine çıktığı tahmin edilmektedir. Bu durum Avrupa için şu sorunun sorulmasına yol açmaktadır: bu artışın uyuşturucu sorunu üzerindeki etkisi ne olacaktır? Artan eroin üretimi bugüne kadar, genel olarak bir süredir kararlı bulunan, çoğu eroin kullanımı göstergesinde belirgin hale gelmemiştir. Uyuşturucu tedavi verileri ve uyuşturucu aşırı doz vakalarının analizinden elde edilen kanıtlar, Avrupa’daki eroin kullanan kesimin yaşlanmaya devam ettiğini göstermekle beraber, Doğu Avrupa ülkelerindeki tablo o kadar net değildir. Sorunlu uyuşturucu kullanımına ilişkin genel tahminler de genellikle kararlı bir duruma işaret etmektedir. Yine de, bazı ülkelerde uyuşturucunun düşen fiyatı ile tedavi gören genç eroin kullanıcılarının sayısındaki artış tedbirin elden bırakılmaması gerektiğinin altını çizmektedir.

Hali hazırda eroin kullanımının gençler arasında popülerleşmekte olduğuna dair kesin kanıt bulunmamakla

beraber, çeşitli raporlarda Avrupa’nın bazı bölümlerinde sentetik opioid kullanımının büyüyen bir sorun olabileceğine ve hatta sentetik opioidlerin bazı ülkelerde eroinin yerini almakta olabileceğine dair göstergeler vardır. Avusturya’da, tedavi görmek isteyen hastaların artan bir kısmı 25 yaş altında olup, yasal kullanımlarından saptırılmış opioid kullanımından kaynaklanan sorunlar için yardım görmek istemektedirler. Benzer şekilde, Belçika yasadışı metadon kullanımında belli bir artış rapor etmektedir ve Danimarka’da da, uyuşturucuya bağlı ölüm raporlarında metadon yaygın olarak geçmektedir. Bazıları tarafından yasadışı pazarda çok rağbet görmediği düşünülen buprenorfin de Çek Cumhuriyeti’nde kullanımının ve enjeksiyonun arttığı rapor edilmektedir; Finlandiya’da buprenorfin eroinin yerini almış olabilir ve Fransa’daki izlemeler de bu uyuşturucunun yasadışı kullanımına (opioid kullanmaya eroinde ziyade buprenorfinle başlamış olan gençlerin enjekte ederek kullanımı dahil) ilişkin kaygılara yol açmaktadır.

Aşırı dozda uyuşturucu ölümlerindeki düşme eğilimi kayboluyor

EMCDDA Avrupa’daki uyuşturucuya bağlı akut ölümlere ilişkin düzenli olarak rapor vermektedir – bunlar esas olarak, genellikle eroin veya diğer opioidleri içeren aşırı doz ölümleri olmakla beraber, çoğu vakada bir dizi çeşitli madde tüketilmiş olmaktadır. Aşırı doz ölümleri genç yetişkinler arasındaki önlenebilir ölümlerin önemli bir sebebinin oluşturmaktadır.

2000 yılından beri pek çok AB ülkesi uyuşturucuya bağlı ölümlerin sayısında düşüşler bildirmiş olup, bu durum büyük bir olasılıkla verilen hizmetlerdeki artışları veya enjekte eden eroin kullanıcılarının sayısında meydana gelen değişiklikleri yansıtmaktadır. Bununla beraber, bu eğilim 2004 ve 2005 yıllarında sürmemiştir. Birkaç ülkede, ölenler arasındaki genç oranının artmakta olması özellikle endişe verici bir faktör teşkil etmektedir. Uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılması önemli bir halk sağlığı hedefidir ve düşme eğiliminin sekteye uğramasının gerekçelerinin tespit edilmesi gerekmektedir.

Aşırı dozdan kaynaklanan ölümler, uyuşturucu sorunları olanların karşı karşıya bulunduğu tek sağlık riski değildir. Çalışmalar, tüm sebeplerden kaynaklanan aşırı ölüm oranlarının sorunlu uyuşturucu kullanıcıları arasında oldukça fazla olduğunu ortaya koymaktadır: halkın genelinde beklenenin 10 katı kadar. Dolayısıyla, kronik uyuşturucu kullanımıyla ilişkili hastalık ve ölüm oranları önemli derecede azaltılacaksa, bu grubun hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını ele alacak daha kapsamlı bir yaklaşım geliştirilmesi gerekmektedir.



1. Bölüm

Politikalar ve kanunlar

Bu bölümde, bir bütün olarak AB’de ve her bir Üye Devlet’teki uyuşturucu politikalarının yanı sıra politika yapıcılığı ve bu iki düzeyi arasındaki ilişki açıklanmaktadır. EMCDDA tarafından raporlama döneminde ileri sürülen bir veri toplama çalışması, Avrupa’daki mevcut ulusal uyuşturucu stratejileri ile kurumsal çerçevelerin genel olarak değerlendirilmesini olanaklı kılmaktadır. Uyuşturucunun topluma faturasının değerlendirilmesi uyuşturucuya bağlı kamusal harcamalara ilişkin kısımda tartışılmaktadır. Üye Devletler’in rapor ettiği ulusal kamu harcamalarına ilişkin verilere dayanarak, ilk olarak Avrupa hükümetlerinin uyuşturucu sorunu için harcadığı toplam miktar yaklaşık olarak değerlendirilmektedir. Arzın azaltılmasına ve uyuşturucu testine yönelik hukuki yaklaşımlara odaklanan mevzuat değişiklikleri, ulusal kanunlardaki yeni değişikliklere ilişkin bir kısımda açıklanmaktadır. Uyuşturucuya bağlı suçlar hakkındaki kısımda ise uyuşturucu kanunu suçları ile opioid ve esrarla ilgili suçlardaki eğilimlere ilişkin en son istatistiklerin genel bir özeti sunulmaktadır. Bu bölümün sonunda Avrupa’da yapılan uyuşturucuyla ilgili araştırmalara dair bir kısım yer almaktadır.

Ulusal uyuşturucu stratejileri

Genel durum ve yeni gelişmeler

2007’nin başlarında İtalya, Malta ve Avusturya dışındaki tüm AB Üye Devletleri, bazen eylem planının da eşlik ettiği bir ulusal uyuşturucu stratejisine sahipti. O sırada, Avrupa’da toplam 35’in üzerinde farklı ulusal uyuşturucu planlama belgesi yürürlükte bulunuyor ve bunlar iki yıl kadar kısa bir süreden (Çek eylem planı) on yıldan fazlasına kadar (Hollanda ulusal uyuşturucu stratejisi) değişen bir dönemi kapsıyordu.

Son yıllardaki dikkat çekici bir eğilim, tek bir ulusal planlama belgesinden şu iki tamamlayıcı aracın kabulüne doğru yaşanan değişim olmuştur: bir stratejik çerçeve ile bir eylem planı. Kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerin daha iyi kavramsallaştırılmasına olanak veren bu yaklaşım artık AB Üye Devletleri’nin neredeyse yarısında kullanılmakta olup, AB’ne 2004 ve 2007 yıllarında katılanlarda daha bile yaygındır: bu 12 ülkeden sekizinin hem bir uyuşturucu stratejisi hem de eylem planı bulunmaktadır.

Uyuşturucu stratejisini eylem planlarıyla birleştirme politikası hedeflerin, eylemlerin, sorumlulukların ve mühletlerin daha ayrıntılı şekilde belirlenmesini kolaylaştırmaktadır. Kıbrıs, Letonya ve Romanya gibi bazı ülkeler uyuşturucu stratejileri ve eylem planlarını ayrıntılı uygulama usulleriyle bütünleştirmişlerdir. Başka Üye Devletler’de (örneğin İspanya, İrlanda, Birleşik Krallık) bir süredir uygulanmakta olan bu yaklaşım giderek yaygınlaşmakta ve mevcut AB uyuşturucu eylem planında da uygulamaya konmuş bulunmaktadır.

2006 yılında, dört Üye Devlet (Yunanistan, Polonya, Portekiz, İsveç) ve Türkiye’nin yanı sıra Birleşik Krallık içinde Kuzey İrlanda tarafından yeni uyuşturucu stratejileri veya eylem planları kabul edilmişti. Bunların hiçbirinde buna benzer uygulama bir ilk değildi ve her birindeki ulusal raporlar yeni uyuşturucu politikası belgelerinin öncekilerin deneyimlerinden yararlanmış olduğunu belirtiyordu. 2007’de, iki Üye Devlet, Malta ve Avusturya’nın yanı sıra Norveç’in de yeni uyuşturucu stratejileri kabul etmeleri beklenirken Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa ve Macaristan yeni eylem planları uygulayacaklardır.

İçerik

Genel anlamda uyuşturucu kullanımının, özel anlamda ise sorunlu uyuşturucu kullanımının azaltılması tüm AB Üye Devletleri’nin ulusal uyuşturucu stratejileri ile eylem planlarının anahtar bir hedefini oluşturmaktadır. Uyuşturucu kullanımından kaynaklanan bireysel ve toplu hasarların önlenmesi ve azaltılması hedefi de tüm ülkeler tarafından paylaşılmaktadır. Bir diğer ortak nokta ise, uyuşturucu arzının azaltılması ile uyuşturucu talebinin azaltılmasına yönelik müdahalelerin birbiriyle bağlantılı ‘kapsamlı’ bir yaklaşımdır. Hem arzın azaltılması hem de talebin azaltılmasına öncelik verilmesini hedefleyen ‘dengeli’ yaklaşım da oldukça yaygındır. Bu unsurların hepsi aynı zamanda AB uyuşturucu stratejisinin de bir parçasıdır.

Ulusal uyuşturucu stratejilerinde yer alan psikoaktif maddelerin kapsamı, Avrupa ülkeleri arasında dikkate değer farklılıkların bulunduğu bir alandır. Bu durum 2006 yılında kabul edilen yeni belgelerde de görülebilmektedir. Bunlardan iki tanesi (Polonya, Portekiz), uyuşturucu ile alkol/tütün stratejileri arasındaki bazı bağlantılarla beraber özellikle

EMCDDA'nın yeni tüzüğü

Avrupa Parlamentosu ve Avrupa Birliği Konseyi, 12 Aralık 2006 tarihinde, EMCDDA'nın Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe giren, yeniden yapılandırılmış Tüzüğünü imzalamıştır.

Yeni tüzük anahtar göstergelerin öneminin altını çizmekte ve Merkez'in görevlerini yerine getirmesi için bunların uygulanmasının bir ön koşul olduğunu belirtmektedir. Ayrıca yeni ve yeni ortaya çıkan eğilimlere karşı duyarlı bir bilgi sistemi geliştirilmesi ihtiyacına da dikkat çekilmiştir.

Bu yeni belge EMCDDA'nın görevinin kapsamını da genişletmektedir. Yasal ve yasadışı psikoaktif maddelerin birarada kullanımı ile Üye Devletler'deki en iyi uygulamaya ilişkin bilgi sunulmasına özellikle önem verilmektedir. EMCDDA, ayrıca Üye Devletler'in ulusal uyuşturucu politikalarını izlemesi ve değerlendirmesine yardımcı olacak ve Avrupa Komisyonu'nun da aynı şeyi AB düzeyinde gerçekleştirmesine yardımcı olacak araç ve gereçler geliştirebilir. Tüm bu yeni unsurlar, kurumun

uyuşturucu sorununa ilişkin daha eksiksiz bir tablo sunmasına olanak verecektir.

Yeni tüzük, azami verimlilik sağlanması amacıyla, yeni psikoaktif maddelerin izlenmesi hususunda, Europol başta olmak üzere, ortak ajanslarla ve DSÖ, BM veya ilgili istatistik kurumları gibi başka ortaklarla işbirliğini daha fazla vurgulamaktadır. Yeni tüzük, Avrupa Komisyonu'nun talebi üzerine ve Yönetim Kurulu'nun onayıyla, EMCDDA'nın teknik bilgisini aktarabileceği ülkelere de açıklık getirmektedir

Reitox ulusal odak noktaları ağının rolü de yeni belgede daha net olarak tanımlanmıştır. Yeniden yapılandırılmış tüzük ayrıca Bilimsel Komite'ye ilişkin tüzüğü de değiştirmektedir. Böylelikle kurum, saygın bilimadamlarından oluşan bütün ve bağımsız bir organa sahip olacaktır. EMCDDA'nın çalışmalarında belli bir kalitenin temin edilmesine yardımcı olmanın yanı sıra, daha geniş çaptaki bilimsel topluluk ve araştırma topluluğuyla da köprü kurulmasını sağlayacaktır.

yasadışı uyuşturucuları, iki tanesi (Yunanistan, Birleşik Krallık içinde Kuzey İrlanda) hem yasadışı uyuşturucuları hem alkolü, bir tanesi de (Türkiye) tüm bağımlılık yapıcı maddeleri ele almaktadır. Bunlara ek olarak, İsveç aynı anda biri alkol diğeri yasadışı uyuşturucular için olmak üzere, iki tane birbirleriyle bağlantılı eylem planı kabul etmiştir. Bazı ülkelerde (örneğin Almanya, Fransa) birkaç yıldır yasal ve yasadışı uyuşturucu politikalarının bütünleştirilmesine yönelik hareketler gözlenmektedir ⁽¹⁾. Gelecekteki uyuşturucu stratejilerinin kapsamı ile bunların diğer kamu sağlığı stratejileriyle bütünleştirilmesi büyük bir ihtimalle önümüzdeki yıllarda da önemli bir tema olmaya devam edecektir.

Ulusal uyuşturucu stratejileri ile eylem planları genellikle önleme, tedavi ve rehabilitasyon, hasarın azaltılması ve arzin azaltılması alanlarındaki müdahalelere yer vermektedir. Ancak farklı müdahalelerin derecesi ile her birine verilen önem ülkeler arasında farklılık göstermektedir ⁽²⁾. Bu durum uyuşturucu sorununun büyüklüğü ve özelliklerine ilişkin farklılıkların yanı sıra Avrupa'daki sosyal politikalar ile sağlık politikalarının çeşitliliğine de bağlanabilir. Finansal kaynaklar, kamuoyu ve siyasal kültür de önemli etmenler olup, belirli ortak özelliklere sahip ülkelerin benzer uyuşturucu politikaları kabul ettiği gösterilebilir. (Kouvonen vd., 2006).

Değerlendirme

AB'de ortak hedeflere sahip çeşitli ulusal uyuşturucu stratejilerinin bulunması, farklı yaklaşım şekillerinin karşılaştırmalı bir analizine olanak verdiği için, güçlü yönlerden biri olarak görülebilir. Dolayısıyla, ulusal uyuşturucu stratejileri ile eylem planlarının değerlendirilmesi

sadece ulusal düzeydeki çabaların değerlendirilmesi için değil, genel olarak uyuşturucu stratejilerinin etkinliğinin daha iyi anlaşılmasına yönelik olarak da önem taşımaktadır. AB ile Üye Devletleri bu alana hali hazırda ciddi kaynaklar yatırmış bulunmaktadır.

Avrupa ülkelerinin neredeyse tümü ulusal uyuşturucu stratejilerinin değerlendirilmesi hedefinden söz etmektedir. Hükümetler politikalarının uygulanıp uygulanmadığını ve beklenen sonuçların elde edilip edilmediğini merak etmektedir. İki Üye Devlet'te (Belçika, Slovenya) değerlendirmenin kapsamı belli bir sayıda seçilmiş projeye sınırlandırılmıştır. Diğer çoğu ülkede ve AB düzeyinde, ulusal uyuşturucu stratejisinde belirtilen eylemlerin uygulanması sistematik olarak izlenmektedir. Bu da gelişim değerlendirmeleri gerçekleştirilerek, bunların bulgularının mevcut uyuşturucu stratejileri veya eylem planlarının iyileştirilmesi veya yenilenmesine yönelik kullanılabilmesine olanak tanımaktadır.

Süreç, çıktı, sonuç ve etkiyi kapsayan global değerlendirmeler Avrupa'da daha az yapılmaktadır. Bazı ülkeler (Estonya, Yunanistan, İspanya, Polonya, İsveç) uygulama gelişim değerlendirmeleri ile elde edilen diğer epidemiyolojik ve kriminolojik verilere dayanan bir iç değerlendirme planlandığına ilişkin rapor vermektedir. Bazı durumlarda (Lüksemburg, Portekiz), böyle bir değerlendirme bir dış organ tarafından gerçekleştirilecektir.

Özetle, ulusal uyuşturucu stratejileri ile eylem planlarının uygulanması hakkındaki gelişim değerlendirmeleri Avrupa'da standart uygulama haline gelmektedir. Bir sonraki adım olan

⁽¹⁾ 2006 seçili konusu 'Avrupa uyuşturucu politikaları: yasadışı uyuşturucuların ötesine mi geçti?'

⁽²⁾ Bkz. Bölüm 2.

sonuç ve etki değerlendirmeleri oluşturulması hâlâ erken bir aşamada olup, Avrupa Komisyonu'nun bir yöntem bilim tasarlanması için bir çalışma başlattığı, 2005-08 AB uyuşturucu eylem planının gelecek etki değerlendirmesi buna bir örnek teşkil edebilir. Ayrıca ulusal uyuşturucu stratejilerinin etkisi veya genel uyuşturucu durumunun değerlendirilmesine yönelik olarak tasarlanan indeks geliştirme alanı da hareketlenmektedir. Hem Birleşik Krallık hem de Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Bürosu (UNODC) bu alanda önemli bir çaba göstermiştir.

Uyuşturucu politikası indeksleri

Birleşik Krallık'ın uyuşturucu hasar indeksi (UHİ) herhangi bir yasadışı uyuşturucunun sorunlu kullanımından kaynaklanan hasarların sosyal bedellerinin belirlenmesi amacıyla tasarlanmıştır. İndeks dört hasar tipini kapsamaktadır: sağlık etkileri, toplumsal hasarlar, eviçi uyuşturucuya bağlı suç ve ticari uyuşturucuya bağlı suç. Bununla beraber, göstergeler sadece sağlam verilerin zaten önceden bulunduğu durumlarla sınırlı olduğundan, bunun ülkenin uyuşturucu durumunun tam bir özeti olması amacı güdülmemekte ve elde edilen rakamlar ile eğilimler gelecekteki ilerlemelerin değerlendirilmesi için bir taban çizgisi olarak kullanılmaktadır (MacDonald vd., 2005). UNODC'nin yasadışı uyuşturucu indeksi (YUİ) uyuşturucu sorununun üç boyutunu bir araya getirmektedir: uyuşturucu üretimi, uyuşturucu ticareti ve madde bağımlılığı. Ortaya çıkan sonuç, bir 'kişi başına hasar/risk faktörüne' dayanan genel bir durum olup, belirli bir ülkede ortaya çıkan tüm uyuşturucu sorunlarının büyüklüğünü yansıttığı düşünülmektedir (UNODC, 2005).

Her iki aracın da kavramsallaştırılması ilginç yöntem bilimsel gelişmelere yol açmış ve uyuşturucu stratejilerinin değerlendirilmesi ve genel uyuşturucu durumlarının izlenmesi için genel indekslerin kullanımına ilişkin bir ilk içgörüyü sağlamıştır. Bir ilk gözlem, bu gibi araçların ulusal durumun uzunlamasına bir takibi için faydalı olabileceği, ancak gerçekten olan bitenlerin anlaşılması için, sonucun indekslerdeki münferit göstergelerin analiziyle beraber bir bağlama oturtulması gerektiği yönündedir. Ülkeiçi karşılaştırma için genel bir indeks kullanımı, mevcut veri setlerinin sınırlılıkları ve analizde bağlamsal değişken (örneğin, coğrafi durum) bulunmaması göz önüne alındığında, daha zor olabilir.

Koordinasyon mekanizmaları

Resmi uyuşturucu koordinasyon mekanizmaları artık neredeyse tüm AB Üye Devletleri'nde ve Norveç'te bulunurken, mevcut sistemlerin sergilediği önemli orandaki çeşitlilik ülkelerin siyasi yapılarındaki farklılıkları yansıtmaktadır. Yine de bazı genel özellikler tanımlanabilir.

Çoğu ülke hem ulusal hem de bölgesel veya yerel düzeyde uyuşturucu koordinasyon mekanizmalarına sahiptir. Ulusal düzeyde, genellikle günlük koordinasyon faaliyetlerinden sorumlu ulusal bir uyuşturucu koordinasyon ajansı ve/veya ulusal bir uyuşturucu koordinatörüyle desteklenen bakanlık içi bir komite bulunmaktadır. Bölgesel veya yerel düzeyde, uyuşturucu koordinasyon ajansları ve/veya uyuşturucu koordinatörleri çoğu ülkede bulunmaktadır.

Avrupa ülkeleri, ulusal düzeydeki koordinasyon mekanizmalarının bölgesel veya yerel düzeydekilere nasıl bağlandığına göre farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde, özellikle de federal bir yapıya sahip olanlarda (örneğin Belçika, Almanya), bağımsız hareket eden farklı koordinasyon organları arasında işbirliği sağlamak üzere dikey koordinasyon sistemleri kullanılmaktadır. Diğer ülkelerde (örneğin Finlandiya, Portekiz), bölgesel veya yerel düzeyde koordinasyon doğrudan ulusal koordinasyon organları tarafından denetlenmektedir.

AB'deki uyuşturucu koordinasyon mekanizmalarının karşılaştırmalı analizi mevcut sistemlerin gösterdiği çeşitlilik yüzünden güçleşmektedir. Bununla beraber, EMCDDA'nın başlatmış olduğu bir çalışma, koordinasyon sistemlerinin 'uygulanma kaliteleri'ne odaklanmak suretiyle değerlendirilmelerinin mümkün olduğunu göstermiştir. 'Uygulanma kalitesi' kavramı, sistemlerin koordinasyon sonuçları üretme kapasiteleri üzerine çalışmayı sağlamak için kullanılmaktadır (Kenis, 2006). Bu yaklaşım, ulusal uyuşturucu koordinasyon sistemlerinin değerlendirilmesinde kullanılmasına olanak vermek üzere daha da geliştirilecektir.

Uyuşturucuya bağlı kamusal harcamalar

Avrupa ülkeleri tarafından rapor edilen uyuşturucu sorununa yönelik kamusal harcamalar 200.000 EUR ile 2.290 milyon EUR arasında değişmektedir⁽³⁾. Yüksek orandaki bu değişkenlik, kısmen Üye Devletler'in farklı boyutlarına, kısmen de rapor edilen harcama tiplerindeki ülkelerarası farklılıklara ve verilerin bütünlük derecesine bağlanmaktadır. Çoğu ülke sadece ulusal uyuşturucu politika programlarının uygulanmasından kaynaklanan harcamalara ilişkin rapor vermiş ve arz ve talebin azaltılması alanındaki diğer harcamalara ilişkin ayrıntılı bilgi vermemiştir. Bunun yanı sıra, devletin uyuşturucu sorununa yönelik harcama yaptığı ana kanalların tümü içerilmemiş, 23 ülkeden sadece 15'i 'sağlık ve sosyal hizmetler' faaliyetlerine (tedavi, hasar azaltma, sağlık araştırmaları, eğitim, önleme ve sosyal faaliyetler) ilişkin harcamalar hakkında ayrıntılı bilgi vermiş ve sadece 14 ülke 'kanun uygulama' (polis, ordu, mahkemeler, hapishaneler, maliye ve gümrük kontrol faaliyetleri) harcamalarına dair raporda bulunmuştur. Diğer alanlardaki (örneğin yönetim,

(3) 2005 yılında AB Üye Devletleri ve Norveç'teki uyuşturucuya bağlı kamusal harcamalara ilişkin genel rakamlar ilgili ulusal odak noktaları tarafından saptanmıştır.

Uyuşturucu kullanımının maliyeti

Uyuşturucu kullanımının maliyetine ilişkin çalışmalar, uyuşturucu politikalarının geliştirilmesi ve yönetimi için önemli bir bilgi kaynağı teşkil edebilir.

Uyuşturucuya bağlı maliyetler iki ana kategoriye ayrılabilir: doğrudan ve dolaylı maliyetler. Doğrudan maliyetler, uyuşturucuya bağlı olarak ödenen paralar anlamına gelip, tipik olarak önleme, tedavi, hasar azaltma ve kanun uygulama alanlarında yapılan harcamaları içerir. Dolaylı maliyetler, uyuşturucu kullanımı yüzünden gerçekleştirilemeyen üretim hizmetleri olup, tipik olarak uyuşturucuya bağlı hastalık ve ölüm oranlarından kaynaklanan verimlilik kaybından ibarettir. Uyuşturucuya bağlı maliyetler arasında, yaşanan sıkıntı ve acıların genellikle yaşam kalitesi ölçütleri biçimindeki manevi bedelleri de bulunabilir ama parasal karşılığını hassas şekilde tayin etmenin güçlüğünden dolayı, bu kategoriye giren bedeller çoğunlukla hesaba katılmamaktadır.

Bir maliyet çalışması birden fazla farklı perspektiften gerçekleştirilebilinip, bunların her biri farklı maliyetleri içerebilir. Örneğin, genel olarak toplumsal maliyetler, devlet, sağlık bakım sistemi, ödeme yapan üçüncü şahıslar ve uyuşturucu kullanıcıları ile aileleri.

Toplumsal perspektif

Uyuşturucuya bağlı sosyal maliyetler, uyuşturucu kullanımı yüzünden toplumun ödediği doğrudan veya dolaylı bedellerin tümüdür. Bunun sonucu ise, parasal terimlerle ifade edildiğinde, uyuşturucu kullanımının topluma yüklediği toplam maliyetlerin bir tahminidir (Single vd., 2001).

Uyuşturucu kullanımının sosyal maliyetinin belirlenmesi bazı faydalar sağlar. Öncelikle, toplumun uyuşturucuyla ilgili konular için ne kadar harcama yaptığını ve dolayısıyla da, uyuşturucu kullanımı tamamen ortadan kaldırıldığı takdirde tasarruf edilmiş olacak miktarı ortaya koyar. İkincisi, maliyetin farklı bileşenlerini ve toplumdaki her sektörün katkı payını tespit eder. Bu tür bilgi, nelerin verimsiz olduğunu ve tasarruf yapılabilecek alanlara

dikkat çekmek suretiyle finansman önceliklerinin belirlenmesine yardımcı olur.

Kamu harcamaları perspektifi

'Kamu harcamaları' terimi, devletin hükümeti (yani merkezi, bölgesel, yerel) tarafından fonksiyonlarını (yani sağlık hizmetleri, adalet, kamu düzeni, eğitim, sosyal hizmetler) yerine getirmek amacıyla temin edilen mal ve hizmetlerin değeri anlamına gelmektedir. Bir devletin kamu harcamalarının analizi, hükümetinin etkin ve etkili harcama kapasitesine ilişkin faydalı bilgileri sunmaktadır.

Uyuşturucuya bağlı kamu harcamalarının tahmini değerlendirmesi, sosyal maliyetlerin değerlendirilmesinden farklı bir iştir. Kamu harcamaları sosyal maliyetlerin sadece, esas olarak doğrudan maliyetler şeklindeki bir kısmını ifade etmektedir ve dolaylı maliyetler, özel çıkar sahiplerinden (örneğin özel sağlık sigorta şirketleri) kaynaklanan masraflar olduğundan, özellikle dışarda bırakılmıştır. Açıkça 'uyuşturucuya bağlı' olarak sınıflandırılmayan doğrudan kamu harcamalarının, resmi finansal raporlama belgeleri (örneğin bütçeler veya yıl sonu raporları) derinlemesine incelenmek suretiyle, izi sürülebilir. Uyuşturucuya bağlı harcamalar bu şekilde sınıflandırılmayıp daha geniş hedefli programlara (örneğin genel polis operasyonları bütçesi) katıldığında, tahminde bulunmak karmaşık bir hal alır. Bu durumda, doğrudan sınıflandırılmamış uyuşturucuya bağlı masraflar, modelleme yaklaşımları yoluyla hesaplanmalıdır.

Sosyal maliyet hesaplarının birincil amacı, uyuşturucu sorunlarının topluma yüklediği maliyetle, bu sorunlarla mücadele etmek için topluma yüklenen maliyetin (olası dolaylı etkiler de dahil) karşılaştırılmasıdır. Sonuçta bu durum etkinlik ve verimlilik sorusunu getirmektedir: hükümetler paralarını doğru sorunlar için akıllıca harcamakta mıdır? Ancak bazı yazarlar (Reuter, 2006), politika amaçlarına yönelik olarak, kamu harcamalarının sosyal maliyetlerden daha önemli olduğunu ileri sürmüştür. Uyuşturucu bütçesi, bir hükümetin uyuşturucu kullanımı ile buna bağlı sorunların azaltılması için hangi politikaları kullandığını açıklamaya yardımcı olur, ki bu da buna benzer politikaların düzeyi ve içeriğinin uygun olup olmadığının belirlenmesine yönelik ilk adımdır.

koordinasyon, izleme ve uluslararası işbirliği) harcamalara ilişkin bilgi daha da az (yedi ülke) bulunuyordu. Aynı şekilde, bölgesel ve kentsel bütçeler hakkında bilgi de çok sınırlıydı (altı ülke).

Altı ülke uyuşturucuyla mücadele için yaptığı harcamaların ayrıntılı bilgisini sunmuştur (Tablo 1). Bu ülkelerde, uyuşturucuya bağlı kamusal harcamalar yıl içindeki toplam devlet harcamalarının %0,11 ila %0,96'sını (ortalama %0,32) veya gayrisafi milli hasılanın (GSMH) %0,05 ila %0,46'sını (ortalama %0,15) temsil etmekteydi. 'Kanun uygulama' faaliyetleri toplam harcamaların %24-77'sine

karşılık gelirken, geri kalan tutar 'sağlık ve sosyal hizmetler' faaliyetleri için harcanmıştı.

Avrupa ülkeleri hep birlikte toplam 8,1 milyar EUR uyuşturucuya bağlı kamusal harcama rapor etmiştir. Yüksek oranlardaki raporlama eksikliği göz önünde bulundurulduğunda, bu rakamın uyuşturucuya bağlı kamusal harcamaların altında kalan bir tahmin olması mümkündür. Tablo 1'de yer alan altı ülke, AB Üye Devletleri ve Norveç tarafından rapor edilen toplam kamusal harcamaların %76'sına karşılık gelmektedir. Bu altı ülkenin temin ettiği verilere dayanarak, Avrupa ülkelerinin toplam uyuşturucuya

Tablo 1: Eksiksiz verileri olan seçilmiş ülkelerin karşılaştırılması ve bunların uyuşturucuya bağlı kamu harcamalarının düzenlenmesine ilişkin ayrıntılı bilgi

Ülke	Rapor edilen genel harcamalar			Aşağıdakilere ayrılmış genel harcamaların oranı	
	miktar (milyon EUR)	toplam kamu harcamaları oranı olarak ⁽¹⁾ (%)	GSYİH oranı olarak ⁽²⁾ (%)	sağlık ve sosyal hizmetler ⁽³⁾ (%)	kanun uygulama ⁽⁴⁾ (%)
Belçika ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Macaristan	43,5	0,11	0,05	23	77
Hollanda	2185,5	0,96	0,43	25	75
Finlandiya	272,0	0,36	0,18	76	24
İsveç (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Birleşik Krallık	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Yıl içindeki toplam devlet harcamaları (kaynak: Eurostat).
⁽²⁾ Yıl içindeki gayrisafi yurtiçi hâsıla (kaynak: Eurostat).
⁽³⁾ Sağlık ve sosyal hizmetler harcamaları arasında tedavi, hasar azaltma, sağlık araştırmaları ve eğitim, önleme ve sosyal işler müdahaleleri bulunur. Finlandiya için, verilen miktar, 'madde bağımlılığını önleme'nin yanı sıra mülkiyet hasarı, izleme ve araştırmayı da içermektedir.
⁽⁴⁾ Kanun uygulama harcamaları arasında polis, ordu, mahkemeler, hapisaneler, gümrük ve maliye bakanlığı bulunur.
⁽⁵⁾ Belçika ayrıca rapor edilen genel harcamaların % 3'ünü 'politika yönetim faaliyetleri'ne ayırmıştır.
Kaynaklar: Ulusal odak noktaları ve Eurostat.

bağlı kamusal harcamalarının 13 milyar EUR ile 36 milyar EUR arasında olduğu hesaplanmıştır ⁽⁴⁾. Bu rakamlar 2005 yılında AB (25 ülke) GSMH'nin % 0,12 ila % 0,33'ünü temsil etmektedir.

AB düzeyinde, yeni 2007-13 bütçesi kapsamında uyuşturucu sorunuyla mücadele etmek üzere Avrupa Komisyonu tarafından önemli bir finansman sağlanacaktır. Uyuşturucunun önlenmesi ve bilgilendirme için 21 milyon EUR miktarında yeni bir finansman aracı müzakere edilmekte olup, 2007 yılının sonunda kabul edildiği takdirde, bu yıl uluslararası projeler için 3 milyon EUR sağlayacaktır. Suçun Önlenmesi ve Suçla Mücadele Programı, 2007-13 Kamu Sağlığı Programı ve 2007-13 7. RTD (Teknoloji Geliştirme) çerçeve programı gibi diğer yeni finansal araçlar da uyuşturucu konusunun farklı alanlarında çalışan örgütler için finansman olanakları yaratmaktadır. Bunlara ek olarak, 2005 itibarıyla AT ve Üye Devletler üçüncü dünya ülkelerinde uyuşturucuyla ilgili yardım projelerinin finansmanına 750 milyon EUR'nun üzerinde katkıda bulunmuştur.

EMCDDA, 2005-08 AB uyuşturucu eylem planına cevaben, hali hazırda Üye Devletler, aday ülkeler ve Norveç'in uyuşturucuya bağlı harcamalara ilişkin standartlaştırılmış veri toplamalarını sağlayacak bir yöntem bilimi geliştirilmesi yönünde çalışmaktadır. Bu çalışma, EMCDDA'nın hem uyuşturucuya ayrılan toplam kamusal harcamaları hem

de bunun farklı faaliyetler arasında nasıl dağıldığını değerlendirmesine yardımcı olacaktır.

AB yasaları ve politika alanındaki gelişmeler

2006 yılının sonunda, Avrupa Komisyonu AB uyuşturucu eylem planının (2005-08) uygulanması hakkındaki ilk gelişim değerlendirmesini ⁽⁵⁾ sunmuştur. Bu çalışma, 2006 için planlanan faaliyetlerin ne dereceye kadar gerçekleştirildiğini

Uyuşturucu kullanımının sosyal maliyetlerine ilişkin raporlar

Uyuşturucu kullanımının sosyal maliyetine ilişkin veri sadece az sayıda ülke tarafından rapor edilmiştir. Finlandiya'da (2004 verileri), farmasötiklerin amaç dışı kullanımı da dahil, uyuşturucu kullanımına bağlı dolaylı maliyetlerin 400-800 milyon EUR civarında olduğu hesaplanmış ve bunun 306-701 milyon EUR'su erken ölümlerden kaynaklanan yaşamsal bedele atfedilirken, üretim kayıpları 61-102 milyon EUR'yu bulmaktaydı. Yasadışı uyuşturucu kullanımının sosyal maliyetinin 2003 yılında Fransa'da 907 milyon EUR ve 2004 yılında Lüksemburg'da 29,7 milyon EUR olduğu tahmin ediliyordu.

⁽⁴⁾ Altı ülkeden dördü (Macaristan, Hollanda, Finlandiya ve İsveç) rakamlarının ayrıntılı modellenmiş yaklaşımlarını sunmuştur. Geriye kalan ülkelere toplam genel devlet harcamaları yüzde dağılımının ilk ve üçüncü çeyrek değerinin (sırasıyla % 0,18 ve % 0,69) ve seçilen altı ülkede genel olarak harcanan GSMH'nin yüzde dağılımının ilk ve üçüncü çeyrek değerinin (sırasıyla % 0,08 ile % 0,37) uygulanması, genel toplam birikmiş harcamaların bir aralığını sunmaktadır.

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

ve planın 2006 hedeflerine erişilip erişilmediğini değerlendirmiştir. EMCDDA, bu çalışmaya oluşturduğu bir dizi raporla katkıda bulunmuştur. Avrupa Komisyonu tarafından 2008’de sunulacak olan AB uyuşturucu eylem planının nihai etki değerlendirmesi öncesinde, 2007 yılında yine benzer bir çalışma gerçekleştirilecektir.

Haziran 2006’da, Avrupa Komisyonu, uyuşturucu eylem planında belirtildiği gibi, Avrupa Birliği’nde uyuşturucu politikasında sivil toplumun rolü hakkında bir yeşil kitap (6) çıkarmıştır. Yeşil kitabın amacı uyuşturucu alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarıyla sürekli bir diyalog oluşturmanın en iyi yollarını incelemektir. Çıkar sahipleri yapılandırılmış bir diyalog için iki seçeneğe ilişkin yorumda bulunmak üzere davet edilmiştir: düzenli gayriresmi danışma süreçleri için bir platform olarak uyuşturucu hakkında bir sivil toplum forumu veya mevcut ağların tematik bağlantılandırılması.

AB’de sivil toplumun uyuşturucu politikasına katılımı ayrıca Avrupa Komisyonu tarafından temel haklar ve adalet genel programı kapsamında öne sürülen spesifik 2007-13 uyuşturucu önleme ve bilgilendirme programının (7) da başlıca hedeflerinden biridir. Uyuşturucu programının genel hedefleri, uyuşturucu kullanımının etkilerine dair verilen bilgileri iyileştirmek ve uyuşturucu kullanımı, bağımlılığı ve uyuşturucuya bağlı hasarı önleyip azaltmak suretiyle, Avrupa’nın özgür, güvenli ve adil bir yer haline gelmesine yardımcı olmaktır. 2007-13 dönemi için bu program 21 milyon EUR’luk genel bir bütçeye sahiptir. Uyuşturucu programı, ortak karar usulü kapsamında kabul edildiğinden, Avrupa Parlamentosu ve Konsey’de hala tartışılmaktadır.

Yeni ulusal kanunlar

Arzın azaltılması

Geçen yıl Üye Devletler talebin azaltılması alanında bir dizi mevzuat değişikliği gerçekleştirmiş, ancak 2006’da bazı ülkeler uyuşturucu ticareti ile arzın azaltılmasıyla ilgili hususları ele alan hukuki çerçevelerin iyileştirilmesine yönelik tedbirler almak durumunda kalmıştır.

İrlanda’da, yapılan önemli değişiklikler arasında, mahkumlara uyuşturucu tedarik etmekle ilgili yeni suçlar, antisosyal davranışlara yönelik hükümler ve sokak değeri 13.000 EUR veya üzeri olan uyuşturucu ticareti için 10 yıl zorunlu asgari hapis uygulanmasını güçlendirecek tasarılar belirleyen 2006 Cezai Adalet Yasasının uygulamaya konması bulunmaktadır. (Kanunda tanımlandığı şekliyle) bir ‘suç örgütü’ ne üye olmak veya bir suç örgütüne yardımcı olmak suç haline gelmiş ve uyuşturucu ticaretinden hüküm giymiş olanların hapisten çıkınca adreslerini polise

bildirmelerini gerektiren bir uyuşturucu suçluları kaydı oluşturulmuştur. Buna karşılık, Ulusal Polis Merkezleri Hükümünün uyuşturucuya bağlı suçlarla mücadeleye yardımcı olmak amacıyla, uyuşturucu ve öncül maddeyle ilgili tüm polis faaliyetlerini tek bir kapsayıcı kanun altında birleştirmeyi hedeflediği Macaristan’da usulle ilgili değişiklikler uygulamaya konmuştur.

Uyuşturucu ticaretiyle mücadeleye yönelik bazı araçların kullanılmasına ilişkin usuller de oluşturulmuş veya iyileştirilmiştir. Estonya’da, Narkotik Uyuşturucu ve Psicotropik Madde Yasası ile ilgili yasalar, denetimin kapsamını genişletmek üzere Mayıs 2005’te değiştirilmiştir. Romanya’da, Haziran 2006’da uygulamaya konan bir kanun Avrupa tutuklama emrini uygulamaya sokmuş ve kullanımına yönelik usullerin yanı sıra adli işbirliğini, denetimi ve sınır ötesi takip ile hukuki usullerin transferini iyileştirecek tedbirler belirlemiştir. Bulgaristan’da, Ekim 2005’te yürürlüğe giren yeni Cezai Usul Kanunu, kontrollü teslimat, gizli işlemler ve gizli soruşturmaları düzenlemektedir. Ayrıca uyuşturucu davalarındaki tanıklar için geçici koruma ve bazı durumlarda, tanıkların kimliğinin korunmasına yönelik hükümlerin yanı sıra bu gibi tanıkların sorgulanması ve gizli görevlilerin kullanılması için de özel kurallar bulunmaktadır.

Başka ülkelerdeki savcılar için de benzer araçlar bulunmaktadır. Çek Cumhuriyeti’nde, uyuşturucu suçları davaları genellikle, tanıkların kimliğinin korunması ile kişilerin izlenebilmesini sağlayan Cezai Usul Kanunu hükümlerine başvurmaktadır. Kıbrıs’taki uyuşturucu davalarında da Tanık Koruma Kanunu yaygın olarak uygulanmıştır.

Kokain ticaretinde son zamanlarda meydana gelen artış dikkatlerin Karayip bölgesine yoğunlaşmasına sebep olmuştur. Hollanda’da, 2003’ün başlarından beri, Schiphol havaalanında hapisanesi bulunan özel bir mahkeme faaliyet göstermektedir. 2005’in başı itibarıyla, Karayipler’deki kilit ülkelere yapılan tüm uçuşlar % 100 kontrol edilmektedir. 2004 yılında, ayda ortalama 290 uyuşturucu kuryesi tutuklanırken, bu sayı 2006 başlarında ayda 80’e düşmüştür. Fransa’da, Ekim 2005’de yürürlüğe giren bir kanun, yasadışı uyuşturucu ticaretinin havadan ve karadan engellenmesi amacıyla Karayip bölgesiyle işbirliğini güçlendirmektedir.

Uyuşturucu testi mevzuatı

Bazı ülkeler, sürücülerin, tutukluların, mahkumların veya çalışanların farklı durumlarda uyuşturucu testinden geçirilmesini sağlayan, tanımlayan veya düzenleyen mevzuat uygulamaya koyduğunu rapor etmiştir.

Sürücüler için, yerinde hızlı test araçları kullanılarak yapılan rastgele çevirmeler, 2005-10 Ulusal Güvenli Kara Trafikçi

(6) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

(7) COM (2006) 230 son.

Programını onaylayan karar uyarınca Litvanya'da ve trafik kontrolü kanununu düzenleyen 2004 kanun tasarısı kapsamında da Lüksemburg'da artık olanaklı hale gelmiştir. Letonya'da, değiştirilen ceza kanunu artık, sarhoş halde araç kullandığı düşünülen ve test edilmeyi reddeden sürücülerini, bir yıl içinde yinelenen ret durumunda hapis cezası verilmesi seçeneğiyle, cezalandırmaktadır. Yine Letonya'da, 'polis' hakkındaki yenilenen kanun, bir kişinin alkol veya narkotik, psikotropik veya toksik madde kullanmış olup olmadığını belirlemek için artık tıbbi bir kuruma nakledilebileceğini ifade ederek usulün ayrıntılarını içeren kabine tüzüklerine atıfta bulunmaktadır. Sürücülerin uyuşturucu için test edilmesine ilişkin usuller 2007 uyuşturucu ve araba kullanma hakkında seçili konu'da ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.

İskoçya'da artık belirli tutuklu grupları, İngiltere ve Galler'le aynı şekilde, uyuşturucu testine tabi tutulabilmekte olup, İrlanda'da Adalet, Eşitlik ve Hukuk Reformu Departmanı tarafından Haziran 2005'te yayımlanan yeni bir hapis hane kuralları tasarısı mahkumlara yönelik zorunlu uyuşturucu testi olasılığını getirmektedir. Bu durum düzen, güvenlik ve sağlık gerekçeleri ileri sürülerek idrar, ağız sıvıları ve/veya saç örnekleri alınarak gerçekleştirilecektir.

Norveç'te, işyerinde sadece bir çalışan veya başvuru sahibi onay verdiği sürece uyuşturucu testi yapılması durumu söz konusu değildir. 2005 Çalışma Ortamı Kanununun 9-4 sayılı kısmı yürürlüğe girdiğinden beri, işveren sadece kanun ve tüzüklerde belirtildiği durumlarda ya da madde etkisi altındayken çalışmanın özellikle yüksek riskler içerdiği durumda ya da işverenin testi çalışanlar veya üçüncü şahısların hayatı ve sağlığının korunması için gerekli gördüğü durumda bir çalışan veya başvuru sahibinin uyuşturucu testinden geçirilmesini talep edebilmektedir. Fin hükümetinin işyerinde uyuşturucu testi hakkındaki yeni kararı onay vermeye ilişkin hükümlerin kapsamlı bir listesinin yanı sıra test laboratuvarları, örnekler ve test sonuçlarının kalite koşullarını belirlemektedir.

Çek Cumhuriyeti'nde, polis, hapis hane personeli veya çalışanlarının uyuşturucu testi yapmasına ilişkin kurallar artık 'Tütün Ürünleri, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yararıcı Maddelerin Yol Açtığı Hasardan Korunma Tedbirleri' hakkındaki 379/2005 Coll. sayılı Kanunla belirlenmektedir. Madde kullanımının kişiyi kendisi veya başkalarının zarar gördüğü bir duruma getirdiğini düşünmek makul olduğunda profesyonel bir inceleme zorunludur. Kanun ayrıca polis, hapis hane personeli veya çalışanlarının ne zaman nefes testi gerçekleştirmeye veya tükürük örneği almaya yetkili olduklarını da belirlemektedir. Nefes testi ve biyolojik madde örnekleriyle yapılan tıbbi incelemeler sadece

uygun profesyonel ve operasyonel uzmanlığa sahip sağlık tesislerinde gerçekleştirilebilir.

Uyuşturucuya bağlı suç

Uyuşturucuya bağlı suçun önlenmesi ihtiyacı, mevcut AB uyuşturucu stratejisinin bu hedefi halk için yüksek düzeyde güvenlik sağlanması amacının gerçekleştirilmesinde önemli bir eylem alanı olarak belirlemesi gerçeğinin de gösterdiği gibi, Avrupa politika gündeminde üst sıraları işgal etmektedir.

2005-08 AB uyuşturucu eylem planı kapsamında 2007 için planlanmış görevler arasında, EMCDDA'nın ileri sürdüğü çalışmalara dayanan bir Avrupa Komisyonu tasarısı temelinde, 'uyuşturucuya bağlı suç'un ortak bir tanımının kabulü yer almaktadır. 'Uyuşturucuya bağlı suç'tan ne anlaşıldığı disiplinler ve profesyoneller arasında değişmekle beraber, dört geniş kategori içerdiği düşünülebilir: *psikofarmakolojik suçlar* (bir psikoaktif madde etkisi altında işlenen suçlar), *ekonomik kompulsif suçlar* (uyuşturucu bağımlılığını sürdürmek amacıyla para/mal/uyuşturucu elde etmek için işlenen suçlar), *sistemik suçlar* (yasadışı uyuşturucu pazarlarının faaliyeti kapsamında işlenen suçlar) ve *uyuşturucu kanunu suçları* (kullanma, bulundurma, satma, ticaret vs. dahil) (ayrıca bkz. EMCDDA, 2007a).

Uyuşturucuya bağlı suçun bu yönlerinden ilk üçünün tanımları bazen uygulamada güçlükler yol açmakta olup veriler seyrek ve derme çatmadır. Uyuşturucu kanunu suçları 'raporları' (8) hakkındaki veriler, bu raporda analiz edilen tüm Avrupa ülkelerinde her zaman bulunabilir. Ancak, bu veriler aynı zamanda ulusal mevzuatlardaki farklılıklar ile farklı kanun uygulama ve yürütme şekillerinin yanı sıra belirlenen öncelikler ile cezai adalet kurumları tarafından belirli suçlara ayrılan kaynaklar arasındaki farklılıkları da yansıtmaktadır. Buna ek olarak, uyuşturucu kanunu suçları hakkındaki ulusal bilgi sistemleri arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Bu durum neyin, ne zaman ve nasıl kaydedildiği gibi kayıt ve rapor çalışmaları için özellikle geçerlidir. Sonuç itibarıyla, ülkeler arasında karşılaştırmalarda bulunmak güç olabilir; dolayısıyla, kesin rakamlardan ziyade eğilimlerin karşılaştırılması ve Avrupa'daki ortalama eğilimler analiz edilirken ulusal nüfus büyüklüklerinin göz önüne alınması daha doğrudur. Genel anlamda, AB düzeyinde, uyuşturucu kanunu suçları 'raporları'nın sayısı 2000 ve 2005 yılları arasında ortalama % 47 artmıştır (Şekil 1). Veriler, beş yıllık dönemde genel bir düşüş rapor eden Letonya, Portekiz ve Slovenya dışında, rapor eden tüm ülkelerde artma eğilimleri ortaya koymaktadır (9).

(8) Uyuşturucu kanunu suçları için 'raporlar' terimi tırnak içinde verilmiştir çünkü farklı ülkelerde kullanılan farklı kavramları tanımlamaktadır (uyuşturucu kanununu ihlal ettiğinden şüphe edilenlerin polis raporları, uyuşturucu kanunu suçlarına yönelik cezalar, vs.). Her ülkede kullanıldığı şekliyle tam bir tanım için 2007 istatistik bültenindeki uyuşturucu kanunu suçları hakkında yöntemsel notlara bakın.

(9) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo DLO-1.

Kullanmaya bağlı suçlar ile ticarete bağlı suçlar arasındaki denge değişmekte olup, çoğu Avrupa ülkesi suçların çoğunluğunun uyuşturucu kullanma veya kullanmaya yönelik bulundurmaya ilişkin olduğunu rapor etmiş ve rakamlar 2005 yılında İspanya'da % 91'e kadar çıkmıştır⁽¹⁰⁾. Bununla beraber Çek Cumhuriyeti, Lüksemburg, Hollanda, Türkiye ve Norveç'te satış ve ticarete bağlı uyuşturucu kanunu suçları ağırlıkta olup, bu suçlar 2005 yılında bildirilen uyuşturucu kanunu suçlarının % 92'si kadarına (Çek Cumhuriyeti) karşılık gelmektedir.

Çoğu Avrupa ülkesinde, rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarında en çok bahsi geçen yasadışı uyuşturucu esrardır⁽¹¹⁾. Bu durumun geçerli olduğu ülkelerde, 2005 yılında esrarla ilgili suçlar tüm uyuşturucu kanunu suçlarının % 42-47'sine karşılık geliyordu. Çek Cumhuriyeti'nde metamfetaminle ilgili suçlar ağırlıkta olup, bunlar tüm uyuşturucu kanunu suçlarının % 53'üne karşılık gelirken, Lüksemburg'da en çok rapor edilen madde (uyuşturucu kanunu suçlarının % 35'inde yer alan) kokaini.

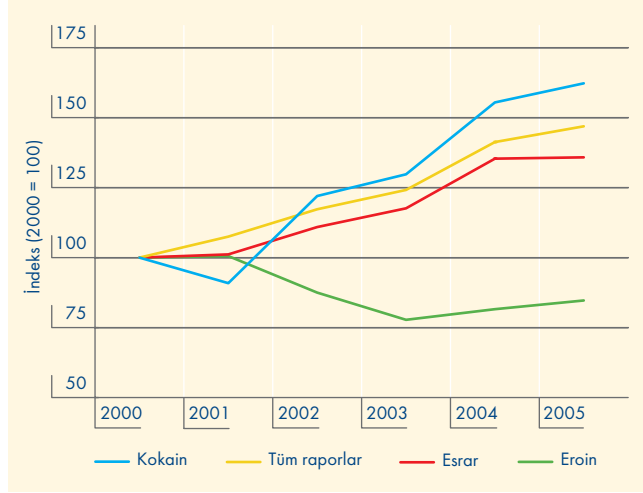
Beş yıllık 2000–05 döneminde, esrarla ilgili uyuşturucu kanunu suçu 'raporları' sayısı rapor eden ülkelerin çoğunda sabit kalmış veya artmış olduğundan, AB düzeyinde % 36 oranında genel bir ortalama artış meydana gelmiştir (Şekil 1). Ancak Çek Cumhuriyeti (2002-05) ve Slovenya (2001-05) tarafından düşen eğilimler de rapor edilmiştir.

Lüksemburg ve Hollanda dışında rapor eden tüm ülkelerde, kullanma/kullanmaya yönelik bulundurma suçlarında en çok bahsi geçen uyuşturucu esrardır. Ancak esrar kullanmaya bağlı suçların oranı bazı ülkelerde (Yunanistan, İtalya, Kıbrıs, Avusturya, Slovenya ve Türkiye) 2000 yılından beri ve rapor eden ülkelerin birçoğunda veri bulunan en son yılda (2004-05) düşmekte olup, bu durum olasılıkla bu ülkelerdeki kanun uygulayıcı kurumların esrarı diğer uyuşturuculardan daha az hedef almakta olabileceğini göstermektedir⁽¹²⁾.

Kokainle ilgili suçlar 2000-05 döneminde, rakamın nispeten sabit kaldığı Almanya haricinde, tüm Avrupa ülkelerinde artmıştır. Aynı dönem içinde AB ortalaması % 62 oranında artmıştır (Şekil 1).

2000 ve 2005 arasında eroinle ilgili uyuşturucu kanunu suçları 'raporları' esrar ve kokaine ilişkin olanlardan farklı bir tablo sunmakta olup, Avrupa Birliği'nde, özellikle 2001 ve 2003 arasında, toplamda ortalama % 15 düşmüştür. Bununla beraber, eroin suçlarındaki ulusal eğilimler bu dönemde, ülkelerin üçte birinin artma eğilimleri rapor etmesiyle, farklılıklar sergilemiştir⁽¹³⁾.

Şekil 1: AB Üye Devletleri'nde uyuşturucu kanunu suçları raporlarında indekslenmiş eğilimler, 2000–05



Not: Eğilimler, AB Üye Devletleri'ndeki tüm kanun uygulama kurumları tarafından rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarına (cezai olan ve olmayan) ilişkin raporların ulusal sayısı hakkındaki mevcut bilgileri ifade etmektedir; tüm seriler 2000'de 100 bazında indekslenmiş ve genel bir AB eğilimi oluşturacak şekilde, ülke nüfus büyüklüklerine göre ağırlıklandırılmıştır.

Tanımlar ve çalışma birimleri ülkeler arasında önemli farklılıklar gösterdiğinden, genel 'uyuşturucu kanunu suçları raporları' terimi kullanılmıştır, daha fazla bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde 'Uyuşturucu kanunu suçları: yöntemler ve tanımlar'.

İki veya daha fazla ardışık yıl için veri bulunmayan ülkeler eğilim hesaplarına katılmamıştır: genel eğilim 24 ülkeye, eroin eğilimi 14 ülkeye ve esrar eğilimi de 15 ülkeye dayanmaktadır.

Ayrıntılı bilgi için bkz. istatistik bülteninde Şekil DLO-6.

Kaynaklar: Reitox ulusal noktaları ve nüfus verileri için de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Uyuşturucu sorununa ilişkin araştırmalar

Finansman

Avrupa'da uyuşturucuya ilişkin araştırmalar, ulusal odak noktaları tarafından rapor edildiği üzere, ulusal fonlar ve Avrupa sosyal fonları tarafından finanse edilmektedir. Bazı Üye Devletler uyuşturucu araştırmalarının genel ulusal araştırma fonları (Almanya, Hollanda, Finlandiya, Birleşik Krallık), Sağlık Bakanlığı araştırma fonları (İtalya) ya da ulusal uyuşturucu koordinasyon organının kontrol ettiği fonlar (Fransa, İsveç) tarafından finanse edildiğini bildirmektedir. Romanya'da araştırmalar, Küresel Fon gibi uluslararası örgütler yoluyla finanse edilmektedir.

Araştırma faaliyetleri

Emsal taraması yapılmış bilimsel yayınlar bilimsel faaliyetin bir göstergesi olarak alındığında, bu gibi yayınların 2005 ve

⁽¹⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo DLO-2.

⁽¹¹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo DLO-3.

⁽¹²⁾ Esrarla ilgili kullanmaya bağlı suç oranının düşmekte olduğu bazı ülkelerde, esrarla ilgili kullanmaya bağlı suçların mutlak rakamlarının artışta olduğunu belirtmekte fayda vardır.

⁽¹³⁾ Avrupa ortalamasının rapor eden ülkelerin yarısında bulunan eroin suçlarındaki artışı yansıtmadığı gerçeği en başta, iki ardışık yıl için veri bulunmayan ülkelerin Avrupa ortalamasına katılmamasının yanı sıra Avrupa ortalaması hesaplanırken ulusal nüfus büyüklüklerinin değerlendirilmesinden (büylelikle de bazı ülkelerden gelen rakamlara diğerlerinden daha çok ağırlık verilmesinden) kaynaklanmaktadır.

2006 yıllarında yapılmış ve ulusal raporlarda da aktarılan bir analizi, ülkeler arasında farklılık gösteren tematik araştırma önceliklerine dair belirgin bir şekil ortaya koymuştur.

Bağımlılık tedavisi önemli bir araştırma konusu gibi görünmekte olup, çalışmaların çoğu ikame tedavisinin farklı yönlerini incelemektedir. Önleme hakkındaki araştırmalar ulusal raporlarda alıntılanan bilimsel literatürün çok daha düşük bir oranına karşılık gelmektedir. EMCDDA'nın beş önemli göstergesinden biri olan bulaşıcı hastalıklara dair yayınlar sayıca en fazla olup, bunu gençler arasında uyuşturucu kullanımının yaygınlığına ilişkin yayınlar izlemektedir.

Ulusal raporlardan algılanılan bilimsel yayınlar ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Almanya'nın raporunda Hepatit-C pozitif uyuşturucu kullanıcılarının tedavisi başta olmak üzere, tedavi araştırmaları özellikle sıklıkla alıntılanmış, Hollanda'nın raporu ise yeni tedavi yöntemlerine odaklanmıştır. Birleşik Krallık'tan alınan araştırma çalışmaları ağırlıklı olarak sorunlu uyuşturucu kullanımı, suç ve pazar hususlarını ele almaktadır. Nörolojik araştırmalar yapılan az sayıdaki atıf ise esas olarak Hollanda'nın raporunda yer almaktadır ancak, Fransız MILDT de bu alanda bir dizi araştırma projesi finanse etmiştir.

Yeni başlatılan araştırma programları, Üye Devletler arasında benzer ulusal araştırma öncelikleri bulunduğunu kanıtlamaktadır. Almanya'daki mevcut ulusal araştırma finansmanı, temel araştırmalar dahil olmak üzere, tedavi talebini karşılayacak tedavi hizmetlerinin en iyi şekilde kullanılmasına ayrılmıştır. Hollanda 2006 yılında 'Risk davranışı ve bağımlılık' araştırma programını başlatmıştır. Birleşik Krallık'ta, yakın zamanda tedavi sistemlerinin

kalitesi ile çok genç sorunlu uyuşturucu kullanıcıları hakkında çalışmalar başlatılmıştır. Yeni Üye Devletler ise esas olarak, örneğin gençlik anketleri vasıtasıyla, izleme sistemleri için bilimsel temel oluşturmaya yoğunlaşmaktadır.

AB araştırmaları

Uyuşturucuyla ilgili araştırmalara yönelik AB finansmanı araştırma çerçeve programları yoluyla sağlanmakta olup, bunların en yenisi 2006'nın sonunda başlatılan (2007-13) 7. çerçeve programıdır. 2005/2006'da bunların sonuçlarına dair rapor veren araştırma projeleri, 5. AB araştırma çerçeve programındaki (1998-2002) 'Yaşam Kalitesi' temasından doğmuştur. Bu projeler arasında 'Avrupa'da uyuşturucu bağımlısı suçluların yarı-zorunlu tedavisi' (QCT), 'Avrupa'da kokain ve crack kullanıcıları için destek ihtiyaçları' (COCINEU) ve 'çifte tanı ve bağımlılıktan optimal kurtulmaya yönelik entegre hizmetler' (ISADORA) yer almaktadır.

EMCDDA 2007 seçili konularında Uyuşturucu ve araba kullanma

Psikoaktif maddeler bir kimsenin araba kullanma becerisini kaza ve yaralanma riskini arttıracak derecede engelleyebilir. Uyuşturucu ve araba kullanmaya ilişkin bir seçili konu, bu hususta yapılan farklı türdeki çalışmaların sonuçlarının genel bir özetini sunmakta ve, esrar ile benzodiazepinlerin yanı sıra, bu sorunlu davranışa yönelik önleyici ve hukuki yaklaşımlara odaklanmaktadır.

Bu seçili konu basılı olarak ve İnternet üzerinde sadece İngilizce dilinde bulunmaktadır
(<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



2. Bölüm

Avrupa'daki uyuşturucu sorunlarına tepki verme — genel bakış

2005-08 AB uyuşturucu eylem planı, spesifik olarak Üye Devletleri kolaylıkla erişilebilir olan önleme, tedavi, hasar azaltma ve sosyal yeniden bütünleşme konularında etkin ve çeşitli yöntemler geliştirmeye çağırılmaktadır. Avrupa'daki uyuşturucu sorununun bu yönleri bu bölümde daha ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Önleme stratejileri farklı grupları hedef alabilir; bu gruplar bütün halklardan belirli risk gruplarına kadar değişebilir ve uygulanan yöntemler de gereğince farklılıklar gösterir. Tedavi ve hasar azaltma tedbirleri de uyuşturucu kullanıcıları ve bağımlılarına sunulan hizmetler arasında olup, önemli sayıda ülkede yapılan sonuca yönelik çalışmalarda bunların etkinlikleri değerlendirilmiştir. Hasar azaltma tedbirleri, uyuşturucuya bağlı ölümleri önleme ve sağlığa ilişkin hasarı, örneğin HIV veya hepatit C hastalıklarını azaltma amacına yöneliktir. Eroin bağımlılığı genellikle ikame tedavisiyle tedavi edilmektedir ve esrar, amfetamin ve kokain bağımlılığı için de özel programlar geliştirilmiştir. Ayrıca tedavi başarılı olduğu takdirde, bir sonraki adım sosyal açıdan yeniden entegre olmaktır. Aşağıda açıklanacağı gibi, pek çok uyuşturucu kullanıcısının yaşam koşulları kötü olup, sosyal entegre stratejilerinin çoğu zaman önemli sorunların üstesinden gelmesi gerekmektedir.

Her tipten müdahaleye ilişkin olarak, farklı ülkelerden örnekler verilmekte ve bunların etkinliğini destekleyici nitelikte olan veya olmayan araştırma sonuçları tartışılmaktadır.

Önleme

Bireysel önleme stratejilerinin etkileri, genellikle, uyuşturucu kullanımının nüfus seviyesindeki yaygınlığında meydana gelen değişimlerle ölçülemez. Bununla beraber, her önleme stratejisi, kanıt temelli bir müdahale olup olmadığını belirlenmesi amacıyla, birikmiş kanıtlarla karşılaştırılabilir. Bu da önleme müdahalelerinin içeriği, kapsamı ve sayısı hakkında sağlam bilgi gerektirmektedir.

Mevcut bilgilerin iyileştirilmesi: izleme, kalite kontrol ve değerlendirme

Üye Devletler önleme stratejilerini giderek daha çok izlemekte ve bunun sonucunda, müdahalelerin içeriği ve bulunabilirliği hakkında veriler sunmaktadır. Almanya, Hollanda ve

Norveç bilgi kapsamlarını genişletmiştir. Yunanistan, Kıbrıs, Litvanya ve İtalya okul temelli önlemeyi izlerken, Yunanistan, Polonya, İsveç ve Finlandiya'da toplum temelli önleme hizmetleri araştırılmakta ve Fransa da uyuşturucu önleminin izlenmesine yönelik merkezleştirilmiş bir sistem oluşturmuştur. Bazı ülkeler (Çek Cumhuriyeti, İspanya'da Özerk Galisya Bölgesi, Macaristan ve Norveç), müdahaleler için finansman başvurusunda bulunurken kanıt temeline odaklanmakta ve akreditasyon sistemleri getirmeyi düşünmektedir. Portekiz, Finlandiya ve Romanya'nın önleme programları için asgari kalite kriterleri bulunmaktadır.

Macaristan ve Hollanda'dan edinilen bilgiler, önleme izleme sistemleri ile kalite kriterleri bulunmasının, projeler ve değerlendirmeler hakkında daha iyi bir raporlandırmaya ve daha yüksek kalitede müdahalelere olanak verdiğini ortaya koymaktadır.

Çoğu önleme programı değerlendirilmemektedir. Değerlendirilenler ise 'hedeflerin ne derece gerçekleştirildiği'nden ziyade 'müdahalenin kapsamı ve kabulü' anlamında değerlendirmeye alınmaktadır (Yunanistan ulusal raporu).

Geçtiğimiz son birkaç yılda, önlemin etkinliği hakkında incelemeler Almanya (Bühler ve Kröger, 2006) ve Birleşik Krallık (Canning vd., 2004; Jones vd., 2006) ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (Hawks vd., 2002) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bunlar önleme stratejilerinde iyi uygulamaların belirlenmesinde yardımcı olmaktadır. En yeni ve kapsamlı çalışma (Bühler ve Kröger, 2006), madde bağımlılığının önlenmesine ilişkin olarak, incelemeler ve meta-analizler gibi 49 yüksek kaliteli değerlendirmeyi incelemiş ve etkin uyuşturucu önleme stratejilerine ilişkin sonuçlar çıkarmıştır. Aşağıdaki kısımlarda, bu çalışma ve diğerlerinin sonuçlarına dayanarak, farklı tiplerdeki önleme stratejilerinin etkinliği tartışılmaktadır.

Kitle iletişim kampanyaları

Hawks vd.'in (2002), HDA (2004)'ya uygun olarak, vardığı sonuca göre 'tek başına kitlesel iletişim araçları kullanımının, bilhassa karşı etkilerin mevcudiyetinde, farklı tiplerde psikoaktif madde kullanımını azaltmanın etkin bir yolu olmadığı görülmüştür. Bununla beraber, bilgi düzeylerini

Kanıt temelli uygulama

Kanıt temelli uygulamalar, hastalarda istenilen sonuçları (örneğin uyuşturucu kullanımının azalması) verdiği, bilimsel incelemelere (örneğin araştırma çalışmaları) dayanılarak, tutarlı bir şekilde kanıtlanmış olan müdahalelerdir (örneğin uyuşturucu tedavisi). Bir müdahalenin kanıt temelli kabul edilip edilemeyeceğini belirlemede kullanılan kriterler etkinlik ve etkililiktir (Brown vd., 2000; Flay vd., 2005).

Etkinlik, bir müdahalenin ideal araştırma koşulları altında ne derece iyi çalıştığına bir ölçüsüdür. Etkinlik, ideal olarak, bazı katılımcılar test edilen müdahaleye tabi tutulurken başka bir kontrol grubunun başka bir müdahaleye tabi tutulduğu veya hiçbir müdahaleye tabi tutulmadığı kontrollü bir deneme, ya da daha ziyade, katılımcıların iki müdahaleden biri için rastgele seçtiği bir randomize kontrollü deneme gerçekleştirmek suretiyle belirlenir (Cochrane Collaboration, 2007). Genel olarak bir müdahalenin etkinliğinin sadece, tercihen süreç değerlendirilmesiyle birlikte yürütülen, randomize kontrollü denemelerle veya kontrollü denemelerle belirlenebileceği ve böylece gelecekteki uygulama ve politikalar için temel oluşturabileceği düşünülmektedir.

Ancak, ne yazık ki, katılımcıların bir müdahaleye veya kontrol grubuna rastgele atanması her zaman mümkün olmamaktadır.

Etkililik, bir müdahalenin olağan koşullarda ne kadar iyi sonuç verdiğinin bir ölçüsüdür. Kontrollü denemelerde umut vadeden müdahaleler sık sık, rutin koşullarda ne kadar iyi sonuç verdiğini

araştırmak üzere, toplulukta uygulanmaya konmaktadır. Ulusal tedavi sonuç çalışmaları gibi etkililik çalışmaları, neyin sonuç verdiğine ilişkin kanıt temin etmek için, öncelikle müdahalenin sağlığa olan etkileri veya diğer ilgili sonuçlarla ilgilenmektedir.

Bununla beraber, kanıt oluşturma süreci, etkinlik veya etkililiği inceleyen araştırma çalışmalarının kalitesinin nasıl değerlendirilmesi gerektiği ve neyin sonuç verdiğiyse ilgili hangi tipte araştırma yönteminin (örneğin nitel veya nicel) en doğrusu olacağına ilişkin farklı görüşler bulunmasından ötürü karmaşık bir hal almaktadır. Dolayısıyla neyin sonuç verdiğine ilişkin varılan sonuçlar değişebilmektedir. Karar alma sürecinde farklı kaynakların nasıl değerlendirileceği ve tartışılacağına belirlenmesi de önemli bir sorun teşkil etmektedir. Henüz kapsamlı bir kanıt temelli oluşturulmamış ama etkinliği deneyimle görülmüş müdahaleler durumunda bunun belirlenmesi iyice zor olacaktır.

Bu güçlükler rağmen, kanıtların sağlık hizmetlerinin uygulama ve politikalarının iyileştirilmesine yardımcı olabileceği ve kanıt temelli uygulamalara ilişkin tartışmaların, net kanıt değerlendirme kriterleriyle birlikte geliştirilmesi gerektiğine yönelik temel kanaat kalıcıdır.

EMCDDA, bu alışverişe katkıda bulunmak ve kanıt temelli uygulamaların yaygın bildirilmesini geliştirmek üzere, farklı müdahalelerin etkililiğine ilişkin en son kanıtların genel bir değerlendirmesinin yanı sıra, müdahalelerin kalitesinin iyileştirilmesine yönelik araçlar ile Üye Devletler ve AB'de uygulanan somut en iyi uygulama örneklerini sunacak çevrimiçi bir portal geliştirmektedir.

artırdığı ve politika girişimlerini desteklediği görülmüştür.' Ancak diğer kanıtlar kitle iletişim kampanyalarının, diğer stratejileri (Bühler ve Kröger, 2006) güçlendirmek için destekleyici bir tedbir olarak kullanıldıkları takdirde, olumlu etkileri olabileceğini göstermektedir.

İskoçya'nın 'Know the score' isimli kokain kampanyasının bir değerlendirmesinde, Binnie vd. (2006) kullanıcıların % 30'unun reklamları izledikten sonra kokain alma eğilimlerinin azaldığını ortaya koymuş, ancak % 56'sı kampanyanın kokain kullanma niyetlerini değiştirmede ve % 11'i de kullanma eğilimlerinin arttığını söylemiştir. Bunun yanında, ABD hükümetinin esrar kampanyasına ilişkin yeni bir yeniden değerlendirme, (olumlu hatırlama oranları ve hedef gruplarına göre ayrılmalarına rağmen) kampanyanın esrar kullanmayan gençlerin esrar kullanımına yönelik tutumlarına bir etkisi olmadığını ama kampanyaya maruz kalmanın, gençlerin marihuana kullanan kişilere yönelik algıları üzerinde istenmeyen etkilere yol açtığı yönündeki önceki bulguları teyit etmiştir (GAO, 2006).

Ancak birkaç kişisel vakada, (çoğu kitle iletişim kampanyasının amacı olan) bilinçlendirmeden sosyal-duygusal bilgiler sağlanmasına (örneğin esrar

kullanımı hakkındaki algıların değiştirilmeye çalışılması) doğru bir kayış yaşanmıştır. Örneğin, Hollanda'daki bir kampanya 'Esrar içmiyorsan deli değilsin çünkü gençlerin % 80'i de içmiyor' mesajını yaymıştır (14). Bunun yanında, İrlanda'daki ulusal uyuşturucu önleme kampanyasının bazı unsurları, esrarı çevreleyen, 'organik' ve doğal' olduğu gibi bir takım mitlere son vermeyi hedeflemektedir.

Yasal maddeler hakkında çevresel stratejiler

Bir maddenin fiyatını ve/veya tüketimine yönelik yasal yaş sınırını artırmanın kullanımı azaltmada olumlu bir etkisi olduğu görülmekle beraber, bunlar sadece alkol ve tütün gibi yasal maddeler durumunda yapılabilmektedir (Bühler ve Kröger, 2006). Bu gibi çevresel stratejiler bugüne kadar daha ziyade Kuzey Avrupa ülkeleri veya ABD'de ilgi görmüş, ağırlıklı olarak alkole odaklanmış ve umut vadeden sonuçlar elde edilmiştir (Lohrmann vd. 2005; Stafström vd., 2006). Ancak, alkol ve tütüne yasadışı maddelere benzer muamele eden kapsamlı toplumsal yaklaşımlar da giderek artmaktadır. Belçika, Bulgaristan, Danimarka, Litvanya, Lüksemburg, Hollanda, Polonya, Slovakya ve Norveç artık alkol ve tütüne erişimi düzenleyen ek vergiler veya kanunlar hakkında toplum temelli stratejiler ya da tartışmaların varlığına ilişkin rapor

(14) Bkz. <http://www.drugsinfo.nl>

bildirmektedir. Bu gibi stratejiler, gençler arasında tüketimi azaltarak alkol içilmeyen alanlar oluşturulması veya eğlence ortamlarında güvenliğin artırılmasını amaçlamaktadır. Okullara ilişkin olarak ise, Avrupa (Kuntsche ve Jordan, 2006) ve başka yerlerde (Aveyard vd., 2004) yapılan yeni çalışmalar, normatif iklim ve gayriresmi ağların yasal uyuşturucular ile esrara ilişkin tüketim davranışlarını kuvvetle etkilediğini onaylamaktadır. Okullara kurallar getirilmesi konusu artık Almanya, İrlanda ve İtalya’da giderek daha fazla rağbet görmektedir (15).

Evrensel önleme

Sosyal etki veya hayat becerisi yetkinliği modeline dayanan interaktif programların okullarda etkin olduğu görülmüş, ancak tek başına gerçekleştirilen bireysel tedbirler (örneğin, sadece bilginin iletimi, afektif eğitim veya diğer interaktif olmayan tedbirler) olumsuz olarak değerlendirilmiştir (Bühler ve Kröger, 2006). Kurumsal gerekçelerle, okul temelli önleme, özellikle Kuzey Avrupa ülkeleri, Fransa ve Polonya’da, çoğunlukla yerel makamların sorumluluğundadır.

Bazı yorumcular tamamlayıcı genel sağlık/hayat becerisi programlarının tek başına beceri temelli eğitim programlarından daha büyük bir değişime yol açtığını ileri sürmüş olup, bu durum müdahalelerin en iyi, sağlam temelli bir sağlık müfredatı kapsamında bütünleştirildiğini düşündürmektedir Hawks vd. (2002). Bu da tüm Üye Devletler’de başarılı gibidir.

Bunun yanı sıra, bazı Üye Devletler (örneğin İtalya, Litvanya, Hollanda, Slovakya, Birleşik Krallık) uyuşturucu önleme konusunu şiddet, ruhsal sağlık sorunları, sosyal dışlama, akademik başarısızlık ve tütün ile alkol kullanımı gibi sağlık hususları ve sosyal hususlarla birlikte, sosyal sağlık koruma şemsiyesi altında ele almakta olup, bu da spesifik olarak zayıf grupların ihtiyaçlarına tepki verme konusuna daha çok yer vermektedir.

Model programların uygulanmaması için sıklıkla ileri sürülen bir gerekçe ise bunların yerel koşullara uyum sağlayamayacağı ve münferit toplulukların ihtiyaçlarına cevap veremeyecekleri yönündedir (Ives, 2006). Ancak, karşıt bir teze göre de, standartlaştırılmış önleme programlarının avantajları, protokollerin sağlam hizmet altyapıları ve öğretmen eğitim sistemleri oluşturulmasına olanak verdiği ve bunun, okullar ve topluluk koşullarının birbirinden çok farklı olduğu yerlerde bile, ortak uygulama standartları getirilmesini kolaylaştırdığıdır.

Pek çok Üye Devlet’te (Bulgaristan, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Avusturya, Romanya) önleme programlarının içeriği, diğer yöntemlerin daha etkin olabileceğini ileri süren

kanıtlara rağmen, bilinçlendirme, bilgi sunma ve kişisel etkinlikler (uzman ziyaretleri gibi) organize edilmesine (16) odaklanmaktadır.

Okullardaki sosyal etki programları, özellikle Birleşik Krallık’ta ve Almanya, İrlanda, Yunanistan, İspanya, Norveç ve yakında da Danimarka gibi, standart programlar sunan ülkelerde yaygındır.

Evrensel topluluk temelli önlemeye ilişkin olarak, 12 Üye Devlet tüm belediyeler veya bir çoğunda uyuşturucu sorununa yönelik planlar bulunduğunu rapor etmekte olup, on ülkede bunlar politik bir önceliklidir. Bu gibi programlar genellikle bilgi etkinlikleri ve, daha az ölçüde, alternatif boş zaman etkinlikleri şeklini almaktadır. Evrensel aile temelli önleme, çoğunlukla anne baba toplantılarından veya bilgi yaklaşımlarından ve daha nadir olarak da, anne babalara yönelik yoğun eğitimden oluşmaktadır.

Seçici önleme

Üye Devletler giderek zayıf toplulukların bütününe hedef alan önleme stratejilerine yoğunlaşmaktadır (17). Bu da bu gibi toplulukların, örneğin Birleşik Krallık’ın Çoklu Mahrumiyet İndeksi gibi standart değerlendirme araçları veya barınma ya da eğitim standartları (eğitiminde geri kalan öğrencilerin sayısı veya sübvans edilen öğrencilerin sayısı) gibi sosyo ekonomik göstergeler kullanılarak belirlenmesi gerektiği anlamına gelmektedir.

Hedef topluluklar saptandıktan sonra (örneğin Fransa ‘hassas kentsel bölgeler veya, okullarda, ‘eğitim öncelik bölgeleri’ tanımaktadır), ek fonlar imkanları bulunmayan bu gruplara yönlendirilebilir. İrlanda, Kıbrıs ve Birleşik Krallık’ta seçici önleme projeleri bu alanların çoğuna götürülmüş olup, Portekiz de böyle bir strateji uygulamaya koyma aşamasındadır. Verilen hizmet türleri Estonya, Yunanistan, Fransa ve Slovakya’daki danışma hizmetlerinden, Lüksemburg ve Avusturya’daki, bazı spesifik etnik grupları hedef alan, sosyal yardım projelerine kadar değişmektedir. Bunun yanında, bazı yeni Üye Devletler (Bulgaristan, Macaristan, Litvanya, Polonya ve Romanya) zayıf durumdaki aileleri hedefleyen pek çok müdahalede bulunduğu ilişkin rapor vermektedir. Çoğu Üye Devlet’in odaklandığı husus aile içinde madde kullanımı olmakla beraber, birkaç ülke (Yunanistan, Litvanya, Macaristan, Birleşik Krallık) sosyal açıdan dezavantajlı aileleri hedef alan daha geniş bir alana odaklanmaktadır.

Benzeri yaklaşımlar, evrensel önlemede de kullanılmakla beraber, seçici önleme hizmetleri sağlanmasında giderek daha fazla rapor edilmektedir (İrlanda, Hollanda, Avusturya, Polonya ve Norveç). Parkin ve McKeganey (2000), benzeri

(15) Ayrıca bkz. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

(16) SQ 22 ve 25’ten alınan veriler.

(17) Seçici önleme, özellikle de risk grupları ve faktörleri hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. önceki yıllık raporlar ve 2007 reşit olmayanlar arasında uyuşturucu kullanımı hakkında seçili konu.

yaklaşımlara ilişkin incelemede, böyle programların en büyük etkisinin, hedef gruptan ziyade, eğitimcilerle olduğu sonucuna varmıştır. Buna göre, bu gibi yaklaşımlar davranışları değiştirmekten ziyade bilgi ve tutumların değiştirilmesinde daha etkin olabilir. Benzeri projeler nadiren değerlendirmeye tabi tutulmakta olup, değerlendirildiklerinde ise (örneğin Norveç'te Free Style), tipik olarak sadece okullara genç yöneticilerin alınmasındaki başarıları ve benzeri yöneticilerin bilgi veya tutumlarının güçlenip güçlenmediğini değerlendirirler.

Seçici önleme popüler hale gelmekle beraber, özellikle eş düzeyliler arası programlarda risk altındaki gençler söz konusu olduğunda ihtiyatlı olmak gerekmektedir (Cho vd., 2005; Dishion ve Dodge, 2005) çünkü zayıf gruplar arasında olumsuz 'bulaşma etkileri' meydana gelebilir. Müdahalenin kendisinin sebep olduğu bu istenmeyen etkiler, madde kullanımının artmasına veya riskli davranışlara yol açabilir. Ancak bu gibi istenmeyen sonuçlar sadece seçici önlemeden dolayı olmayıp, kitle iletişiminde bilgilendirmenin yanı sıra bireysel önleme faaliyetlerinde de gözlemlenmektedir (yukarı bakınız).

Tedavi ve hasar azaltma tepkileri

Tedavi sistemlerinde yeni gelişmeler

Uyuşturucu kullanıcılarının çoğu tedavisi, pratisyen hekimlikler de dahil olmak üzere, ayakta tedavi merkezlerinde gerçekleştirilmektedir. Ayakta tedavi ağlarının genişlemesi son yıllarda da sürmüş ve Bulgaristan, Estonya, Yunanistan, Litvanya, Romanya ve Finlandiya gibi bazı ülkelere daha ileri seviyede bir coğrafi genişleme meydana gelmiştir; buna karşın, yataklı tedavi merkezlerinin sayısı çoğu ülkede sabit kalmıştır.

Uzman uyuşturucu tedavi merkezlerinin ulusal coğrafi kapsamının düzensiz olduğu ülkeler arasında Letonya, Macaristan, Slovakya ve Romanya bulunmaktadır. Servis sağlayıcılar arasındaki yeni genişlemelere rağmen, Yunanistan'ın yanı sıra Macaristan ve Polonya'da da hâlâ ikame tedavisi için bekleme listeleri vardır.

Önceden pek çok Avrupa ülkesinde eroin tedavisindeki en yaygın yaklaşım olan hastane dışı (evde) tedavi, bugünlerde nispeten daha az yaygın olup, opioid kullanıcılarının çoğu ayakta tedavi merkezlerinde tedavi edilmektedir. Ancak hastane dışı tedavi hizmetleri, yaşlılar ile ağır somatik ve psikolojik hastalıkların birlikte görülmesinden dolayı karmaşık tedavi gereksinimleri olan uzun süreli uyuşturucu kullanıcılarının bakımında artan bir öneme sahiptir. Yataklı tedavi merkezlerinin felsefesi ve çalışma şekilleri yıllar içerisinde, değişen ihtiyaçlarla birlikte, önemli oranda değişmiştir. Psikiyatrik tedavi, yüksek oranda etkin

antiretroviral tedavi ve karaciğer hastalıklarının tedavisi de dahil olmak üzere, tedavi ve tıbbi bakımın aynı yerde verilmesi yaygınlaşmış ve hastaları stabilize etmek için uyuşturucu idame tedavilerinin kullanımı artmıştır.

Ayakta tedavi gören uyuşturucu hastalarının nitelikleri

Tedavi talep göstergesinden elde edilen veriler, tedavi merkezlerine giden hastaların ve belli bir dereceye kadar da tüm uyuşturucu kullanıcılarının sosyo ekonomik durumlarının belirlenmesinde kullanılabilir⁽¹⁸⁾. Ayakta tedaviye erişim çoğu ülkede daha kolay ve daha az seçici olduğundan, bu hasta grubundan edinilen bilgilerle bir bütün olarak uyuşturucu kullanıcılarına ilişkin saptamada bulunmak uygundur.

2005 yılında, 29 Avrupa ülkesinden 20'si ayakta tedavi merkezlerine giden 315.000 uyuşturucu hastası hakkında bilgi vermiştir. Veriler, 4.000'in üzerinde tedavi biriminden gelmektedir. Ayakta tedavi hastalarının yaklaşık yarısı (% 53) birincil opioid kullanımı ve diğer yarısı da, esrar (% 22) ve kokain (% 16) başta olmak üzere, birincil diğer madde kullanımı için tedavi görmektedir. En yaygın tüketilen birincil uyuşturucu ülkelere göre değişmektedir.

Ayakta tedavi hastalarının yaklaşık % 80'i erkek olup, ortalama yaşları 30 civarında (tedaviye yeni başlayanlar arasında 28) ve yaşam koşulları da genellikle aynı yaştaki nüfusa oranla kötüdür. Ayakta tedavi hastalarının yaklaşık % 60'ı ilkokuldan ileri seviyede bir eğitimi bitirmemiş ve bu hastaların yaklaşık onda biri de ilkokulu bile tamamlamamıştır. Hastaların yaklaşık yarısı ayakta tedaviye başlamadan önce düzenli bir iş sahibiyken, diğer yarısı işsizdi; çoğu ayakta tedavi hastası sabit bir yerde kalmakta (% 85), bunların % 40'ı anne babalarıyla birlikte ve % 19'u da yalnız yaşamaktadır. Ayakta tedavi gören uyuşturucu hastalarının önemli bir azınlığı (% 15), yalnız veya partnerleriyle beraber, çocuklarıyla yaşamakta olup, bu durum uyuşturucu kullanan kişinin hayatını daha da karmaşıktırmakta ve çocuklar için de bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Tedavide bulunan uyuşturucu hastalarının sosyo ekonomik durumları hakkındaki bilgiler bazı ülkelere gelen ulusal bilgilerle tamamlanmakta olup, bu bilgiler kullanılan ana maddelere göre ayrılmıştır. Örneğin, Almanya'da, eroin kullanıcılarının % 67'si işsizdir veya ekonomik olarak aktif değildir; bu oran kokain hastalarında % 53, esrar hastalarında % 35'tir ve opioid hastalarının % 74'ü de sınırlı okul eğitimi almış olup, bu oran kokain hastalarında % 63'tür (Sonntag vd., 2006).

Yeni gelişmeler

Bazı ülkelere yakın zamanda spesifik uyuşturucu kullanıcı gruplarını, örneğin kadın uyuşturucu kullanıcıları, sokakta uyuşturucu enjekte eden evsizler, seks işçileri veya genç ve çok genç uyuşturucu kullanıcılarını (bkz. 2007 resit

(18) Bu kısımda aktarılan rakamlar hakkında daha ayrıntılı bilgi için 2007 istatistik bültenindeki TDI tablo ve çizelgelerine bakınız.

olmayanlar arasında uyuşturucu kullanımı hakkındaki seçili konu) hedef alan uzman hizmetler oluşturulmuştur. Diğer ülkelerde, farmakolojik tedavi seçenekleri, tedavi kapsamının artırılması amacıyla, spesifik kullanıcı gruplarının ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde genişletilmiştir. Örneğin, Malta'da artık buprenorfin idame tedavisine izin verilmektedir ⁽¹⁹⁾.

Farklı uyuşturucu kullanıcı gruplarının tedavisi

Üye Devletler sorunlu esrar ve kokain kullanıcıları için uygun tedavi sunmanın önemini giderek daha fazla kabul etmektedir. Esrara ilişkin olarak, Avrupa'daki tedavi, danışma ve önleme programları çok sayıda kullanıcıya erişmek için çoğunlukla birbiri içine geçmiştir. Uyuşturucu kullanımı deneysel kullanım ve sorunlu kullanım arasında bir yerde bulunan esrar kullanıcılarına ulaşma çabasıyla, İnternet'ten faydalanmak gibi yeni iletişim stratejileri uygulanmaktadır. Bugüne kadar Avrupa'da yaygın olarak sunulmamış olan spesifik esrar tedavi hizmetleri ve programları şu anda geliştirilme aşamasındadır (bkz. 3. Bölüm).

Bunun yanı sıra, kokain tedavisi için yüksek seviyelerde taleple karşı karşıya bulunan Üye Devletler bu alanda araştırmalar yaptırmaya başlamaktadır zira konu toz kokain ve crack kokain kullanıcılarının genellikle oldukça farklı sosyal gruplardan gelmeleri gerçeğiyle karmaşık bir hal almaktadır (bkz. 5. Bölüm). Ancak, hali hazırda, spesifik hizmetlerin şu anda yetersiz olmasından dolayı, amfetamin kullanıcılarının da dahil olduğu psikostimülan kullanıcıları, tüm Avrupa'da tedavi personeli ve doktorlara yönelik bir eğitim ihtiyacı olduğu tespit edilmiş bulunan geleneksel, opioid odaklı tedavi servislerinde tedavi edilmektedir.

Eroin bağımlılığının tedavisi

1980'lerin ikinci yarısında eroin kullanımına tepki olarak gelen politik onaydan sonra, ikame tedavisi çoğu ülkede opioid bağımlılığının tedavisi için başlıca seçenek haline gelmiştir (Şekil 2).

Kullanılan başlıca ikame uyuşturucuları metadon ve buprenorfindir. İdeal olarak, farmakolojik tedavinin psikolojik danışma ve sosyal destekle birlikte gerçekleştirilmesi gerekir. İkame tedavisi genellikle uzman uyuşturucu tedavi birimlerindeki ayakta tedavi merkezlerinde verilmektedir ancak giderek daha sıkça doktorlar tarafından özel muayenehanelerde de verilmektedir. Bazı ülkelerde, örneğin Almanya, Fransa ve Birleşik Krallık'ta pratisyen hekimler uyuşturucu kullanıcılarının tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Diğer ülkelerde ise, topluluk temelli tıp doktorlarının rolü, hukuki gerekçelerle ya da bağımlılık tedavisine pek ilgi duyulmamasından dolayı, hala sınırlıdır ⁽²⁰⁾. Bazı ülkelerde gündemde olan kalite kontrolü

İkame tedavisinin hukuki çerçeveleri

2006 yılında, ikame tedavisi için kabul kriterlerine ilişkin kanunlar ve resmi düzenlemelerin yanı sıra ilaç yazma ve ilaç verme uygulaması hakkında daha fazla bilgi edinmek için uzman hukuki muhabirler arasında bir anket gerçekleştirilmiştir. 17 ülkeden alınan sonuçlar, Avrupa uyuşturucu hukuki veritabanının bir 2003 raporuyla tamamlanmıştır ⁽¹⁾.

Hukuki çerçevenin kapsamı Üye Devletler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkelerde, örneğin Belçika'da, ikame tedavisi spesifik bir meclis kanunu kapsamında yer alırken, diğer ülkelerde, örneğin Kıbrıs'ta, bu tedavinin uygulanması, kontrol edilen maddeler hakkındaki kanunların yorumlanmasına tabidir. Çerçevenin gücü ve esnekliği arasında bir denge hesabı söz konusudur.

İkame tedavisinde kullanılabilen maddeler normal olarak kanunla belirlenir. Çoğu durumda, sadece metadon ve buprenorfin veya sadece metadon reçete edilebilmekte beraber, birkaç ülkede morfin veya kodein gibi başka uyuşturuculara da izin verilmektedir. Benzer şekilde, neredeyse tüm ülkelerde, ulusal kabul kriterleri kanunlarla ya da bakanlık kararnamele veya kılavuz ilkeleriyle belirlenir. En yaygın kriterler bağımlılık tanısı ve minimum yaş kriterleri olmakla beraber, daha önce başarısız olmuş uyuşturucu yoksunluğu tedavisi koşulu da kriterler arasında bulunmaktadır. Bazı ülkelerde, tedavi kurallarının ihlaline yönelik yaptırımlar ulusal kanunlarla belirlenirken, diğer ülkelerde bu husus her tedavi merkezinin takdirine bırakılmıştır.

Kanunlar ayrıca genellikle kimin ilaç yazmaya yetkili olduğunu da belirlemektedir. Bunlar öncelikle tedavi merkezlerindeki doktorlar olmakla beraber, bazı ülkelerde herhangi bir doktor veya bazı eğitimli veya yetkili doktorlar da ilaç yazabilmektedir. Pratikte, tedavi merkezleri dışındaki doktorların ikame tedavisi başlatması nadirdir ⁽²⁾. Maksimum dozlar nadiren kanunda belirtilmiştir. Çift reçetelerin önlenmesi için çoğu ülke özel reçete yazma formları kullansa da, bazı ülkelerde merkezi bir kayıt bulunmakta ve birkaç ülke de özel kimlik kartları çıkarmaktadır. Yetkili dispensanserler de genellikle mevzuatta belirtilmiş olup, bunlar genellikle eczaneler veya tedavi merkezleridir ancak bazı ülkeler doktorların da ilaç vermesine izin vermektedir. Son olarak, çoğu ülkede, gereken dozların evde alınmasına yönelik bir sistem kanunla, kılavuz ilkelerle veya sadece müsamahayla belirlenmiştir ama bazı durumlarda bu işlem özel olarak yasaklanmıştır.

⁽¹⁾ Ayrıntılı bilgi için <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo HSR-6.

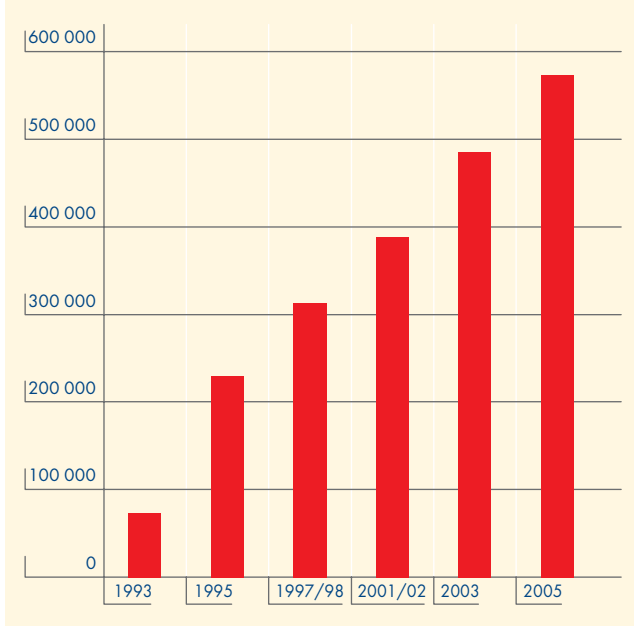
de düzenlemelerin sıklaştırılması, eğitim koşullarının artırılması veya daha yüksek denetim ve izleme seviyeleri getirilmesiyle sonuçlanmıştır ⁽²¹⁾. Opioid bağımlılığının tedavisi 6. Bölüm'de daha ayrıntılı olarak incelenmektedir.

⁽¹⁹⁾ Bkz. 'Avrupa'da ikame tedavisi için uygulama önerme', s. 66.

⁽²⁰⁾ Bkz. 'İkame tedavisi için hukuki çerçeveler' (s. 32) ve <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²¹⁾ Ayrıca bkz. s. 67.

Şekil 2: AB-15 Üye Devletleri'nde opioid ikame tedavisinin tahmini bulunabilirliği, 1993–2005



Not: Ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolara HSR-7 ve HSR-8 ile Şekiller HSR-1 ve HSR-5.
Kaynaklar: Ulusal odak noktaları ve raporlar; kaynakların ayrıntılı bir listesi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil HSR-5.

Hasar azaltma tepkileri

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılması AB'nin uyuşturucu sorununa olan tepkisinin merkezindeki hedefler olup, mevcut eylem planı, sağlığa ilişkin hasarın önlenmesi ve azaltılması amacıyla, servis ve hizmetlerin bulunabilirliği ve erişilebilirliğini artırma hedefini tayin etmektedir.

Avrupa Komisyonu Nisan 2007'de Konsey ve Avrupa Parlamentosu'na uyuşturucu bağımlılığıyla ilgili sağlığa ilişkin hasarın önlenmesi ve azaltılması hakkındaki 18 Haziran 2003 tarihli Konsey Tavsiye Kararı'nın uygulanmasına dair bir rapor sunmuştur⁽²²⁾. Bu rapor, hasar azaltmanın tüm Üye Devletler'de ulusal düzeyde bir halk sağlığı hedefi olarak saptanmış olduğunu belgelenmektedir. Komisyon'un raporunu desteklemek üzere düzenlenen geriplan belgesi, hasar azaltma politikaları ile müdahalelerinin kapsamlı bir Avrupa resmini sunmaktadır. Bu belge esas olarak pek çok politika yapıcı, Reitox uzmanı ve taban örgütleri tarafından sağlanan bilgilere dayanmaktadır. Bu geriplan belgesinde kapsamlı ülke envanterleri bulunmaktadır⁽²³⁾.

Konsey Tavsiye Kararı, daha çok ülkenin ulusal politikalarını Avrupa stratejisine uydurmasına ve hasar azaltma hizmetlerinin sunumunun genişletilmesine daha çok önem

vermesine yol açmıştır. AB'ne 2004 yılında katılan ülkeler arasında bilhassa etkili görünmektedir.

Sosyal açıdan yeniden entegre

İstikrarsız barınma, düzensiz iş ve hapiste bulunmuş olma, pek çok uyuşturucu kullanıcısının hayatını belirleyici nitelikteki sosyal dışlamanın göstergeleridir. Pek çok Avrupa ülkesinde ulaşılan, tedavide tutulan ve uyuşturucu ikame tedavisi gören sorunlu uyuşturucu kullanıcılarının sayısı her zamankinden fazla olup, bunun sonucunda barınma, eğitim, istihdam ve hukuki yardım talepleri önemli oranda artmıştır. Bundan dolayı bakım hizmetleri, genellikle birden fazla ihtiyaçla belirlenen, yeni hasta profillerine uygun yeni çözümler bulma sorunuyla karşı karşıyadır. Sosyal açıdan yeniden entegre artık uzun vadeli tedavide başarılı olmanın önemli bir belirleyici unsuru haline gelmiştir.

Bazı ülkelerde, yeniden entegre sektörü artan bir politik ilgi ve yatırıma mazhar olmakta ve bazı ülkelerdeki uyuşturucu idame tedavisi standartları, sosyal bakım ve yeniden entegre hizmetlerinin hastalara erişilir kılınmasını gerektirmektedir. Örneğin, İrlanda uyuşturucu stratejisinin orta vadeli değerlendirmesi, stratejinin beşinci ayağı olarak rehabilitasyonun dahil edilmesini önermiş, Danimarka'da ise İstihdam ve Sosyal İşler Bakanlıkları tarafından zayıf gruplar için yeni programlar ('sorumluluk paylaşımı') başlatılmıştır. Diğer bir örnek ise, Norveç hükümetinin, geçici barınma bir istisna haline gelecek şekilde tahliye kararlarının azaltılması ve kalıcı barınmaya erişimin artırılması gibi ölçülebilir hedefler saptayan, evsizliğin önlenmesi ve mücadeleye yönelik yeni stratejisidir. Yine Norveç'te, yoksullukla mücadeleye yönelik bir eylem planında, 2006 yılında evsizler ile alkol ve uyuşturucu kullanıcılarına hastane dışı takip hizmetleri sağlanması için 6,5 milyon EUR'luk bir bağış programı bulunmaktadır. Buna ek olarak, Yunanistan, İtalya, Litvanya, Avusturya, Portekiz ve Slovakya Komisyon'un istihdam ve sosyal içerme alanındaki EQUAL girişimine katılmaktadır⁽²⁴⁾.

AB ayrıca 'Açık Koordinasyon Yöntemi' (AKY) adında bir çerçeve oluşturulmasını da teşvik etmiş olup, bu çerçevede Üye Devletler, politika alışverişi ve karşılıklı öğrenme süreciyle, yoksulluk ve sosyal dışlanmayla mücadeleye yönelik politikalarını koordine etmektedirler.

Yeniden bütünleşme tedbirleri Avrupa'daki farklı ulusal sosyokültürel ve ekonomik gerçeklikleri yansıtmakla beraber, hedefler, hedef gruplar ve koşullara ilişkin belli bir çeşitlilik göstermektedir. Örneğin, Bulgaristan ve Romanya sokak çocukları için spesifik sosyal açıdan yeniden entegre projelerinden söz eden ülkelerdir.

⁽²²⁾ Uyuşturucu bağımlılığıyla ilgili sağlığa ilişkin hasarın önlenmesi ve azaltılması hakkındaki 18 Haziran 2003 tarihli Konsey Tavsiye Kararı; *Resmi Gazete L 165, 03/07/2003 S. 0031-0033*.

⁽²³⁾ Her iki belge de aşağıdaki adreste bulunmaktadır: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

Pek çok ülkedeki programlar ve eylemler spesifik olarak uyuşturucu kullanıcılarını hedef almamış olup, genel olarak zayıf sosyal grupları ele almakta ve tipik olarak yerel ve bölgesel düzeyde uygulanmaktadır. Dolayısıyla, Walloon hükümeti tarafından 2003 yılında oluşturulan '*plans de prévention de proximité*' (PPP) yerel düzeyde yoksulluk ve bağımlılık hususlarını birbiriyle içiçe geçmiş hususlar olarak ele alırken, Danimarka'da Sosyal Hizmetler Kanunu belediyelerin tüm uyuşturucu kullanıcıları için bir sosyal eylem planı sunmasını zorunlu kılmaktadır. Benzer şekilde, Polonya'daki yerel yönetimlerin uyuşturucu kullanıcılarını sosyal açıdan yeniden entegreye ilişkin yasal bir zorunlulukları bulunmakta ve Hollanda'da da çoğu yeni sosyal açıdan yeniden entegre hizmeti belediyeler tarafından başlatılmaktadır. Son olarak Almanya'da ise, korunma, eğitim ve barınma bölgeler düzeyinde veya belediyeler tarafından sağlanırken, uyuşturucu kullanıcılarının mesleki açıdan yeniden entegresini desteklemek üzere engellilere yönelik federal programlar bulunmaktadır.

Barınma yardımları günlük acil durum barınakları, hosteller ve kısa vadeli konutlardan ortak kullanılan apartman dairelerine, yardımcı barınma ve kira yardımlarına kadar değişmektedir. Kişilerin daha uzun vadede hizmetlere bağımlı olmalarını önlemek için, destekli barınma veya finansal yönetim alanında yenilikçi yaklaşımlar araştırılmaktadır. Örneğin, Danimarka'da, yeniden entegre apartman dairelerinde bulunan kişilere, kendi apartman daireleri olduğu zaman yaşayabilecekleri olası sorunları azaltmak üzere barınma eğitimi verilmektedirken, Birleşik Krallık'ta kişilere alışveriş, yemek pişirme ve ev bütçesinin yönetimi hususlarında tavsiyeler verilmektedir.

Pek çok ülkede yaygın olarak yeni eğitim ve eğitime erişim fırsatları yaratıldığı rapor edilirken, bu gruplar için ücretli iş sahibi olmak daha güçtür. Bununla beraber, ücretli iş ekonomik istikrarın yanı sıra özsaygı, statü ve düzenli bir hayat temposu sağladığından, hedef gruplar için özellikle önemlidir. Tedavi görenleri ücretli işe sokmanın yeni yolları arasında; özel şirketlerle ortaklık kurma, rehberlik programları ve eğitim görenlerin ücretlerinin sübvansede edilmesi veya iş kurma kredisi verme gibi yollar bulunmaktadır. Bazı ülkelerde, uyuşturucu tedavi merkezleri kendi sosyo ekonomik girişimlerini başlatmış olup, hastalarını istihdam etmekte ve kâr da sağlamaktadırlar. Diğer girişimler ise profillerin, beklentilerin ve becerilerin iş hayatının gerçekleriyle daha iyi eşleştirilmesi yoluyla istihdam durumunu iyileştirmeye odaklanmaktadır. Örneğin, Viyana İş Değişimi hastalar, uyuşturucu ajansları ve kamu istihdam hizmetleri arasında aracı görevi görerek, işteki başarı oranlarını artıracak belirli danışmanlık hizmetleri vermektedir. Mesleki açıdan yeniden entegre artık bir seçenek olmadığı hastalar için de çözümler belirlenmesine yardımcı olmaktadır.

Yüksek düzeylerde somatik ve ruhsal hastalıkları olan marjinalleşmiş ve yaşlanmakta olan eroin kullanıcılarının

Ulusal tedavi sonuç çalışmaları

Üç Üye Devlet (İrlanda, İtalya, Birleşik Krallık), farklı tedavi şekilleri ve birimlerindeki bir grup sorunlu uyuşturucu kullanıcısının zaman içerisinde takip edilmesi suretiyle tedavinin incelenmesini hedefleyen ulusal tedavi sonuç çalışmaları gerçekleştirmiştir. Çalışmaların önemli bir özelliği, mevcut hizmetlerdeki tedavi sonuçlarını günlük klinik koşullarda araştırmalarıdır. İncelenen yaygın tedavi şekilleri arasında metadon idame, metadon azaltma, detoksifikasyon ve terapötik topluluklar ile danışmanlık gibi uyuşturucu kullanılmayan müdahaleler yer almaktadır. Kullanılan ana sonuç değişkenleri uyuşturucu kullanımı, fiziksel ve psikolojik sağlık, tedavide kalma ve suç oluşturan davranışlardır.

İtalya'daki Vedette çalışması (1998-2001), ülkedeki halk tedavi merkezlerinde sunulan tedavilerin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktaydı. Ana sonuç değişkenleri, eroin kullanıcıları arasındaki tedavide kalma ve ölüm oranlarıydı. Birleşik Krallık'ta bugüne kadar üç tedavi sonuç çalışması yapılmıştır. İlki, 1995 ve 2000 yılları arasında İngiltere ve Galler'deki Ulusal Bağımlılık Merkezi'nde gerçekleştirilen Ulusal Tedavi Sonuç Araştırma Çalışmasıydı (NTORS). Hastane dışı veya topluluk tedavi programlarındaki tedavi sonuçlarını incelemektedir. Burada yasadışı uyuşturucu kullanımının bırakılma oranlarının artması, uyuşturucu kullanma sıklığının azalması, suçun azalması ve sağlığın iyileşmesi gibi bazı olumlu bulgular yer almıştır. Bununla beraber, beş yıllık dönemdeki bazı daha uzun vadeli sonuçlar daha az tatmin edici olmuştur, örneğin crack kullanımında görülen erken bir düzelme dört ila beş yıl sonra kısmen tersine dönüyor ve pek çok uyuşturucu kullanıcısı da ağır bir şekilde içmeye devam ediyordu (Gossop vd., 2001).

Manchester Üniversitesi'nde gerçekleştirilen Uyuşturucu Tedavi Sonuçları Araştırma Çalışması (DTORS) NTORS çalışmasının güncellenmiş bir halini temin edecektir. Çalışma 2006 yılında başlamış olup, İngiltere'nin her yerinden uyuşturucu kullanıcılarını ilk 12 ay için takip edecektir. Uyuşturucu tedavisinin bir dizi sonuç tedbirine olan etkisini değerlendirmeyi hedeflemektedir ve belirli uyuşturucu kullanıcısı altgrupları için hangi tipte tedavi yollarının en iyi sonuçları verdiğine odaklanmaktadır. İskoçya'da, Glasgow Üniversitesi'nin yürüttüğü Uyuşturucu Sonuç Araştırma Çalışması (DORIS) 2001 yılında başlamıştır. Bu çalışma, hapisane temelli hizmetler de dahil, tedavi merkezlerinde verilen uyuşturucu tedavi hizmetlerinin etkisini ve etkinliğini incelemektedir. Uyuşturucu kullanıcıları 33 aya kadar süren zamanlar için takip edilmiştir.

İrlanda'da, İrlanda Ulusal Üniversitesi, Maynooth tarafından gerçekleştirilen Araştırma Sonuç Çalışması (ROSIE) 2003 yılında başlatılmış olup, üç yıl kadar bir süre için tedaviye başlayan opioid kullanıcılarının takibi ve gözlemlenen değişimlerin belgelendirilmesi yoluyla uyuşturucu tedavi etkinliğini değerlendirmektedir. (Cox vd., 2006). Çalışma bir yıllık takipte, uyuşturucu kullanımı ve suç faaliyetlerinde belirgin azalmalar, düşük bir ölüm oranı ve katılımcıların fiziksel ve ruhsal sağlık şikayetleri anlamında bazı olumlu sonuçlar bulmuştur.

yeniden entegresi özel bir sorun teşkil etmektedir. Belçika'da, psikiyatrik sorunları bulunan uyuşturucu kullanıcılarına, psikiyatrik veya genel hastanelerdeki uzman madde bağımlılığı birimlerinde bakılabilmektedir; Danimarka psikiyatrik bakım merkezlerinde psikiyatrik sorunları olan uyuşturucu kullanıcılarına bakıldığını ve uyuşturucu kullanımı, demans veya sorunlu davranışlar yüzünden kendi başlarının çaresine bakamayan yaşlı uyuşturucu kullanıcıları için de alternatif bakım evleri bulunduğunu rapor etmektedir. Hollanda'da 2007 yılında, uyuşturucu bağımlılığını (diğer) kronik psikiyatrik sorunlara yönelik düzenlemelerle aynı kapsama alan, yeni bir Sosyal Yardım Kanunu kabul edilmiştir. Ancak, psikiyatrik sorunları olan 120 evsiz uyuşturucu kullanıcılarını barındıracak büyük bir

merkezleştirilmiş konut alanı kurulması fikri yerel düzeyde bazı itirazlara maruz kalmıştır. Ruhsal sağlık sorunları bulunanlar için, bir destek ve irtibat ağının yeniden oluşturulmasına yönelik profesyonel yardım alınması, sosyal açıdan yeniden entegre sürecinin önemli bir unsuru olarak saptanmıştır.

Bazı ülkelerde (örneğin Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Slovenya), yapılandırılmış yeniden bütünleşme programları sadece yoksunluğa dayanan uyuşturucu bağımlılık tedavisini başarıyla tamamlamış kişiler için bir tamamlayıcı program olarak sunulurken, uyuşturucu idame tedavisi gören hastalara yönelik spesifik yeniden entegre tedbirleri henüz mevcut değildir.



3. Bölüm

Esrar (kenevir)

Giriş: Avrupa’da esrar (kenevir) kullanımının değişen resmi

Esrar dünyada en yaygın kullanılan yasadışı uyuşturucu olup, kullanımının büyüyen bir gençlik karşı-kültürüyle neredeyse eşanlı hale geldiği 1960’lardan beri Avrupa’daki uyuşturucu tartışmasının merkezinde bulunmaktadır. Bu aşinalığa rağmen, Avrupa’daki esrar kullanma alışkanlıklarını anlamak karmaşık bir iştir. Bu resimdeki önemli bir unsur, şu anda Avrupa pazarında bulunan farklı kenevir ürünleridir: kenevir sakızı; bitkisel kenevir ve çok daha nadir olmakla beraber, kenevir yağı. Pek çokları için, uyuşturucunun normal uygulanma şekli hala kenevir sakızının tütünle içilmesi olmakla beraber, dünyanın başka yerlerinde, bu kullanım şekli nispeten nadirdir. Kenevir sakızı için Avrupa başlıca küresel pazar olmaya devam ettiği halde, bazı pazarlarda bitkisel kenevir ürünleri yaygınlaşmakta ve ağır basmaktadır. Son yıllarda, bazıları kontrollü koşullarda yetiştirilen ve etki gücü nispeten yüksek olabilen, Avrupa dahilinde üretilen esrarın giderek daha kolay bulunabilmesiyle, bu resim daha da karmaşıklaşmıştır. Bu türdeki esrar pek çok ülkede kendi başına spesifik bir ürün haline gelmiş ve esrar tüketimindeki değişen alışkanlıkların halk sağlığına etkilerinin değerlendirilmesini güçleştirmiştir.

Arz ve bulunabilirlik

Üretim ve ticaret

Esrar pek çok farklı ortamda yetiştirilebildiğinden ve dünyanın pek çok bölgesinde doğal olarak yetiştiğinden, küresel üretime dair inandırıcı tahminlerde bulunmak son derece zordur. UNODC, birkaç yıl boyunca artan bir eğilimi izleyerek ve esrar üretiminin çeşitliliği hakkındaki bilgileri de göz önünde bulundurarak, özellikle yoğunlaştırılmış esrar imha çalışmalarından sonra Kuzey Amerika’nın tahmini üretiminin düşmesine bağlı olarak, bitkisel kenevir üretimine ilişkin küresel tahminlerini 2004 yılındaki 45.000 tondan 2005’te 42.000 tona düşürmüştür. Şu anda bütün esrarın yarısı kadarının Amerika kıtasında (% 46), daha sonra Afrika (% 26) ve Asya’da (% 22) yetiştirildiği tahmin edilmektedir (UNODC, 2007).

Fas hâlâ başlıca uluslararası kenevir sakızı üreticisi olup, yeni anket çalışmaları kenevir yetiştirilen alanların 2004

Ele geçirmeler ve diğer pazar verilerinin yorumlanması

Bir ülkedeki uyuşturucu ele geçirme vakaları, genellikle uyuşturucu arzı ve bulunabilirliğinin dolaylı bir göstergesi kabul edilmekle beraber, aynı zamanda kanun uygulama kaynakları, öncelikleri ve stratejilerinin yanı sıra kaçakçıların ulusal ve uluslararası arz azaltma faaliyetlerine yönelik zayıf noktaları ile raporlama çalışmalarını da yansıtmaktadır. Ele geçirilen miktarlar bir yıldan diğerine ciddi dalgalanmalar ortaya koyabilir, örneğin bir yıl içinde meydana gelen ele geçirmelerin birkaçı çok büyük olabilir. Bu sebeple, ele geçirmelerin sayısı bazen eğilimlerin daha iyi bir göstergesidir. Tüm ülkelerde, ele geçirme vakalarının sayısı, perakende (sokak) düzeyindeki küçük ele geçirmelerin önemli bir oranını da içerir. Ele geçirilen uyuşturucuların geldiği ve gittiği yerler, bilindikleri takdirde, kaçakçılık rotalarına ve üretim alanlarına işaret edilebilir. Perakende düzeyindeki uyuşturucuların fiyatı ve saflığı/etki gücü çoğu Üye Devlet tarafından rapor edilmektedir. Bununla beraber, veriler, her zaman karşılaştırılabilir olmayan, çok çeşitli kaynaklardan gelmekte olup, ülkeler arasında hassas karşılaştırmalar yapılmasını güçleştirmektedir.

Avrupa’daki ele geçirmeleri daha geniş bir bağlamda görmek için, bu raporda küresel duruma ilişkin özet niteliğinde bilgiler sunulmaktadır. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, uluslararası uyuşturucu durumu hakkında bir yıllık rapor yayımlamaktadır ve bu rapor burada yer alan küresel tahminlerin dayandığı başlıca kaynaktır. Okur, bu türde bilgilerin biraraya getirilmesinin güç olduğunu ve dünyanın pek çok bölgesinde bilgi sistemlerinin yeterince gelişmiş olmadığını göz önünde bulundurmalıdır. Dolayısıyla, bu veriler şu anda elde bulunan bilgi kaynaklarından elde edilmiş, mümkün olan en iyi yaklaşık tahminler olarak görülmelidir.

ve 2005 arasında % 40 civarında azaldığını ileri sürmekle beraber, Avrupa’da tüketilen kenevir sakızının yaklaşık % 70’ini hâlâ bu ülkenin ürettiği tahmin edilmektedir. Toplam ekilen alan tahminleri temel alındığında, Fas 2005 yılında 1.066 tonluk bir üretim potansiyeline sahipti ve Fas esrarının çoğu Avrupa ve Kuzey Afrika pazarlarına gidiyordu (CND, 2007; UNODC ve Fas Hükümeti, 2007). Kenevir sakızı Avrupa’ya kaçak olarak İber yarımadası üzerinden sokulmaktadır. Avrupa pazarının açık arayla en büyük sakız

üreticisi Fas olmakla beraber, başka ülkelerden (Moldova ve Hindistan) gelen sakızın da, özellikle Orta Avrupa ülkelerinde bulunabilir olduğu rapor edilmektedir.

Avrupa'da kenevir sakızının oldukça tek tip bir ürün olduğu söylenebilir de, aynı şeyi bitkisel kenevir için söylemek zordur. 2005 yılında rapor edilen ele geçirme vakalarının gerçekleştiği yerler arasında Arnavutluk, Hollanda, Eski Yugoslav ülkeleri, Angola ve Güney Afrika bulunmaktadır. Yerli bitkisel kenevir üretimini sistematik olarak izlemek güç olmakla beraber, 2005 yılında rapor eden ülkelerin yarısı tarafından belirtilmişti. Avrupa'da üretilen esrarın bir kısmı açık havada yetiştirilmekte olup, bunun ithal bitkisel kenevirten ayırt edilmesi neredeyse imkansızdır. Bununla beraber, yoğun koşullarda yetiştirilen nispeten yüksek etki gücüne sahip esrar, pek çok ülkede pazarın önemli ve olasılıkla büyümekte olan bir parçası haline dönüşüyor gibi görünmekte, kullanıcıların evde esrar yetiştirmesine olanak veren teçhizat artık İnternet yoluyla veya bazı ülkelerde özel tedarikçilerden yaygın olarak bulunabilmektedir. Uyuşturucunun bu biçiminin içeride ve genellikle de amaçlanan pazara son derece yakın yetiştiriliyor olması gerçeği, daha az engelleniyor olduğu ve dolayısıyla, eldeki veriler içinde daha az görünür olduğu anlamına gelebilir.

Ele geçirmeler

2005 yılında, küresel olarak ele geçirilen kenevir sakızı miktarı 1.302 tonu bulurken, bu oran bitkisel kenevir için 4.644 tondur; her iki toplam miktar da 2004 rakamlarında düşmüştü. Ele geçirilen sakız miktarından yine batı ve orta Avrupa sorumluyken (% 70), ele geçirilen bitkisel kenevir miktarları da yine Kuzey Amerika'da yoğunlaşmıştı (% 64) (UNODC, 2007).

2005 yılında Avrupa'da tahmini 303.000 ele geçirme vakasında toplam 909 ton kenevir sakızı ele geçirilmiş olup ⁽²⁵⁾, ele geçirmelerin yaklaşık yarısından ve ele geçirilen toplam miktarın yaklaşık dörtte üçünden İspanya sorumluydu ⁽²⁶⁾. 2005'te rapor edilen sakız ele geçirmeleri sayısındaki küçük bir artış 2000'den beri gözlemlenen artma eğilimini sürdürmüştür. Ancak bu durum, 2000-04 döneminde arttıktan sonra 2005'te düşen, ele geçirilen sakız miktarı için geçerli değildi.

Sakız ve bitkisel kenevirin göreceli konumu, 2005 yılında sadece yarı miktarda bitkisel kenevir ele geçirme vakası (152.000) olması ve ele geçirilen miktarın da onda birden az olması (66 ton) gerçeğinden anlaşılabilir. Avrupa'daki bitkisel kenevir ele geçirme sayıları son beş yılda kararlı bir şekilde artmış olmakla beraber, ele geçirilen miktarlara ilişkin tablo daha az net olup, miktarların düştüğü 2001 ve 2004 arası dönemden sonra 2005'te olası bir artış meydana

Kişisel kullanıma yönelik esrar: hukuki durumu

Üye Devletler'deki esrar kullanımına ilişkin farklı hukuki yaklaşımlara rağmen ⁽¹⁾, Avrupa'da ağırlaştırıcı nedenler bulunmayan, kişisel kullanıma yönelik küçük miktarlarda esrar kullanma ve bulundurma için mahkumiyete alternatif tedbirler geliştirilmesine yönelik genel bir eğilim görülmektedir. Esrar artık sık sık diğer yasadışı maddelerden ya kanunla, savcılık direktifi yoluyla ya da mahkemece ayrı tutulmaktadır. Çoğu Avrupa ülkesinde, gözaltından ziyade para cezaları, uyarılar, şartlı tahliye, cezadan muafiyet ve danışmanlık gibi çözümlere doğru bir yönelim olmuştur. Bu eğilimin örnekleri alınan bir dizi yeni tedbirde görülebilmekte olup, bunlar arasında 2001'de Lüksemburg'da ve 2003'te Belçika'da gözaltı cezalarının kaldırılması ve 2003'te Yunanistan ile 2004'te de Birleşik Krallık'ta gözaltı cezalarının azaltılması bulunur. Aşağıdaki ülkelerde polis veya savcılara yönelik direktifler çıkarılmıştır: 2003 ve 2005'te Belçika, 2005'te Fransa ve 2004 ile 2006'da Birleşik Krallık. 2006 yılında, Çek Cumhuriyeti neredeyse tıbbi olmayan uyuşturuculara yönelik farklı sınıflar oluşturmak istemiş ancak söz konusu Ceza Kanunu taslağı ilgisiz gerekçelerle reddedilmiştir. Buna rağmen, Avrupa'da rapor edilen esrar suçlarının sayısı artmaya devam etmektedir (bkz. 1. Bölüm).

Esrar tartışması hâlâ çekişmelere sahne olmakta ve farklı halk sağlığı ve cezai adalet tepkilerinin maliyetleri ve yararlarına ilişkin ciddi fikir ayrılıkları sürmektedir. Bu durum bütün tedbirlerin cezaların hafifletilmesi yönünde gelişmiş olmaması gerçeğinde de görülmektedir ve bazı ülkelerde cezalar ağırlaştırılmıştır veya mevcut durum kritik bir değerlendirme aşamasındadır. 2004 yılında, Danimarka'da savcılara yönelik bir direktif uyarı yerine para cezası verilmesini öngörmüş ve 2006 yılında İtalya'da, tıbbi olmayan ilaçların hukuki ayırımı kaldırılmış, böylelikle 'hafif' ve 'ağır' uyuşturucular arasındaki ayırım düşüncesi önemini yitirir gibi olmuştur. Başka ülkeler bir süredir esrara ilişkin mevcut tepkilerini gözden geçirmektedir; örneğin Hollanda 2005 yılında spesifik bir esrar stratejisi yayımlamış ve Almanya'da basit esrar bulundurmaya yönelik ceza uygulamalarıyla ilgili bir değerlendirme gerçekleştirmiştir.

Esrar politikası hâlâ halk arasında ciddi tartışmalara ve fikir ayrılığına yol açan bir husustur. Bu durum, Avrupa vatandaşlarına kişisel esrar tüketiminin tüm Avrupa'da yasallaşması gerektiği ifadesine katılıp katılmadıklarını soran yeni Eurobarometer anketinin (2006) bulgularında da görülmektedir. Soru yöneltilenlerin üçte ikisinden biraz fazlası (% 68) bu öneriyi katılmadığını, yaklaşık dörtte biri de (% 26) katıldığını belirtmiştir. Tüm ülkelerde, yasağın sürmesinden yana olan örneklerin oranı değişmekle beraber, bu her durumda çoğunluğun görüşünü teşkil etmekteydi.

⁽¹⁾ Daha ayrıntılı bir tartışma için bkz. ELDD konu özeti <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²⁵⁾ Bu kısmın temel aldığı Avrupa'daki ele geçirme vakalarına dair veriler 2007 istatistik bültenindeki Tablolara SZR-1, SZR-2, SZR-3 ve SZR-4'de bulunmaktadır.

⁽²⁶⁾ Bu bilgi eksik 2005 verileri tamamlandığında kontrol edilmelidir. Tahmini değerlendirme amacıyla eksik 2005 verileri yerine 2004 verileri kullanılmıştır.

gelmiştir. Hem sayı hem de miktar olarak bitkisel kenevir ele geçirmelerinin çoğundan sorumlu olan Birleşik Krallık henüz 2005 yılı için veri rapor etmediğinden, burada çıkarılan sonuçlar zorunlu olarak ön hazırlık niteliğindedir.

2005 yılında, Avrupa'daki tahmini 13.500 ele geçirme vakası yaklaşık 24 milyon kenevir bitkisi (çoğu Türkiye'de) ve 13,6 ton kenevir bitkisinin (çoğu İspanya'da) ele geçirilmesiyle sonuçlanmıştır. Genel olarak, Avrupa'daki kenevir bitkisi ele geçirmelerinin sayısı 2000 yılından beri sürekli bir artma eğilimi sergilemektedir. AB Üye Devletleri'ne bakıldığında, ele geçirilen kenevir bitkisi sayısı 2001 yılında zirveye çıkmış ve 2003'ten beri artmaya devam etmiş, Türkiye'de ise 2001-03 dönemindeki bir artıştan sonra ele geçirilen kenevir bitkisi sayısı 2004'te düşmüş ve 2005'te tekrar artmıştır.

Fiyatı ve etki gücü

2005 yılında, kenevir reçinesi ve bitkisel kenevirin ortalama perakende fiyatları, hem ülkeler arasında hem de ülkeler dahilinde değişkenlik sergilemiş olup, ülkelerin çoğu kenevir ürünleri fiyatlarının gram başına 4-10 EUR arasında olduğunu rapor etmiştir⁽²⁷⁾. Ancak, her iki tipteki esrar için rapor edilen ortalama veya tipik fiyatlar gram başına 2 EUR'dan 15 EUR'nun üzerine kadar değişiyordu. Enflasyona göre düzeltilmiş ortalama kenevir sakızı fiyatları, 2000-05 döneminde, fiyatların sabit kaldığı Polonya dışında, rapor eden tüm ülkelerde düşmüştür. Enflasyona göre düzeltilmiş ortalama veya tipik bitkisel kenevir fiyatları da aynı dönemde, Slovenya haricinde, rapor eden tüm ülkelerde düşmüş veya değişmeden kalmıştır⁽²⁸⁾.

Kenevir ürünlerinin etki gücü, temel aktif bileşik olan delta-9 tetrahidrokanabinol (THC) içeriğiyle belirlenmektedir (EMCDDA, 2004). 2005 yılında, perakende düzeyindeki kenevir sakızının rapor edilen ortalama veya tipik THC içeriğinin % 1'in altından % 17'ye kadar değiştiği rapor edilmiştir; çoğu Avrupa sakızının ortak kaynağı düşünüldüğünde, bu denli geniş bir çeşitliliği açıklamak güçtür. Bitkisel kenevirin etki gücünün % 1'in altından % 15'in biraz üzerine kadar değiştiği rapor edilmiştir. Eldeki verilerde yerli olarak üretilen veya ithal edilmiş bitkisel keneviri ayırt etmek mümkün değildir; ancak Hollanda yerel olarak üretilen bitkisel kenevir için % 17,7'lik bir tahminde bulunmayı başarmıştır⁽²⁹⁾.

Esrar kullanımının yaygınlığı ve kullanma alışkanlıkları

Halk arasında

Daha yeni anket verileri esrarın Avrupa'da en sık kullanılan yasadışı madde olduğu şeklindeki tabloyu teyit etmektedir.

Anketler — Avrupa'daki uyuşturucu kullanma şekilleri ile eğilimlerinin anlaşılması için önemli bir araç

Halkın geneli veya öğrenciler arasındaki uyuşturucu kullanımı, aşağıdaki belirlenmiş zaman süreleri içerisinde uyuşturucu kullandığını beyan eden kişilerin oranına ilişkin tahminler sunan anketler yoluyla değerlendirilmektedir: yaşam boyu, önceki yıl veya geçmiş yıl.

EMCDDA, ulusal uzmanlarla ortaklaşa olarak, yetişkin anketlerinde kullanılmak üzere bir dizi esas madde ('Avrupa Model Anketi', EMQ) geliştirmiş olup, bunlar çoğu Üye Devlet'te uygulamaya konulmuştur. EMQ'ya ilişkin ayrıntılı bilgiler 'Halk arasında uyuşturucu kullanımına ilişkin anketler el kitabı'nda bulunmaktadır (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Bununla beraber, hala yöntem bilim ve veri toplama yılı bakımından ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır ve ülkeler arasındaki küçük farklar dikkatle yorumlanmalıdır⁽¹⁾.

Anketlerin gerçekleştirilmesi pahalı olduğundan, yıllık olarak bilgi toplayan ülkelerin sayısı azdır. Bu raporda, veriler eldeki en yeni ankete dayanarak sunulmakta olup, bunlar genellikle 2003 ve 2006 arasında yapılmıştır.

Anket verilerinin raporlanmasında zaman içerisinde uyuşturucu kullanımına ilişkin üç ölçüt kullanılmaktadır. Bu ölçüt genellikle çok genç gruplar, örneğin okul çocuklarına ilişkin rapor vermekte kullanılmaktadır ama yetişkinler arasındaki mevcut durumun yansıtılmasında genellikle sınırlı bir öneme sahip olmakla beraber, kullanma alışkanlıkları ve görülme oranlarına dair içgörü sağlayabilir. Bu raporda, mevcut durumu daha iyi yansıttıklarından, önceki yıl ve bir önceki ay kullanımlarının raporlanmasına odaklanılmış olup, bu son kategori genellikle düzenli kullanım için vekil bir ölçüt görevi görmektedir. Düzenli olarak kullananların veya uyuşturucu kullanımıyla sorun yaşayanların açıkça tespit edilmesi önemlidir ve daha yoğun kullanım şekillerinin değerlendirilmesine yönelik ölçümler geliştirilmesiyle bu yönde belli bir ilerleme kaydedilmiştir; bunlar da varsa, rapora eklenmiştir (bkz. psikometrik ölçümler geliştirme hakkındaki kutu s. 42).

(1) EMCDDA standart yaş grupları: tüm yetişkinler (15 ila 64 yaş) ve genç yetişkinler (15 ila 34 yaş). Bazı ülkelerin verileri biraz farklı yaş gruplarını içermektedir (örneğin 16-64, 18-64, 16-59 yaş). Nüfus anketlerinin yöntem bilimi ve her ulusal ankette kullanılan yöntem bilim hakkında daha fazla bilgi için, bkz. 2007 istatistik bülteni.

1990'larda, bu uyuşturucunun özellikle gençler arasında kullanımı neredeyse tüm ülkelerde artmıştır. Bununla beraber, daha yeni bazı veriler artma eğiliminin, tarihsel olarak yüksek seviyelerde de olsa, düzelmekte olduğunu düşündürmektedir. Önemli derecedeki ikinci soru ise uyuşturucuyu yoğun olarak ve uzun dönemler boyunca kullananlar arasındaki eğilimleri

(27) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo PPP-1.

(28) Kenevir sakızı ve bitkisel kenevir fiyatlarına ilişkin veriler (en az üç ardışık yıl için veri bulunan) 19 ülke için analiz edilmiştir.

(29) Esrarın etki gücüne ilişkin veriler 2007 istatistik bültenindeki Tablolara PPP-2 ve PPP-5'de bulunabilir.

araştırılmasıdır. Burada veriler daha kötüdür ama daha fazla gencin esrarı bu şekilde kullandığından ve bazı ülkelerde gözlemlenen esrar tedavilerindeki artışların kısmen bu gerçeğin bir yansıması olabileceğinden kaygı duyulmaktadır.

Esrarın 70 milyon yetişkin Avrupalı, yani 16-64 yaşındaki herkesin neredeyse ortalama dörtte biri (% 22) tarafından en az bir kere (yaşam boyu yaygınlık) kullanıldığı tahmin edilmektedir⁽³⁰⁾. Ulusal rakamlar % 2 ile % 37 arasında değişmekte olup, en düşük rakamlar Bulgaristan, Malta ve Romanya'da, en yüksek rakamlar ise Danimarka (% 36,5), Fransa (% 30,6), Birleşik Krallık (% 29,8) ve İtalya'dadır (% 29,3)⁽³¹⁾. Bu geniş genel farklılığa rağmen, bilgi veren 26 Avrupa ülkesinden 12'si % 10-25 arasında yaşam boyu yaygınlık oranları rapor etmiştir⁽³²⁾.

Referans noktası yaşam boyundan önceki yıla kaydırıldığında, rapor edilen esrar kullanım seviyeleri hala dikkate değerdir. Tahminlere göre 23 milyondan fazla yetişkin Avrupalı önceki yıl esrar kullanmış olup, bu rakam tüm 15-64 yaşındakilerin ortalama % 7'sine denk gelmektedir. Ulusal rakamlar % 1 ile % 11,2 arasında değişmekte olup, en düşük rakamlar Bulgaristan, Yunanistan ve Malta tarafından, en yüksek rakamlar da İtalya (% 11,2), İspanya (% 11,2), Çek Cumhuriyeti (% 9,3) ve Birleşik Krallık (% 8,7) tarafından rapor edilmiştir. Yine de genel farkın genişliğine rağmen, bilgi veren 25 ülkeden 13'ü önceki yıl yaygınlık oranı tahminlerinin % 4 ve % 9 arasında değiştiğini rapor etmiştir (Şekil 3).

Bir önceki ay yaygınlık tahminlerinde, yoğun bir şekilde olmasa da daha düzenli olarak esrar kullanan kişiler de bulunmaktadır. 13,4 milyon yetişkin Avrupalının, yani tüm 15-64 yaşındakilerin ortalama % 4 kadarının bir önceki ayda esrar kullandığı tahmin edilmektedir. Ülke rakamları % 0,5 ile % 8,7 arasında değişmektedir. En düşük rakamlar Bulgaristan, Malta, Litvanya ve İsveç tarafından, en yüksek rakamlar ise İspanya (% 8,7), İtalya (% 5,8), Birleşik Krallık (% 5,2) ve Fransa (% 4,8) tarafından rapor edilmiştir. Bilgi veren 26 ülke içinde, 13 ülkenin rakamları % 2 ile % 6 arasında bulunmaktadır⁽³³⁾.

Genç yetişkinler arasında esrar kullanımı

Esrar kullanımı gençler arasında oransız bir şekilde yüksek olup, değerlendirilen ülkeye göre, genç yetişkin Avrupalıların (15-34 yaş) % 3 ila % 49,5'u hayatında en az bir kez esrar kullandığını rapor ederken, % 3-20'si önceki yıl kullandığını ve % 1,5-15,5'i de bir önceki ayda kullandığını rapor etmiştir.

En yüksek yaşam boyu yaygınlık rakamları Danimarka, Fransa, Birleşik Krallık ve İspanya tarafından rapor edilmiş, en yüksek önceki yıl yaygınlık düzeylerini İspanya, Çek Cumhuriyeti, Fransa ve İtalya bildirmiştir. Genç yetişkinlerin ortalama % 30'u yaşam boyu, % 13'ü önceki yıl ve % 7' den fazlası da bir önceki ayda esrar kullandığını rapor etmiştir. Bir karşılaştırma noktası olarak, 35 ila 64 yaşındaki yetişkinlere ilişkin önceki yıl ve bir önceki ay tahminleri sırasıyla % 3 ve % 1,6'dır⁽³⁴⁾.

15-24 yaş grubundaki gençlere odaklanıldığı takdirde, yaşam boyu kullanıma ilişkin yaygınlık tahminleri % 3 ve % 44 arasında değişmektedir (çoğu ülke % 20-40 arasında rakamlar rapor etmiştir). Önceki yıl yaygınlık oranları % 4 ve % 28 arasında değişmekte (çoğu ülkede % 10-25) ve bir önceki ay yaygınlık oranları da % 1 ila % 19 seviyelerinde bulunmaktadır (çoğu ülkede % 5-12). Bu yaş grubundaki erkekler arasındaki yaygınlık oranları daha da yüksektir. Genç erkeklerin % 11-51'i yaşam boyu (çoğu ülkede % 25-45), % 5-35'i önceki yıl (çoğu ülkede % 15-30) ve % 1,7-23,7'si de bir önceki ayda (çoğu ülkede % 6-20) esrar kullandığını rapor etmiştir⁽³⁵⁾.

Esrar kullanma alışkanlıkları

Yukarıda belirtildiği gibi, esrar kullanımı, diğer çoğu yasadışı uyuşturucuda olduğu gibi, gençler arasında önemli oranda daha yüksek olmakla beraber, burada bile ülkeler arasında dikkate değer farklılıklar bulunabilmektedir. Esrar kullanımı ayrıca erkeklerde, kadınlarda olduğundan oldukça daha yüksek olmasına rağmen, bu fark gençler arasında daha az belirgindir. Genel olarak, daha yeni kullanım ölçütlerinde erkeklerin kadınlara oranı artmakta ve yine ülkeler arasında ciddi farklılıklar gözlemlenmektedir. Örneğin, rapor edilen bir önceki ayda esrar kullanımına ilişkin cinsiyet oranları İtalya'da 1,5'ten Litvanya'da 1,14'e kadar değişmektedir (bkz. 2006 cinsiyet ve uyuşturucu kullanımı hakkındaki seçili konu).

Pek çok kişi, çoğunlukla kısa bir deneme döneminden sonra esrar kullanmayı bırakmakta ve genellikle bireyler yaşlandıkça kullanım oranları da düşmektedir. Ancak, eldeki verilerin içinden esrar kullanıcılarının kariyerlerinin izlenmesi ve tüketim alışkanlıklarında zaman içerisinde meydana gelen değişikliklerin saptanması güçtür. Rapor edilen yaşam boyu kullanım oranlarını daha yeni tüketim ölçütleriyle karşılaştırmak suretiyle bu hususa ilişkin belli bir içgörü edinmek mümkündür. Bu analiz, ortalama

⁽³⁰⁾ Ortalama oran, her ülkedeki ilgili yaş grubunun nüfusuna göre ağırlıklandırılan ulusal yaygınlık oranlarının ortalaması olarak hesaplanmıştır. Toplam sayılar her ülkedeki ilgili nüfus arasındaki yaygınlık oranları çarpılarak, bilgi bulunmayan ülkelere ise, ortalama yaygınlık tahmin edilerek hesaplanmıştır. Belli bir eksik raporlama olabileceğinden, buradaki rakamlar olasılıkla asgariidir.

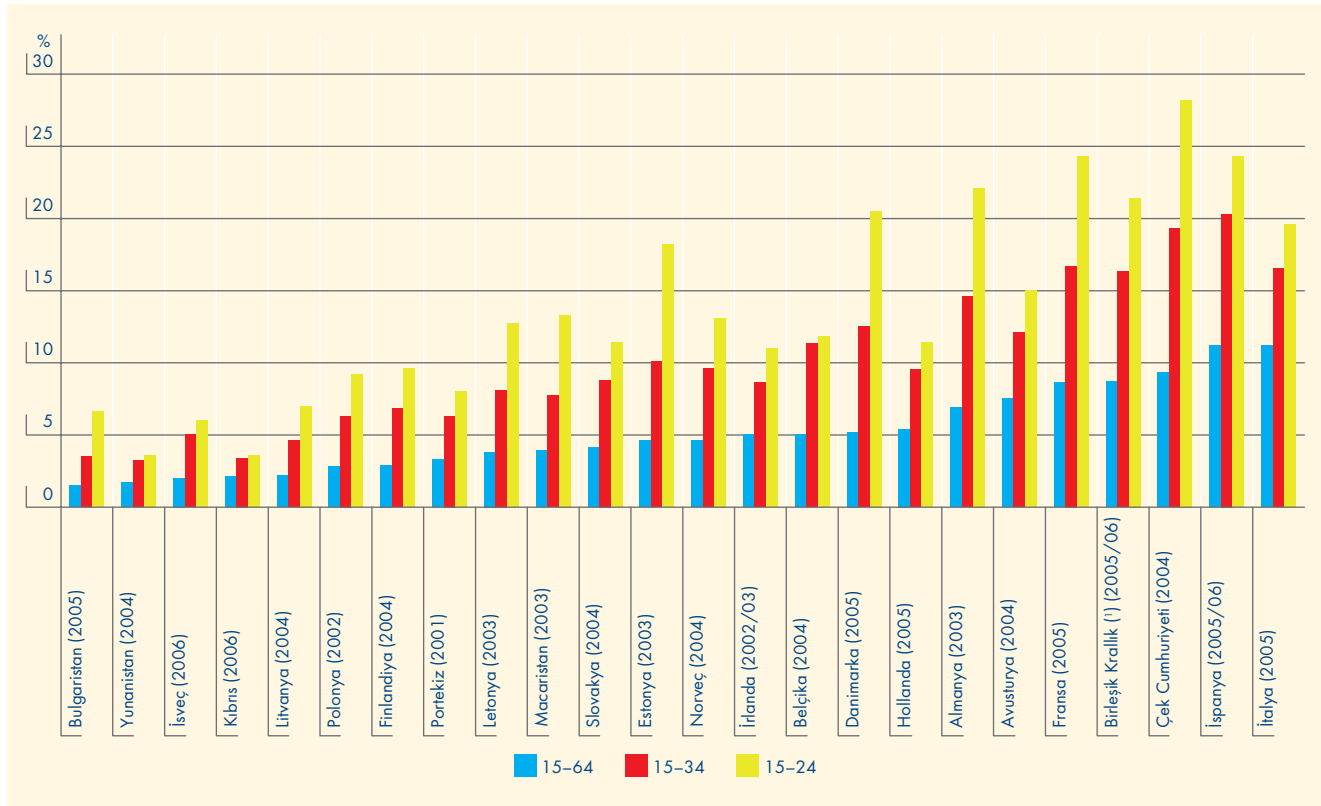
⁽³¹⁾ Bu metindeki Birleşik Krallık rakamları, pratik sebeplerle, 2006 İngiliz Suç Anketi'ne (İngiltere ve Galler) dayanmaktadır. İskoçya, Kuzey İrlanda için ek tahminler bulunmaktadır ve Birleşik Krallık için (2007 istatistik bülteninde sunulan) birleştirilmiş bir değerlendirme de mevcuttur.

⁽³²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-8.

⁽³³⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-12.

⁽³⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar GPS-9, GPS-11 ve GPS-13.

⁽³⁵⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar GPS-17, GPS-18 ve GPS-19 ve Şekiller GPS-1, GPS-3, GPS-7 ve GPS-12.

Şekil 3: Tüm yetişkinler (15-64 yaş) ve genç yetişkinler (15-34 ve 15-24 yaş) arasında esrar kullanımının önceki yıl yaygınlığı

(*) İngiltere ve Galler.

Not: Veriler her ülkede raporlama zamanında bulunan en yeni ulusal anketlerden elde edilmiştir. Ülkeler genel (tüm yetişkinler) yaygınlık oranlarına göre sıralanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolara GPS-10, GPS-11 ve GPS-18.

Kaynaklar: Reitox ulusal raporları (2006), nüfus anketleri raporlarından veya bilimsel makalelerden alınmıştır.

olarak, hayatlarında en az bir kez esrar kullanmış olan tüm yetişkinlerin (15-64 yaş) % 32'sinin esrarı önceki yıl, % 18'inin de bir önceki ayda kullandığını göstermektedir. Bazen 'sürdürme oranları' olarak da bilinen bu oranlar ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermekte olup, bir ülkedeki esrar kullanımının tarihsel gelişimi ile yeni vakaların sayısı gibi bir dizi faktörden etkilenmektedir. Yine de, düzenli ve uzun süreli kullanım alışkanlıkları kazanan esrar kullanıcılarının oranını anlamak, bu madde kullanımının halk sağlığına ilişkin potansiyel etkisinin anlaşılabilirliği bakımından önemli olacaktır. Uyuşturucuyu düzenli veya yoğun olarak kullananların sayısında bir artış olabileceğine dair endişelere rağmen⁽³⁶⁾, hali hazırda bu hususun araştırılmasına olanak verecek çok az bilgi bulunmaktadır. EMCDDA şu anda bu konuya yönelik daha

iyi bir yöntemsel yaklaşım geliştirilmesi konusunda bir dizi Üye Devlet'le yakın işbirliği içerisinde çalışmaktadır. EMCDDA'nın 2004 yılında sınırlı verilere dayanarak yaptığı kaba bir tahmine göre, yetişkin Avrupalıların yaklaşık % 1'i, veya 3 milyon civarında kişi, 'günlük ya da neredeyse günlük' olarak esrar kullananlardır. Bu tahminin yakın gelecekte güncellenmesi planlanmaktadır. Birden fazla ülke düzenli veya yoğun esrar kullanımında artışlar rapor etmiş ama sadece İspanya 'günlük kullanım' hakkında karşılaştırılabilir veri bildirmiş olup⁽³⁷⁾, buna göre 'günlük kullanım' 1997'de % 0,7'den 2006'da % 2'ye çıkmıştır.

Bu alandaki önemli bir diğer bilgi ihtiyacı da, kullanmayı bırakmakla ilişkilendirilen faktörlerin daha iyi anlaşılması yönündedir. Yukarıda belirtildiği gibi, esrar kullanmaya

(36) Şu ana kadar 'yoğun esrar kullanımı'nın evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Bununla beraber, belli bir eşliği ya da sıklığı aşan esrar kullanımı anlamına gelen kapsamlı bir terimdir. 'Bağımlılık/alışkanlık' veya diğer sorunların mevcut olduğu anlamına gelmeyebilir ama bağımlılık da dahil, olumsuz sonuçlara yol açma riskini artırdığı düşünülmektedir. Bu bölümde, rakamlar (son 30 günden 20 veya daha fazlasında kullanım olarak tanımlanan) 'günlük veya neredeyse günlük kullanıma' ilişkindir. Bu ölçüt çalışmalarda sıkça kullanılmış olup, Avrupa model anketinden elde edilebilir. Süregelen yöntemsel çalışmalar ulusal ve EMCDDA yoğun/sık kullanım ile sorunlar arasındaki ilişkilerin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır (bkz. psikometrik ölçüler geliştirilmesi hakkındaki kutu, s. 42).

(37) 1997 (% 0,7), 1999 (% 0,8), 2001 (% 1,5), 2003 (% 1,5), 2005/06 (% 2). Bu ölçüt (son 30 gün boyunca 30 gün kullanım) daha önce kullanılan, daha yüksek bir tahmini değer üretecek olan 'günlük veya neredeyse günlük kullanım' dan (son 30 gün boyunca 20 veya daha fazla günde kullanım) farklıdır. Fransa'da, 'düzenli tüketici' uyuşturucuyu 'son 30 gün içinde 10 veya daha çok kez kullanan' kişi (yetişkin erkeklerin % 4,3'ü, yetişkin kadınların % 1,3'ü) olarak tanımlanmaktadır. Birleşik Krallık'ta, 'sık kullanım', 'önceki yıl içinde ayda bir kereden fazla kullanım' olarak kabul edilmekte olup, bu kısımda kullanılan ölçütlerle karşılaştırılması mümkün değildir.

Anket verilerinde yoğun, bağımlı ve sorunlu esrar kullanımının saptanmasına yönelik psikometrik ölçüler geliştirme

Anketlerden alınan uyuşturucu kullanımı tanımları, kişilerin farklı zaman aralıkları boyunca kendilerinin rapor ettiği davranışlara dayanmaktadır. Tarihsel olarak, günlük kullanım, kısmen çoğu ülkede esrar kullanımı yaygınlığının düşük olmasına bağlı olarak, sistematik olarak izlenmemiştir. Ayrıca dikkatin bir önceki ay kullanımına yoğunlaştırılmasına yönelik yaklaşım, yoğun kullanıcıların sayısının hassasiyetle tahmin edilmesine olanak vermemektedir. Bununla beraber, Avrupa'da esrar kullanımı artmış ve esrar sorunlarına ilişkin kaygılar büyümüş olduğundan, bu yaklaşımın tekrar düşünülmesi gerekmiştir. Aslında AB ülkelerinin neredeyse tamamı artık görüşmeden önceki ay içinde kaç gün uyuşturucu kullanıldığına ilişkin bilgi toplamaktadır. Bu bilgiye dayanarak, 3 milyon civarında kişinin her gün veya neredeyse her gün esrar kullandığı tahmin edilmektedir.

EMCDDA, nüfus anket verilerinde bu türden yoğun kullanıma ilişkin raporlamanın iyileştirilmesi için ulusal uzmanlarla birlikte çalışmaktadır. Bu yine de esrar kullanımları yüzünden sorun veya bağımlılık yaşayanların tespit edilmesinde yetersiz bir araç olabilmektedir. Bu bilgiler esrar tüketiminin halk sağlığına yönelik etkisinin anlaşılmasında hayati önem taşımaktadır ve şu anda EMCDDA uzman anket grubu için anahtar konulardan birini oluşturmaktadır.

Hali hazırda, halk anketlerinde sorun yaşayanların daha iyi tespit edilmesinde kullanılabilir olan 'yoğun uyuşturucu kullanma şekilleri' nin izlenmesi için gereken yöntemsel ve kavramsal çerçevenin geliştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Bazı ülkeler artık halk arasındaki esrar 'bağımlılığı' veya 'sorunlu kullanımı' ölçmeye başlamış olup Fransa, Almanya, Hollanda, Polonya, Portekiz, Birleşik Krallık ve daha yeni olarak da İspanya'da öncü projeler yoldadır.

Bu çalışmaların neden önemli olduğuna ilişkin bir örnek, deneysel CAST ölçüsüne (esrar alışkanlığı izleme testi) yer veren 2005 Fransız anketinin deneyiminde görülebilir. Bu ölçümde, yapılan ilksel bir analiz, önceki yılda esrar kullananların % 16'sı gibi önemli bir oranının ve günlük kullanıcıların da % 58'nin sorunlu kullanım riski altında olduğunu ortaya koymuştur.

başlayanların birçoğu belli bir zaman sonra kullanmayı bırakmaktadır. Bırakmakla ilgili faktörlerin anlaşılması bu alandaki müdahalelerin tasarımı için açıkça önem taşımaktadır. Bu alanda bir takım bilgiler edinilmeye başlanmıştır. Örneğin, 2005 Fransız nüfus anketine göre, en az bir kez esrar kullanmış ama önceki yıl kullanmamış olanlar arasında, çoğunluk için (% 80) uyuşturucuyu kullanmamanın başlıca sebebi basitçe uyuşturucuya olan ilginin kaybolmasıdır; üstelik bu, çoğu yetişkinin (neredeyse

% 60) isterlerse kolaylıkla esrar bulabileceklerini düşünmeleri gerçeğine rağmen ortaya çıkan sonuçtur.

Yetişkinler arasında esrar kullanımındaki eğilimler

Avrupa'da uyuşturucu kullanımındaki eğilimlerin izlenmesi, pek çok ülkede güvenilir zaman serisi verileri bulunmadığından zordur. Ancak, artan sayıda ülke 1990'lardan itibaren anketler gerçekleştirmeye başlamış ve bunlar bugün zaman içerisindeki eğilimlere ilişkin değerli içgörü sağlamaya başlamıştır.

Anketlerin sunduğu zaman serileri Avrupa'daki esrar kullanımının gelişimine dair aydınlatıcı olabilir. Bulgulardan biri, ülkeler arasında önemli zamansal farklılıklar bulunduğu ve uyuşturucunun kullanımında, 1960'larda popüler olduğundan beri, popülerite dalgaları gözlemlenebildiği yönündedir⁽³⁸⁾. Bu verilere bir örnek İsveç'ten edinilen veriler (2005 Reitox ulusal raporu) olup, bunlara göre 1970'lerde askerler ve öğrenciler arasında nispeten yüksek bir deneyimleme seviyesinden sonra 1980'lerde ciddi bir düşüş gerçekleşmiş, ardından 1990'larda 1970'lerdekine benzer seviyelerde yeni bir artış ve daha sonraki yıllarda tekrar önemli bir düşüş rapor edilmiştir. Benzer bir durum, Finlandiya'nın verilerindeki dev uyuşturucu dalgalarıyla da görülmektedir; önce 1960'larda ve daha sonra yine 1990'larda.

Anketin sunduğu kanıtlara göre, esrar kullanımının 1990'lar boyunca neredeyse tüm AB ülkelerinde belirgin ölçüde arttığı sonucuna varılabilir. Bu artış yakın zamana kadar pek çok ülkede devam etmiş olmakla beraber, şu anda bazı ülkelerde, özellikle de yüksek yaygınlık grubu kabul edilebilecek grupta, dengelenme sinyalleri görülmektedir. Genel anlamda uyuşturucu kullanma eğilimlerine ilişkin olarak çoğu zaman 'önde giden' Birleşik Krallık buna bir örnek olarak gösterilebilir. 1990'ların başlarında, Birleşik Krallık yüksek yaygınlıklı bir ülke olarak öne çıkarken, çoğu ölçümde Avrupa'daki en yüksek yaygınlık raporlarını bildirmekteydi. Bununla birlikte, genç yetişkinler (16-34) arasındaki önceki yıl yaygınlık seviyeleri 1998'den itibaren dengelenerek, 2003 ve 2006 arasında düşmüştür (% 20,0'den % 16,3'e). İlginç bir şekilde, en genç yaş grubunda (16-24) 1998'den beri gözlemlenen kararlı bir düşüş, esrarın gençler arasında artık daha az rağbet gördüğünü düşündürmektedir⁽³⁹⁾.

Fransa, İspanya ve İtalya'daki esrar kullanma seviyeleri, kararlı artışlar yaşanan bir dönemi takiben, son yıllarda (sırasıyla 2002, 2003 ve 2005) Birleşik Krallık'ın yaygınlık seviyelerine yaklaşmaya başlamıştır. Ayrıca durumda bazı dengelenme alametleri görülmeye başlamıştır: Fransa 2005 yılında kullanımda bir düşüş gerçekleştirdiğini rapor etmiştir ve her ne kadar İspanya 2006'ya kadar ufak bir artış bildirirse de, genel olarak eğilimin en yeni verilerde düzeliyor

⁽³⁸⁾ Ayrıca bkz. 2004 yıllık raporunda Şekil 4.

⁽³⁹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil GPS-10.

olabileceğine dair işaretler bulunmaktadır. Yüksek yaygınlık oranlarına sahip bir ülke olan Çek Cumhuriyeti'nde, eldeki verilerle eğilimleri değerlendirmek güçtür – fakat genç yetişkinlere ilişkin bilgiler yaygınlık oranlarının biraz düşmüş olabileceğine işaret etmektedir.

Genç yetişkinler (15-34 yaş) arasında önceki yıl yaygınlığı bakımından orta ve alt sıralarda bulunan ülkeler içinde, Danimarka ve Hollanda'dan gelen en son veriler hafif bir düşüşü gösterirken, kullanım seviyeleri Estonya, Almanya, Macaristan, Slovakya ve Norveç'te hala artar gibi görünmektedir⁽⁴⁰⁾. Bununla beraber, bu artışların pek çoğu küçük olup, genel olarak, daha yeni tahminlerde daha az belirgindir.

Finlandiya ve İsveç hâlâ esrar kullanımında en düşük seviyeleri rapor eden ülkeler arasında olup, yaygınlık tahminleri artmış da olsa, daha yüksek yaygınlığa sahip ülkelerle bir yakınsama olduğunu düşündürecek bir durum bulunmamaktadır. İsveç'te 2000 ve 2004 yılları arasında genç yetişkinlerdeki önceki yıl yaygınlık oranlarında gözlemlenen artış (% 1,3'ten % 5,3'e) büyük olmakla beraber, anketin gerçekleştirilme biçimindeki yöntemsel değişiklikler yüzünden yorumlanması güçtür ve 2004, 2005 ve 2006 anketlerindeki yaygınlık tahminleri kararlı bir durumu ortaya koymaktadır.

Öğrenciler arasında

Esrar kullanma alışkanlıkları ve eğilimlerine ilişkin bir diğer yararlı pencereyi de okul anket verileri açmakta olup, bunlar esrar kullanma seviyelerinin 1990'ların sonu ve 2000'lerin başlarında pek çok AB ülkesinde arttığını göstermektedir.

Bir bütün olarak, okul anket verilerinden ortaya çıkan genel tablo yetişkin anketlerinde görüleni yansıtmaktadır. Avrupa'da 15-16 yaşındaki öğrenciler arasında esrar kullanımındaki en yüksek yaşam boyu yaygınlık oranları Belçika, Çek Cumhuriyeti, İrlanda, İspanya, Fransa ve Birleşik Krallık tarafından % 30 ile % 44 arasında oranlarla rapor edilirken Almanya, İtalya, Hollanda, Slovenya ve Slovakya ise % 25'in üzerinde oranlar bildirmektedir. Buna karşın Yunanistan, Kıbrıs, Romanya, İsveç, Türkiye ve Norveç'in hepsi % 10'un altında yaşam boyu yaygınlık tahminleri rapor etmektedir.

ESPAD (Alkol ve diğer uyuşturucular hakkında Avrupa okullar anketi) anketinin ilk üç turundan elde edilen verilerin analizi (1996-2003), 15-16 yaşındaki öğrencilerin esrar kullanımındaki yaşam boyu yaygınlık eğilimlerinde belirgin coğrafi farklılıklar ortaya koymuştur. Ülkeler üç coğrafi

gruba ayrılabilir. Esrar kullanımı eskilere dayanan İrlanda ve Birleşik Krallık'ta yaşam boyu yaygınlık yüksektir ama son on yılda sabit kalmıştır. Doğu ve orta Avrupa Üye Devletleri'nin yanı sıra Danimarka, İspanya, Fransa, İtalya ve Portekiz'de esrar kullanımındaki yaşam boyu yaygınlık 1995 ve 2003 arasında önemli oranda azalmıştır. Üçüncü grup Üye Devletler'de (kuzeyde Finlandiya ve İsveç ile güneyde Yunanistan, Kıbrıs ve Malta) ve Norveç'te ise, öğrenciler arasında yaşam boyu yaygınlık tahminleri nispeten düşük seviyelerde (% 10 civarı ve daha az) kalmıştır. ESPAD çalışmasının bir sonraki turunun verileri gelecek sene içinde beklenmektedir.

Yalnızca beş ülke (İtalya, Polonya, İsveç, Birleşik Krallık) 2005 yılında ulusal okul anketlerinden gelen yeni veriler rapor etmiş, Belçika da Flanders bölgesinden bir anket bildirmiştir. İsveç'te durum kararlılık sergilemiş ve diğer dört ankette de hafif düşüşler gözlemlenmiştir.

Esrar: tedavi talep verileri⁽⁴¹⁾

Genel tedavi talep şekilleri

2005 yılında rapor edilen toplam 326.000 tedavi talebi içinde (21 ülkeden alınan veriler), vakaların yaklaşık % 20'sinde tedaviye başlamanın birincil sebebi olan esrar, eroiden sonra en yaygın olarak rapor edilen ikinci uyuşturucu olmuştur. Birincil esrar kullanımı için en çok tedavi talebini genellikle ayakta tedavi merkezleri almaktadır⁽⁴²⁾.

Uyuşturucu kliniği hastalarının çoğunlukla tedavi görmek istemelerine sebep olan birincil uyuşturucunun yanında sorunlu bir şekilde başka uyuşturucular da kullandıkları rapor edilmektedir; bu durum, tek madde (esrar) kullandığı en çok rapor edilen hastalar olan esrar kullanıcıları için daha nadiren geçerlidir. Yine de, esrarı başka uyuşturucularla, en çok da alkol (% 37) ve amfetamin veya ecstasy'le (% 28) bir arada kullananlar da bulunmaktadır. Esrar, tedavi görenler arasında alkolden sonra (% 38) ikinci olarak en sık belirtilen ikincil maddedir⁽⁴³⁾.

Artan tedavi talepleri

Uyuşturucu tedavisine yönelik yaklaşık 130.000 yeni talep arasında, esrar hastaları tüm yeni uyuşturucu hastalarının % 29'unu temsil etmekte olup, bu oran (22 ülkeden alınan verilere göre % 35 olan) yeni eroin tedavi taleplerinin oranına oldukça yakındır⁽⁴⁴⁾. Verilerin bulunabilirliğine ilişkin sorunlar eğilimleri hassas bir şekilde yorumlamayı zorlaştırırsa da, esrar tedavisi taleplerindeki başlıca eğilimler belirlenebilmektedir.

⁽⁴⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil GPS-4.

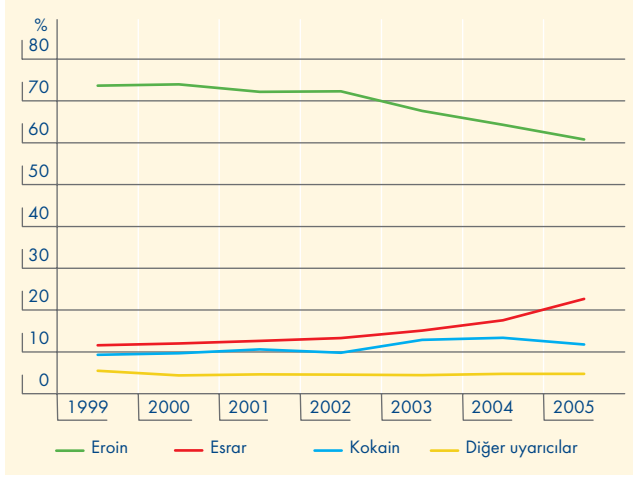
⁽⁴¹⁾ Genel dağılım ile eğilimlerin analizi, tüm tedavi merkezlerinde tedavi görmek isteyen hastalara ilişkin verilere dayanmaktadır; hasta profillerinin ve uyuşturucu kullanma alışkanlıklarının analizi esas olarak ayakta tedavi merkezlerinden elde edilen verilere dayanmaktadır.

⁽⁴²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil TDI-2.

⁽⁴³⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-22 ve TDI-23 (bölüm i) ve (bölüm iv).

⁽⁴⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-3 (bölüm iii) ve TDI-5 (bölüm ii).

Şekil 4: Tedavi hizmetlerinin kullanılma alışkanlıklarındaki eğilimler (1999–2005) – hastaların tedavi isteme sebebi olan birincil uyuşturucunun tüm taleplere göre yüzdesi



Not: 21 Üye Devlet'ten alınan verilere dayanmaktadır: Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Almanya, İrlanda, Yunanistan, İspanya, Fransa, İtalya, Kıbrıs, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Malta, Hollanda, Romanya, Slovenya, Slovakya, Finlandiya, İsveç ve Birleşik Krallık.
Eksik veriler her ülke için, her yılın verilerindeki ortalama AB eğilimi korunarak eklenmiştir.
Daha fazla bilgi ve ayrıntılı notlar için bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil TDI-3.

Kaynaklar: Reitox ulusal odak noktaları.

1999 ve 2005 arasında hem yeni hem de tüm rapor edilen esrar tedavi taleplerinin sayısı yaklaşık üçe katlanmıştır. Bununla beraber, artma eğilimi en yeni verilerde dengelenir gibi görünmektedir. Tüm ülkelerde (Litvanya dışında), yeni hastalar arasında, birincil esrar kullanımı için tedavi görmek istediği rapor edilenlerin oranı tüm hastalar arasında buna tekabül eden orandan daha yüksektir ⁽⁴⁵⁾.

1999–2005 döneminde, birincil esrar kullanımı için tedavi görmek isteyen hastaların oranı veri rapor eden tüm ülkelerde artmıştır (Şekil 4). Ancak ülkeler arasında ilgi çekici farklılıklar bulunmakta olup, esrar Bulgaristan, Litvanya, Polonya ve Romanya'da tedaviye başladığı bildirilen tüm hastaların % 5'ten azı tarafından, Macaristan ve Fransa'da ise % 30'dan fazlası tarafından rapor edilmiştir. Geri kalan ülkeler içinse, 12'sinde esrar hastalarının oranı % 5 ve % 20 arasında ve yedisinde % 21 ve % 29 arasındadır. Benzer şekilde, yeni tedavi taleplerine yönelik olarak ülkeler arasında ciddi farklılıklar bulunmakta, esrar Bulgaristan, Litvanya, Lüksemburg, Polonya ve Romanya'daki yeni hastaların % 10'dan azı, Danimarka, Almanya, Fransa ve Macaristan'dakilerin ise % 50'den fazlası tarafından rapor edilmektedir ⁽⁴⁶⁾.

Esrar tedavisi talebindeki artışın basit bir açıklaması var gibi görünmemektedir. Artan tedavi talebine, halk arasındaki

yoğun esrar yaygınlığı ile buna bağlı sorunlardaki artışın ve risklerin daha iyi algılanmasının ne derece sebep olduğu net değildir. Bu duruma, esrar hastaları kabul eden ayakta tedavi birimlerinin (bunlar esrar tedavi taleplerinin tipik olarak iletiği merkezlerdir) veri kapsamalarının artması ve bir olasılıkla sorunlu esrar kullanımına ilişkin daha fazla tanı ve raporlama da dahil, farklı etkenler katkıda bulunmuş olabilir. Burada başka iki olası sebebin katkıları da göz önüne alınmalıdır: tedavi hizmetinin çeşitliliği, örneğin Fransa'da 2004'ün sonlarında esrar tedavi merkezleri açılması ile cezai adalet sisteminden yapılan sevklerdeki artış. Birinci durumda, esrar tedavisine yönelik artan talebe karşılık, bazı ülkeler, daha ziyade esrar kullanıcılarını hedef alan bir tedavi hizmetiyle, ergenler ve gençler için spesifik programlar uygulamaya koymuştur; burada, talebin artması arzda da bir artışa yol açmış olup, bu da sırası geldiğinde yine talebi artırmış olabilir. İkinci durumda ise, cezai adalet sisteminden yapılan sevkler genellikle esrar kullanımıyla ilişkilendirilen suçlarla ilgilidir; araştırma bulguları cezai adalet sisteminden tedaviye sevk edilenlerin çoğunun birincil uyuşturucu olarak esrar kullandığını göstermektedir; bu senaryoya göre de, cezai adalet sisteminden yapılan sevklerin sayısındaki bir artış, esrar tedavisi talebinin artmasına katkıda bulunmuş olmaktadır.

Hasta profilleri

Esrar talebindeki artışlara sebep olan açıklayıcı faktörler ne olursa olsun, esrar kullanan kişilerin bu küçük kesiminin temsili nitelikte olduğu ileri sürülemez de, tedavi görmek isteyenlerin nitelikleri önem taşımaktadır. Birincil esrar kullanımı için ayakta tedaviye başlayanların profillerine bakıldığında, en yaygın görülen nitelikler genç, erkek olmaları, çalışan veya işsiz olmayıp hâlâ eğitim görmekte olmaları ve kendi evleri olmayıp aileleriyle yaşamalarıdır ⁽⁴⁷⁾. Diğer uyuşturucu hastalarıyla karşılaştırıldığında, birincil esrar kullanımı için tedaviye başlayan kişiler en fazla erkek oranlarına sahip olup, en genç yaşta kişilerdir (ortalama yaş 24,5). İlk kez tedaviye başlayanlar tüm esrar hastalarından bile gençtir (ortalama yaş 23,8); 15-19 yaşında veya 15 yaşından daha genç olanların sırasıyla % 67 ve % 80'i yeni tedavi görmeye başlayan esrar hastalarıdır. Ancak, son üç yılda, yeni esrar tedavisine başlayanların yaşında bir artış olduğuna dair işaretler bulunduğu rapor edilmiştir ⁽⁴⁸⁾. Genel olarak, esrar hastaları üç gruba ayrılabilir: ara sıra kullananlar (% 34), haftada bir ila birkaç kez kullananlar (% 27) ve her gün kullananlar (% 39).

Esrar hastaları arasında rapor edilen kullanımdaki bu farklılıkların, farklı tedaviye yönelme biçimlerinden kaynaklanması mümkünken, cezai adalet sisteminden

⁽⁴⁵⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-3 (bölüm iii) ve TDI-5 (bölüm ii).

⁽⁴⁶⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-5 (bölüm ii) ve TDI-4 (bölüm ii).

⁽⁴⁷⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-13, TDI-14 ve TDI-21 (bölüm i) ile (bölüm ii).

⁽⁴⁸⁾ Bkz. 2007, 2006 ve 2005 istatistik bültenlerinde Tablolar TDI-10 (bölüm i), (bölüm ii) ve (bölüm ix).

yapılan sevklerdeki artışın tedaviye başlarken düşük tüketim seviyeleri rapor edilenlerle ilişkilendirilebileceği yönünde bir kanı bulunmaktadır. Esrar kullanımının sıklığı bakımından ülkeler arasında farklılıklar bulunmakta olup, ülkelerin yarısı hastaların % 30' dan fazlasının günlük esrar kullanıcısı olduğunu, diğer yarısı da % 30' dan azının günlük esrar kullanıcısı olduğunu rapor etmektedir. Hollanda, Danimarka ve İspanya tedavi altında bulunan hastalar arasındaki en yüksek düzenli kullanıcı oranlarına sahipken, ara sıra esrar kullananlara ilişkin en yüksek oranları Macaristan, Almanya ve İtalya rapor etmektedir⁽⁴⁹⁾. Buna ek olarak, aşağıda tartışıldığı gibi, yoğun esrar kullanımına yönelik tepkilerin odak noktası tedaviden ziyade önleme olabilir ve ulusal tabiatındaki bu gibi farklar genel raporlama seviyelerini etkileyebilir; bu da yüksek yaygınlık oranlarına sahip bazı ülkelerin neden nispeten düşük oranlarda esrar tedavisi rakamları rapor ettiğini kısmen açıklayabilir.

Esrar sorunlarına tepki verme

Esrar tedavisi hakkındaki veriler Avrupa' da neyin esrar tedavisi teşkil ettiği bağlamında görülmelidir ve tedaviler şu anda kısa müdahalelerden hastane dışı merkezlerde tedaviye kadar değişen geniş bir tedbirler ağını kapsamaktadır. Programların bazıları uyuşturucu sorunlarının tedavisine olduğu kadar önleme ve hasar azaltmaya da yönelmektedir.

Risk altında bulunanların saptanması ve erken müdahale tüm uyuşturucu programlarının önemli bir unsuru olarak görülmekte olup, öğrencileri arasındaki esrar kullanımını saptayabilecek ilk kişiler eğitim personeli olabilir. Almanya, İtalya ve Polonya öğretmenler için, esrar kullanımına tepki vermelerine ve gerektiğinde uzman yardımına başvurmalarına yardımcı olan programlar geliştirmişlerdir.

Esrar tedavi uygulamasını bilgilendirecek hiçbir güçlü kanıt temeli bulunmamaktadır ve bu alandaki araştırma çalışmaları da sınırlı olup, esas olarak Amerika ve Avusturyalıların deneyimlerine dayanmaktadır. Avrupa' da esrar sorunlarına yönelik en yaygın yaklaşımlar arasında şunlar vardır: kısa vadeli ayakta tedavi hizmetleri, danışmanlık, okul temelli programlar ve sosyal yardım önleme faaliyetleri. Müdahaleler, genel olarak, motivasyon görüşmeleri ve bilişsel-davranışsal unsurların bir arada kullanıldığı kısa-müdahale yaklaşımlarına dayanmaktadır. Nelerin etkin uygulama teşkil ettiğine dair güçlü bir fikir birliği bulunmamakla beraber, bazı çalışmalar buna benzer yaklaşımın başarılı olabileceğini göstermiştir. Bu alanda bir Avrupa girişimi olan INCANT projesi Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda ve İsviçre esrar kullanıcılarıyla çok boyutlu aile terapisinin (ÇBAT) değerinin araştırılmasında işbirliği yapmıştır. Bu proje pilot aşamada olumlu bir

değerlendirme aldıktan sonra (Rigter, 2005) genişletilerek, esrar sorunları için ÇBAT'yi standart tedavilerle karşılaştıran bir çok mahalli, randomize kontrollü denemeye dönüştürülmüştür.

Sadece 13 Üye Devlet sorunlu esrar kullanıcıları için uzman tedavi hizmetleri bulunduğunu rapor etmekte olup, bu durum çoğu esrar kullanıcısıyla genel uyuşturucu programlarında ya da genel sağlık veya gençlik hizmetlerinde ilgilenildiğine işaret etmektedir. Genç esrar kullanıcılarını genel uyuşturucu servislerinde tedavi etmenin uygun olmayabileceği çünkü bunun genç esrar hastalarının daha yaşlı ve başka bir madde kullanan sorunlu uyuşturucu kullanıcılarıyla karışmasına yol açabileceğine ilişkin endişeler dile getirilmiştir. Bu durumun ne ölçüde bir sorun teşkil ettiğine ilişkin net birşey söylemek mümkün olmasa da, bu alandaki hizmetlerin planlanmasında hâlâ önemli bir soru işaretidir.

2005 yılında 250 esrar danışma merkezi kurulan Fransa esrar kullanıcılarına yönelik uzman hizmetler için bir örnek teşkil etmektedir. Bu merkezlerde ayda tahmini 2.900 hasta görülmekte olup, bunların yaklaşık üçte biri (% 31) kendi iradesiyle gelmekte veya üçüncü bir şahıs tarafından yönlendirilmekte (% 31) ve üçte birinden biraz fazlası da mahkeme kararıyla gelmektedir (% 38). Esrar kullanıcılarına yönelik spesifik tedavi programlarına verilebilecek başka örnekler arasında, genç sorunlu esrar kullanıcılarına bir danışma programı ve bunu takiben destek seansları sunan İsveç'teki Maria Gençlik Merkezi bulunmaktadır. Almanya' da ise, Dresden'deki Araştırma Ayakta Tedavi Departmanı'nda Ocak 2006'dan beri ergenlerde esrara bağlı rahatsızlıklar için modüler tedavi (Candis) geliştirilmiştir.

Yarı zorunlu müdahaleler

Cezai adalet sisteminden geçen esrar kullanıcılarını cezai yaptırımdan ziyade, tedaviye ve danışma hizmetlerine yönlendirmeye yönelik genel bir eğilime rağmen, bu mekanizmaların erişilebilirliği ve yapısı Avrupa' da önemli farklılıklar göstermekte olup, az sayıda ülke (Almanya, Fransa, Lüksemburg, Avusturya, İsveç) yapılandırılmış programlar veya hizmetler sunmaktadır.

Mahkemelerden sevk edilen esrar kullanıcıları için uygulanan tek tepki tedavi müdahaleleri değildir. Ara sıra kullananlara bazı ülkelerde yoğun kurslar verilmekte, örneğin Almanya, Avusturya ve Lüksemburg esrar kullanıcılarının inançları ile kullanma alışkanlıklarını değiştirmeyi hedefleyen kurslar bulunduğunu rapor etmektedir⁽⁵⁰⁾.

Esrar kullanıcılarına yönelik yeni iletişim stratejileri

Avrupa' da bir dizi yenilikçi program esrar kullanıcılarına ulaşmak için yeni iletişim araçlarından faydalanmaya

(49) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-18 (bölüm iii) ve (bölüm iv).

(50) http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekt_KS1/FreD/FreD-Basics/

çalışmaktadır. Bazı ülkelerde (Almanya, Birleşik Krallık), esrar tüketicilerinin mevcut kullanımlarını denetlemelerine ve sorunlarını kendi kendilerine saptamalarına olanak veren İnternet-temelli kısa müdahaleler geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma bir örnek, Almanya'daki 'quit the shit' ⁽⁵¹⁾ olup, esrar kullanmayı bırakmak isteyenlere destek vermektedir. Bir değerlendirme, bu hizmeti kullananların esrar tüketimlerini hem kullanılan miktar hem de esrar tüketilen gün sayısı bakımından azalttıklarını rapor ettiklerini ortaya koymuştur.

Danimarka'da, SMASH genç esrar kullanıcılarına yönelik anonim bir destek ve danışma projesi olup, zararlı etkileri

azaltmayı, bilgilendirmeyi ve esrar içmelerini bırakmaya yardımcı olacak destek sunmayı amaçlamaktadır ⁽⁵²⁾. Proje iki SMS paketi aboneliğine dayanmaktadır. Bunların ilki (hashfacts-ot bilgileri) esrar kullanımı hakkında olgusal bilgiler sunmakta ve ikincisi de uyuşturucu kullanmayı bırakmak isteyenlere destek ve motivasyon vermektedir. Gençler ayrıca kısa mesajlar yoluyla, esrar kullanmayı bırakmalarına veya azaltmalarına yardımcı olmak için kişisel koçluk hizmeti de alabilmektedirler. Benzer bir hizmet de İrlanda'da sunulmakta beraber, burada bilginin yaygınlaştırılmasına ağırlık verilmektedir.

EMCDDA 2007 seçili konularında, reşit olmayanlar arasında uyuşturucu kullanımı

Çok genç Avrupalıların (15 yaş altı) uyuşturucu kullanımı hakkındaki seçili konu, bu yaş grubundaki uyuşturucu kullanma yaygınlığının düşük olduğunu ve esas olarak deneysel kullanım oranlarını yansıttığını ortaya koymaktadır. Birçok genç tarafından düzenli uyuşturucu kullanımı nadir olup, çoğu zaman bunlar son derece sorunlu bir kesimde görülmektedir.

15 yaş altındakilerin uyuşturucu kullanımına yönelik başlıca tepki, önleme veya erken müdahale stratejilerine odaklanmıştır. Bununla beraber, seçili konu Avrupa'da yaklaşık 4.000 çok

genç kişinin uyuşturucu tedavisi gördüğünü tahmin etmektedir. Gençlerin ihtiyaçları için özel olarak geliştirilmiş uyuşturucu tedavisi istisna teşkil etmekle beraber, çoğu Avrupa ülkesinde bu gibi programlara yönelik bir ihtiyaç saptanmıştır.

Seçili konu ayrıca genç yaşta yasal ve yasadışı psikoaktif madde tüketimi ile yaşamın daha geç aşamalarında oluşan madde bağımlılığı arasındaki bağlantıların Avrupa halk sağlığı politikalarında nasıl ele alındığına da bakmaktadır.

Bu seçili konu basılı olarak veya İnternet üzerinde sadece İngilizce dilinde bulunmaktadır (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



4. Bölüm

Amfetaminler, ecstasy ve LSD

Pek çok Avrupa ülkesinde, en yaygın olarak kullanılan ikinci yasadışı madde sentetik olarak üretilen bir çeşit uyuşturucu olmakla beraber, şu anda Avrupa çapında kokain kullanıcıları daha fazladır. Halk arasında bu maddelerin kullanım oranı tipik olarak düşüktür ama daha genç yaş gruplarındaki yaygınlık oranları önemli oranda daha yüksek olup, bazı sosyal ortamlar veya kültürel gruplarda bu uyuşturucuların kullanımı özellikle yaygın olabilmektedir. Tüm dünyada, amfetaminler (amfetamin ve metamfetamin) ile ecstasy en yaygın sentetik yasadışı uyuşturucular arasında bulunmaktadır.

Amfetamin ve metamfetamin merkezi sinir sistemini uyarılardanır. Bu ikisi arasından amfetamin Avrupa'da açık arayla daha yaygın olarak bulunan uyuşturucu olurken, önemli orandaki metamfetamin kullanımı Çek Cumhuriyeti ve Slovakya ile sınırlı gibi görünmektedir.

Amfetamin ve metamfetamin: farkları ve benzerlikleri

Yasadışı uyuşturucu pazarında, amfetamin grubunun başlıca temsilcisi amfetamin ve metamfetamin (ve bunların tuzları) olup bunlar fenetilamin ailesinden yakın ilişkili iki sentetik maddedir. Her iki madde de merkezi sinir sistemini uyarır ve aynı etki mekanizması, davranışsal etkiler, tolerans, yoksunluk ve uzun süreli kullanım (kronik) etkilerine sahiptir. Amfetamin metamfetamininden daha az etki gücüne sahiptir ancak kontrol edilmeyen durumlarda etkileri neredeyse ayırt edilemez niteliktedir.

Amfetamin ve metamfetamin ürünleri çoğunlukla toz şeklindedir ancak metamfetaminin saf kristalin hidroklorür tuzu olan buz şekli de kullanılmaktadır. Amfetamin veya metamfetaminin birini içeren haplar, MDMA ve diğer ecstasy haplarında görülenlere benzer logolar taşımaktadır.

Amfetamin ve metamfetamin, aldıkları farklı fiziksel formlara göre yutulabilmekte, burundan çekilebilmekte, solunabilmekte ve daha nadiren de, enjekte edilebilmektedir. Amfetaminin sülfat tuzundan farklı olarak, metamfetamin hidroklorür, özellikle de bunun kristal formu (buz), sigara gibi içilebilecek kadar uçucudur.

Kaynak: EMCDDA uyuşturucu profilleri (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=25328>).

Ecstasy, kimyasal olarak amfetaminlerle ilişkili ama etkileriyle bir dereceye kadar bunlardan ayrılan sentetik maddelere verilen isimdir. Ecstasy uyuşturucu grubunun en iyi bilinen elemanı 3,4-metilendioksi-metamfetamindir (MDMA) ama ecstasy tabletlerinde ara sıra başka analogları da bulunmaktadır (MDA, MDEA). AB'de ecstasy kullanımının yaygınlığı 1990'lardan beri artmaktadır.

Tarihsel olarak, liserjik asit dietilamit (LSD) açık farkla en iyi bilinen halüsinojenik uyuşturucudur ancak genel tüketim seviyeleri uzun bir süre boyunca düşük ve oldukça kararlı kalmıştır. Yakın zamanda, doğal kaynaklı halüsinojenik maddelerin ve özellikle de halüsinojenik mantarların bulunabilirliği ve kullanımının arttığına dair kanıtlar meydana çıkmıştır.

Arz ve bulunabilirlik ⁽⁵³⁾

Amfetamin

Küresel amfetamin üretiminin 2005 yılında 88 ton olduğu tahmin edilmekteydi (UNODC, 2007). Yasadışı imalat dünyanın başka bölgelerine de yayılmış olmakla beraber, hala batı ve orta Avrupa'da yoğunluktadır. Yasadışı amfetamin imal eden laboratuvarlar 2005 yılında Belçika, Bulgaristan, Almanya, Estonya, Litvanya, Hollanda ve Polonya'da tasfiye edilmiştir. Avrupa'da ele geçirilen amfetaminin esas olarak Belçika, Hollanda ve Polonya'dan ve daha az bir ölçüde de Estonya ve Litvanya'dan geldiği rapor edilmektedir.

2005 yılında, tüm dünyada 12,9 ton amfetamin ele geçirilmiş olup, bunlar iki bölgede yoğunlaşmıştır: batı ve orta Avrupa ile Doğu ve Güneydoğu Asya.

2005 yılında Avrupa'da, toplamda 6,6 tonu bulan tahmini 40.300 amfetamin ele geçirme vakası meydana gelmiştir. 2004'e kadar, Avrupa'daki en çok amfetamin ele geçirme vakası ve ele geçirilen en büyük miktarlardan sürekli olarak Birleşik Krallık sorumlu olmuştur. Avrupa düzeyinde, bazı dalgalanmalara rağmen, amfetamine ilişkin hem genel ele geçirme sayısı hem de ele geçirilen miktarlar 2000'den beri artmıştır ⁽⁵⁴⁾. Ancak 2005 yılında, rapor eden ülkelerin çoğunda meydana gelen amfetamin ele geçirmelerinin

⁽⁵³⁾ Ele geçirme vakaları ve diğer pazar verileri hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. s. 37. Amfetamin, ecstasy ve LSD ele geçirme vakaları ile ele geçirilen miktarlara ilişkin 2005 verileri tüm ülkeler için bulunmamaktadır; ayrıntılı bilgi için 2007 istatistik bültenindeki ele geçirme tablolarına bakın.

⁽⁵⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolara SZR-11 ve SZR-12.

Uyuşturucu öncüllerinin imalatı ve amaç dışı kullanımına karşı uluslararası eylem

Yasadışı uyuşturucu imalatında kullanılan öncül kimyasalların amaç dışı kullanımını önlemek için bazı uluslararası girişimler oluşturulmuştur: Project Cohesion, (kokain imalatında kullanılan) potasyum permanganat ve (erooin imalatında kullanılan) asetik anhidrite yoğunlaşırken, Project Prism sentetik uyuşturucu öncüllerini ele almaktadır (1). Aşağıda yer alan tüm veriler, öncüller hakkındaki INCB raporundan alınmıştır (INCB, 2007b).

2005 yılında, küresel potasyum permanganat ele geçirme vakaları INCB'ye rapor edilenlerin en büyüğüydü ve 16 ülke 183 tona el koymuş, bunların çoğu da Avrupa dışında ele geçirilmiştir.

2005'te ele geçirilen 22.400 litre asetik anhidritin yine sadece küçük bir oranından Avrupa sorumluydu.

2005 yılında INCB'ye, bir çoğu Çin tarafından olmak üzere, 41 ton efedrin ve psödoefedrin (başlıca metamfetamin öncülleri) ele geçirme vakası rapor edilmiş olup, bunun 1,7 tonundan AB Üye Devletleri (başta Yunanistan, Bulgaristan, Romanya ve Çek Cumhuriyeti) ile Rusya Federasyonu sorumluydu.

Tüm dünyadaki, yasadışı metamfetamin ve amfetamin imalatında kullanılan 1-fenil-2-propanon (P-2-P) ele geçirme vakaları 2005'te 2.900 tonu bulmuş olup, Avrupa ülkelerinin buna katkısı 1.700 litredir (çoğu Almanya ve Hollanda'da).

Tüm dünyadaki, MDMA imalatında kullanılan 3,4-metilendioksifenil-2-propanon (3,4-MDP-2-P) ele geçirmelerinde Avrupa'nın payı 2005'te % 38'e düşmüş ve 5.100 litrenin ele geçirildiği rapor edilmiştir (çoğu Fransa ve Hollanda'da). Diğer bölgelerde 3,4-MDP-2-P ele geçirme vakalarının artması, yasadışı MDMA imalatının Avrupa dışına yayıldığına işaret etmekte gibidir.

(1) Hepsini 1988 Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nde Tablo I altında listelenmiştir.

sayısında bir düşme eğilimi kaydedilmiştir. Bu tablo Birleşik Krallık'ın 2005 verileri alındığında tekrar teyit edilmelidir.

2005 yılında, amfetaminin ortalama veya tipik perakende fiyatı gram başına 7 EUR'dan gram başına 37,5 EUR'ya kadar değişmekte olup, çoğu Avrupa ülkesi gram başına 10-20 EUR arasında fiyatlar rapor etmekteydi (55). 2000-05 döneminde, enflasyona göre düzenlenmiş ortalama amfetamin fiyatları yeterli veri sağlayan 17 ülkenin çoğunda düşmüştür.

2005 yılında amfetaminin ortalama veya tipik perakende saflığı önemli oranda değişmekteydi, ancak çoğu Avrupa ülkesi % 15 ve % 50 arasında saflık dereceleri rapor etmiştir (56).

Metamfetamin

2005 yılında küresel metamfetamin üretiminin 278 ton olduğu tahmin edilmekteydi. Metamfetamin çoğunlukla Doğu ve Güneydoğu Asya'da imal edilmektedir. Avrupa'da, yasadışı metamfetamin imalatı hala büyük oranda (yerel 'pervitin' adı altında) Çek Cumhuriyeti'yle sınırlı olmakla beraber, Litvanya, Moldova ve Slovakya'da da üretim yapıldığı rapor edilmektedir (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

2005'te, dünyadaki metamfetamin ele geçirme vakaları tahmini 17,1 tonu bulmuş olup, bunun yarısından fazlası Doğu ve Güneydoğu Asya (Çin, Tayland) ve üçte biri de Kuzey Amerika (Amerika Birleşik Devletleri) tarafından rapor edilmiştir. Aynı yıl, 15 Avrupa ülkesinde yaklaşık 104 kg metamfetamine karşılık gelen tahmini 2.200 ele geçirme vakası rapor edilmiştir (57). En büyük ele geçirme sayısı ve ele geçirilen metamfetamin miktarından Norveç ve İsveç sorumluydu.

Metamfetaminin (sadece birkaç ülke tarafından rapor edilen) ortalama veya tipik perakende fiyatı 2005 yılında gram başına 5 EUR ve 35 EUR arasında değişiyordu. Çoğu ülke metamfetamine ilişkin olarak % 30-65 arasında değişen ortalama veya tipik perakende saflık dereceleri rapor etmiştir (58).

Ecstasy

Küresel ecstasy üretiminin 2005 yılında 113 ton olduğu tahmin ediliyordu (UNODC, 2007). Avrupa ecstasy üretiminin ana merkezi olmayı sürdürmekle beraber, ecstasy imalatı başta Kuzey Amerika, Doğu ve Güneydoğu Asya ile Okyanusya olmak üzere, dünyanın başka bölgelerine de yayılmış olduğundan, göreceli önemi azalmakta gibi görünmektedir (CND, 2006; UNODC, 2006). Avrupa'da ecstasy imalatı esas olarak (üretimde azalma sinyalleri rapor edilmiş olmakla beraber) Hollanda'da yapılmakta olup, bunu Belçika izlemektedir. 2005 yılında Avrupa'da ele geçirilen ecstasy'nin bu iki ülkeden ve daha az bir ölçüde de Polonya ve Birleşik Krallık'tan geldiği rapor edilmiştir.

2005'te tüm dünyada ele geçirilen tahmini 5,3 ton ecstasy'nin çok büyük bir oranı batı ve orta Avrupa'da ele

(55) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo PPP-4.

(56) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo PPP-8. Rapor edilen ortalama amfetamin saflık düzeylerinin analiz edilen örneklerdeki geniş çeşitliliği örtbileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

(57) Birleşik Krallık için, 2005 verileri bulunmadığından dolayı, tahmini değerlendirme amacıyla 2004 verileri kullanılmıştır. Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar SZR-17 ve SZR-18.

(58) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar PPP-4 ve PPP-8.

geçiriliyor (% 38), bunu Okyanusya (% 27) ve daha sonra Kuzey Amerika (% 20) takip ediyordu.

2005 yılında Avrupa'da meydana gelen tahmini 26.500 ele geçirme vakası, yaklaşık 16,3 milyon ecstasy hapına el konmasıyla sonuçlanmıştır⁽⁵⁹⁾. En büyük miktarlarda ecstasy hâlâ Birleşik Krallık, Belçika, Hollanda ve Almanya'da ele geçirilmektedir. Avrupa'daki ecstasy ele geçirme vakaları 2001'de doruğa ulaştıktan sonra, 2003'ten beri yine artışa geçmiştir. El konulan toplam ecstasy miktarı 2000 ve 2004 yılları arasında yılda 20 milyon hap civarında dolaşmaktaydı. Ancak 2005'te, elde bulunan veriler çoğu ülkede ele geçirilen ecstasy miktarlarında bir düşüş olduğunu göstermektedir. Bu tablo Birleşik Krallık'ın 2005 verileri alındığında tekrar teyit edilmektedir.

2005 yılında, ecstasy haplarının ortalama veya tipik perakende fiyatı hap başına 3 EUR'dan 15 EUR'ya kadar değişmekteydi⁽⁶⁰⁾. 2000-05 döneminde, ecstasy'nin enflasyona göre düzenlenmiş ortalama perakende fiyatları, yeterli veri sağlayan 21 ülkenin çoğunda düşmüştür.

Avrupa'da, 2005'te çoğu ecstasy hapi, çoğunlukla mevcut tek psikoaktif madde olarak MDMA veya başka bir ecstasy benzeri madde (MDEA, MDA) içermeyi sürdürmüştür. On Üye Devlet'te, bu gibi haplar analiz edilen toplam hap sayısının % 80'inden fazlasına karşılık gelmekteydi. Bu bulgunun bir takım istisnaları vardır: Slovenya'da MDMA/MDEA/MDA daha çok amfetamin ve/veya metamfetaminle birarada bulunmaktadır; Polonya'da ise, amfetamin ve/veya metamfetamin daha yaygın olarak, analiz edilen haplardaki tek psikoaktif maddeler olarak bulunmaktadır. Ecstasy haplarının MDMA içeriği ecstasy gruplarında (aynı logoya sahip olanlar arasında bile), hem ülkeler arasında hem de ülkeler içinde değişiklik göstermektedir. 2005'te, ecstasy hapi başına ortalama veya tipik MDMA içeriği, rapor eden ülkelerde 2 ila 130 mg arasında değişmekle beraber, çoğu ülkede MDMA içeriği ortalama 30 ve 80 mg arasındaydı.

LSD

LSD ele geçirme vakalarının sayısı ve ele geçirilen LSD miktarları, birkaç yıl boyunca sürekli düşüktükten sonra, 2003'ten beri artmaya başlamıştır⁽⁶¹⁾. Her ne kadar LSD diğer sentetik uyuşturuculardan çok daha az bir ölçüde imal edilip yasadışı olarak satılsa da, Avrupa'da 2005 yılında tahmini 850.000 LSD birimine karşılık gelen tahmini 800 ele geçirme vakası meydana gelmiş olup, ele geçirilen toplam

miktarın yaklaşık % 75'inden Hollanda sorumluydu. Bir birim LSD'nin kullanıcılara ortalama veya tipik maliyeti 4 EUR ve 30 EUR arasında değişiyordu⁽⁶²⁾.

Halkın geneli ve gençler arasında yaygınlık ve kullanma alışkanlıkları

Yakın zamanda kullanım ölçütleri anlamında, ecstasy şu anda 17 Avrupa ülkesinde ve dokuz amfetaminler arasında en yaygın olarak kullanılan sentetik uyuşturucudur⁽⁶³⁾. Amfetaminlerin yaşam boyu en az bir kez kullanım yaygınlığı genellikle daha yüksek olup, bu durum ecstasy'nin Avrupa yasadışı uyuşturucu pazarında daha yeni olan ortaya çıkışını yansıtmaktadır. Okul anketlerinden elde edilen veriler öğrencilerin ecstasy, amfetamin ve esrar dışındaki psikoaktif uyuşturucu kullanımının birkaç bireyde yoğunlaştığını ortaya koymaktadır. Örneğin, ecstasy denemiş olan öğrenciler aynı zamanda, kokain ve halüsinojenik uyuşturucu kullanımına ilişkin olarak genel okul mevcudundan 20 kat⁽⁶⁴⁾ ve en az bir kez esrar kullanmış olanlardan da yaklaşık beş kat fazla yaygınlık oranları rapor etmektedir.

AB Üye Devletleri arasında, amfetamin veya ecstasy kullanımının sadece birkaç ülkede nispeten yüksek olduğu görülmektedir: Çek Cumhuriyeti, Estonya ve Birleşik Krallık; daha az bir ölçüde de Letonya ve Hollanda.

Amfetaminler

Yetişkin kesime ilişkin yeni anketler Avrupa'da amfetaminlerin yaşam boyu yaygınlık oranlarının tüm yetişkinlerin % 0,1'i ila % 3,6'sı arasında değiştiğini rapor etmekte olup, Danimarka (% 6,9) ile oranların % 11,5'a ulaştığı; Birleşik Krallık (İngiltere ve Galler – bu oran daha yüksek bir geçmiş kullanımı yansıtmaktadır ama mevcut kullanım diğer ülkelerle aynı seviyededir) buna istisna teşkil etmektedir. Bunu takip eden en yüksek rakamlara sahip ülkeler Norveç (% 3,6), Almanya ve İspanya'dır (% 3,4). Ortalama olarak yetişkin Avrupalıların yaklaşık % 3,5'i en az bir kez amfetamin kullanmıştır⁽⁶⁵⁾. Önceki yıl kullanım oranları çok daha düşüktür: ortalama % 0,7 (%0-1,3 aralığında). Genel nüfus anketlerinden elde edilen veriler kabaca 11 milyon kişinin amfetamin kullandığını ve yaklaşık 2 milyon Avrupalının uyuşturucuyu önceki yıl kullanmış olduğunu ortaya koymaktadır.

Genç yetişkinler arasında (15-34 yaş) yaşam boyu en az bir kez amfetamin kullanma oranları % 0,2-16,8 olup, Birleşik

⁽⁵⁹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolara SZR-13 ve SZR-14.

⁽⁶⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo PPP-4.

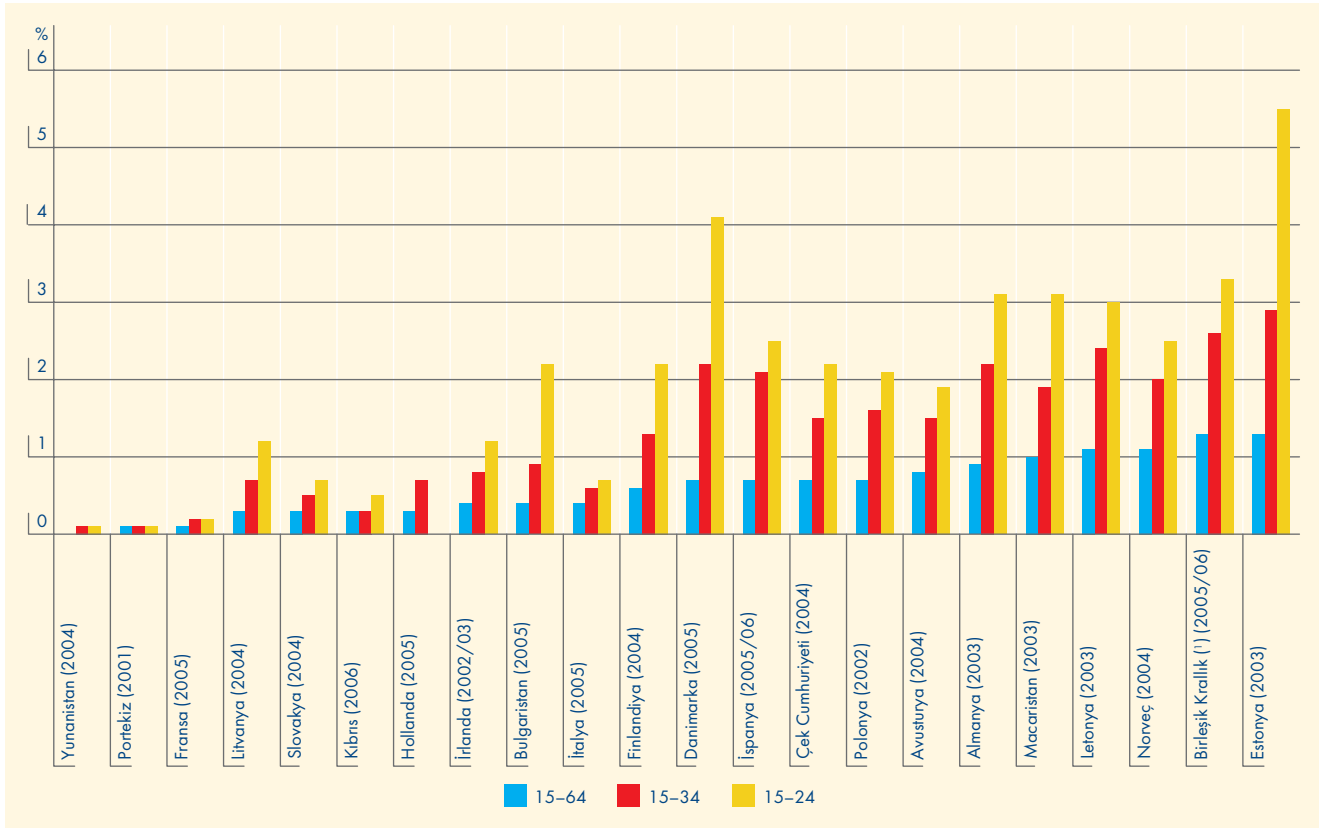
⁽⁶¹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolara PPP-15 ve SZR-16.

⁽⁶²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo PPP-4.

⁽⁶³⁾ 'Amfetamin kullanımı' hakkındaki anket verileri çoğunlukla amfetamin ve metamfetamin arasında ayırım gözetmemektedir ancak, metamfetamin kullanımı nadir olduğundan, bu veriler tipik olarak amfetamin (sülfat veya deksamfetamin) kullanımına ilişkin olacaktır.

⁽⁶⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil EYE-1 (bölüm iv).

⁽⁶⁵⁾ Hesaplama yöntemi için bkz. dipnot⁽³⁰⁾.

Şekil 5: Tüm yetişkinler (15-64 yaş) ve genç yetişkinler (15-34 ve 15-24 yaş) arasında amfetamin kullanımının önceki yıl yaygınlığı

(*) İngiltere ve Galler.

Not: Veriler raporlama zamanında her ülkede bulunan en yeni ulusal anketlerden elde edilmiştir. Ülkeler genel (tüm yetişkinler) yaygınlık oranlarına göre sıralanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolara GPS-10, GPS-11 ve GPS-18.

Kaynaklar: Reitox ulusal raporları (2006), nüfus anketleri raporları veya bilimsel makalelerden alınmıştır.

Krallık'tan (İngiltere ve Galler) (% 16,8) ve Danimarka'dan (% 12,7) elde edilen veriler ayrı tutulursa, fark % 0,2-5,9'la sınırlıdır ⁽⁶⁶⁾. Veri sağlayan ülkelerin yarısı % 4'ten düşük yaygınlık oranlarına sahip olup, Birleşik Krallık ve Danimarka'dan sonraki en yüksek oranlar Norveç (% 5,9), Almanya (% 5,4) ve Letonya (% 5,3) tarafından rapor edilmektedir. Ortalama olarak, Avrupalı genç yetişkinlerin % 5,1'i amfetamin denemiştir ⁽⁶⁷⁾. Bu yaş grubundaki önceki yıl kullanımı % 0,1 ile % 2,9 arasında değişmekte olup, Estonya (% 2,9), Birleşik Krallık (% 2,6) ve Letonya (% 2,4) en yüksek yaygınlık oranlarını rapor etmiştir (Şekil 5). Önceki yıl kullanımı göz önünde bulundurulduğunda, Birleşik Krallık ve Danimarka'dan alınan rakamların diğer ülkelere gelenlere daha çok benzediği dikkate değer bir noktadır. Ortalama olarak, Avrupalı genç yetişkinlerin % 1,5'inin önceki yıl amfetamin kullandığı tahmin edilmektedir.

Sadece Finlandiya sorunlu amfetamin kullanımına ilişkin yeni bir tahmin sunabilmektedir ve buna göre sorunlu amfetamin kullanıcılarının 2002 yılında 10.900 ila 18.500 arasında (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 3,1-5,3 vaka) olduğu tahmin edilmekteydi. Bu rakam sorunlu opioid kullanıcılarının sayısından üç kat fazladır.

Metamfetamin

Metamfetamin kullanımının son yıllarda artmış olduğu görülen uluslararası tablonun aksine, Avrupa'da metamfetamin kullanımı seviyeleri sınırlı gibi görünmektedir. Ancak Avrupa ülkeleri Üye Devletler'de bu uyuşturucunun kullanımının artma potansiyelinden endişe duyduklarından, bu durum bazı önleyici tedbirler almalarına yol açmıştır. Örneğin Birleşik Krallık'ta metamfetaminin en zararlı uyuşturucular sınıfına (A Sınıfı) sokulması için bir karar alınmıştır.

Tarihsel olarak, Avrupa'da metamfetamin kullanımı Çek Cumhuriyeti'nde ve belli bir ölçüde de Slovakya'da yoğunlaşmıştır. Sorunlu metamfetamin kullanımına ilişkin yeni tahminler rapor eden iki ülke (Çek Cumhuriyeti, Slovakya) olmuştur. 2005 yılında, Çek Cumhuriyeti'nde 18.400-24.000 metamfetamin kullanıcısı (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 2,5-3,2 vaka) olduğu tahmin edilmiş olup, bu rakam sorunlu opioid kullanıcılarının neredeyse iki katıdır. Slovakya'da ise 6.000-14.000 metamfetamin kullanıcısı (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başında 1,5-3,7 vaka) olduğu tahmin edilmiş olup, bu rakam tahmini opioid kullanıcısı sayısından biraz azdır. Metamfetamin

⁽⁶⁶⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-9.

⁽⁶⁷⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil GPS-18 (bölüm ii).

Slovakya'da ilk kez tedavi talebinde bulunanlar arasında en sık rastlanan birincil uyuşturucu haline gelmiş olup, şu anda Macaristan'daki bazı altnüfus grupları arasında da yüksek düzeylerde metamfetamin kullanımı rapor edilmiştir.

Avrupa'nın başka bölümlerinde önemli oranda metamfetamin kullanımı rapor edilmemiştir. Burada dikkat edilmesi gereken iki husus vardır: çoğu anket metamfetamin kullanımının amfetamin kullanımından ayrılmasına olanak vermemektedir ve bazen ecstasy olarak satılan haplarda metamfetamine rastlanmış olduğundan, bilmeden tüketilmiş olması mümkündür ⁽⁶⁸⁾.

Ecstasy

Ecstasy tüm yetişkin Avrupalıların % 0,3-7,2'si tarafından denemiştir. Ülkelerin yarısı % 2,5 veya daha az oranlarda yaşam boyu yaygınlık rapor etmekte olup, en yüksek yaygınlık oranları Birleşik Krallık (% 7,2), Çek Cumhuriyeti (% 7,1), İspanya (% 4,4) ve Hollanda (% 4,3) tarafından rapor edilmektedir. Ecstasy'nin önceki yıl yaygınlık oranları yetişkinlerin % 0,2 ile % 3,5'i arasında değişmekte olup, en yüksek rakamlar Çek Cumhuriyeti (% 3,5), Estonya (% 1,7) ve Birleşik Krallık (% 1,6) tarafından rapor edilmiş olmakla beraber, ülkelerin yarısı % 0,5 veya daha az yaygınlık oranları bildirmiştir. Neredeyse 9,5 milyon yetişkin Avrupalının (ortalama % 3) ecstasy denemiş olduğu ve yaklaşık 3 milyonunun bunu önceki yıl kullanmış olduğu tahmin edilmektedir.

Genç yetişkinler arasında (15-34 yaş), ecstasy'nin yaşam boyu yaygınlık oranları % 0,5 ile % 14,6 arasında değişmekte olup, en yüksek rakamları Çek Cumhuriyeti (% 14,6), Birleşik Krallık (% 13,3) ve Hollanda (% 8,1) rapor etmiştir ⁽⁶⁹⁾. Ortalama olarak, Avrupalı genç yetişkinlerin % 5'ten fazlası ecstasy denemiştir.

15 ila 24 yaşındakiler arasında, ecstasy'nin yaşam boyu yaygınlık oranları % 0,4 ile % 18,7 arasında değişmekte olup, en yüksek rakamları Çek Cumhuriyeti (% 18,7), Birleşik Krallık (% 10,4) ve Macaristan (% 7,9) rapor etmiştir ⁽⁷⁰⁾. Bu yaş grubu arasındaki önceki yıl kullanımı % 0,3 ile % 12 arasında değişmektedir ve en yüksek rakamları Çek Cumhuriyeti (% 12,0) ile Estonya (% 6,1) bildirmiştir (Şekil 6).

15-24 yaş grubunda, ecstasy için erkekler arasındaki yaşam boyu yaygınlık oranları (% 0,3-23,2) kadınlarınkinden (% 0,3-13,9) daha yüksektir. Yeni yapılan okul anketlerinde, ecstasy'nin yaşam boyu kullanım yaygınlığında meydana

gelen artışlar erkek ve kız öğrenciler arasında büyük ölçüde paralel olmakla beraber, yaşın artmasıyla beraber cinsiyetler arasındaki fark da artmaktadır. Gençler arasında, yaşın biraz artmasıyla yaygınlık seviyelerinde büyük artışlar meydana gelebilmektedir. Örneğin, 16 ülkeden elde edilen veriler, 17-18 yaşındaki öğrenciler arasında ecstasy'nin yaşam boyu kullanım yaygınlığının, çoğu durumda, daha gençlere oranla oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır ⁽⁷¹⁾.

LSD

Yetişkinler arasında yaşam boyu en az bir kez LSD kullanımı % 0,2 ile % 5,5 arasında değişmekte olup, ülkelerin üçte ikisi % 0,4 ve % 1,7 arasında değişen yaşam boyu yaygınlık oranları rapor etmiştir. Genç yetişkinler arasında (15-34 yaş), LSD kullanımının yaşam boyu yaygınlık oranları % 0,3 ile % 7,6 olup, 15-24 yaş grubunda bu oran 0 ile % 4,2 arasında değişmektedir. Bu uyuşturucunun önceki yıl kullanım oranları düşük olup, sadece yedi ülkede (Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, İtalya, Letonya, Macaristan, Polonya) 15-24 yaş grubu arasında % 1'i aşmaktadır.

Eğilimler

Avrupa genelinde, amfetamin ve ecstasy tüketim eğilimlerinin dengelenmekte ve hatta düşmekte olduğuna dair kanıtlar görülmeye devam etmektedir. Genç yetişkinler (15-34) arasındaki amfetamin kullanımı 1996'dan beri Birleşik Krallık'ta (İngiltere ve Galler) ve daha az bir ölçüde de Danimarka ve Çek Cumhuriyeti'nde düşmüş olup, diğer ülkelerde küçük artışlar rapor edilmekle beraber, yaygınlık seviyeleri büyük ölçüde kararlı görünmektedir. ⁽⁷²⁾

Genç yetişkinler (15-34) arasındaki ecstasy kullanımına ilişkin daha karmaşık bir tablo göze çarpmaktadır ⁽⁷³⁾. 1990'larda kullanımda meydana gelen genel artışlardan sonra, son yıllarda bazı ülkeler, yüksek yaygınlıklı iki ülke olan İspanya ve Birleşik Krallık da dahil olmak üzere, belirli bir dengelenme ve hatta ölçülü düşüşler rapor etmektedir. Bazı ülkelerde, 15-24 yaş grubu arasındaki yaygınlık oranlarında bir düşüş gözlemlenmektedir ama aynı 15-34 yaş grubu için geçerli olmayıp ⁽⁷⁴⁾, bu durum daha genç yaş grupları arasında uyuşturucuya olan rağbetin azaldığını düşündürmektedir. Bazı ülkelerdeki (İspanya, Danimarka, Birleşik Krallık) verilerden doğan bir soru ise, kokainin tercih edilen uyarıcı uyuşturucu olarak amfetamin ve ecstasy'nin yerini alıp almadığı yönündedir ⁽⁷⁵⁾.

⁽⁶⁸⁾ Bkz. 'Amfetamin ve metamfetamin: farkları ve benzerlikleri, p. 48.

⁽⁶⁹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-9.

⁽⁷⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-17.

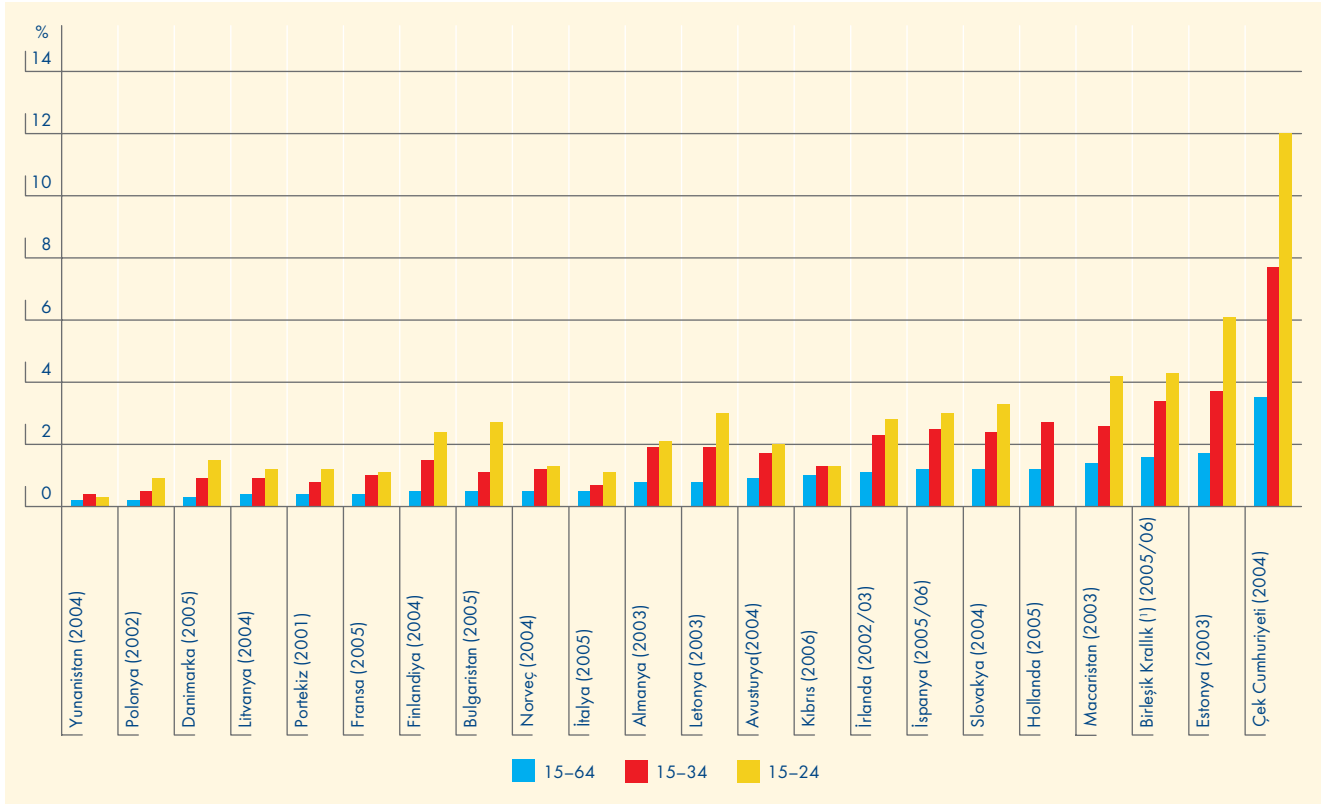
⁽⁷¹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil EYE-1 (bölüm ii).

⁽⁷²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil GPS-8.

⁽⁷³⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil GPS-21.

⁽⁷⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-4 ve GPS-15.

⁽⁷⁵⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-20.

Şekil 6: Tüm yetişkinler (15-64 yaş) ve genç yetişkinler (15-34 ve 15-24 yaş) arasında ecstasy kullanımının önceki yıl yaygınlığı

(*) İngiltere ve Galler.

Not: Veriler raporlama zamanında her ülkede bulunan en yeni ulusal anketlerden elde edilmiştir. Ülkeler genel (tüm yetişkinler) yaygınlık oranlarına göre sıralanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolara GPS-10, GPS-11 ve GPS-18.

Kaynaklar: Reitox ulusal raporları (2006), nüfus anketleri raporları veya bilimsel makalelerden alınmıştır.

2006'da rapor edilen, yeni ulusal veya bölgesel okul anketlerinde (İtalya, Polonya, İsveç; Belçika'da Flanders), amfetamin ve ecstasy'nin yaşam boyu en az bir kez kullanım oranlarında hiçbir değişiklik görülmemiş, hatta belli bir düşüş kaydedilmiştir⁽⁷⁶⁾.

Eğlence ortamları

Dans etkinlikleri gibi eğlence ortamlarındaki uyuşturucu kullanımına ilişkin çalışmalar, düzenli veya yoğun bir şekilde uyarıcı uyuşturucu kullananların davranış hakkında aydınlatıcı bilgiler sağlayabilir. Bu ortamlardaki uyuşturucu kullanma oranları tipik olarak yüksek olmakla beraber, nüfusun daha geniş kesimine genelleştirilemez niteliktedir. Örneğin, seçilmiş danslı müzik ortamlarında araştırılan kişilere ilişkin çalışmalar yüksek düzeylerde ecstasy kullanımı ve daha düşük olmakla beraber gene de yüksek düzeylerde amfetamin kullanımı rapor etmektedir⁽⁷⁷⁾.

Okuyucuları düzenli olarak kulüplere gidenlerden oluşan, Birleşik Krallık'taki Mixmag müzik dergisinin gerçekleştirdiği yıllık bir okuyucu anketi, ağır ecstasy kullanıcıları (genellikle bir kerede dörtten fazla hap alanlar) olarak tanımlananların 1999 ve 2003 arasında iki kattan fazla artarak % 16'dan

% 36'ya çıktığını rapor etmektedir (McCambrige vd., 2005). Bu örneğin temsili niteliği şüpheli olmakla beraber, bazı kullanıcı grupları tarafından tüketilen ecstasy haplarının miktarında bir artış olduğuna ilişkin genel kanıyı desteklemektedir (Scholey vd., 2004). Bununla beraber, Amsterdam'dan gelen raporların ecstasy'nin önceki yıl ve geçmiş ayda kullanım oranlarının 1998 ve 2003 arasında % 20 oranında düştüğünü ve her defada kullanılan ortalama ecstasy miktarının da bu dönemde düştüğünü ortaya koyması dikkate değerdir (2005 Reitox ulusal raporları). Amsterdam'da pub'a giden kişiler arasında yapılan bir 2005 anketine göre, gece dışarı çıktığında ecstasy kullananların oranı sadece % 3'tü.

Uyuşturucu ve alkolün birlikte kullanımına ilişkin eldeki veriler sınırlı olmakla beraber, dans müzikli eğlence ortamlarında, çoğunlukla sağlık için tehlikeli miktarlarda ve uyarıcı uyuşturucularla bir arada yapılan alkol tüketimi giderek daha çok kaygı uyandırmaktadır.

Tedavi talep verileri

Amfetamin ve ecstasy kullanımına bağlı tedavi taleplerinin sayısı nispeten azdır. Genel olarak, veri bulunan

(76) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil EYE-4.

(77) Bkz. 2006 eğlence ortamlarında uyuşturucu kullanımı hakkında seçili konu.

21 ülkenin çoğunda bu tipteki uyuşturucu kullanımı nadiren uyuşturucu tedavisi görmek istemenin birincil sebebinin teşkil etmektedir⁽⁷⁸⁾. Bu gibi tedavi talepleri çoğunlukla birincil amfetamin kullanımına ve çok düşük bir oranı da ecstasy'e yöneliktir⁽⁷⁹⁾.

Uyuşturucu hastaları arasındaki amfetamin ve ecstasy kullanıcıları oranının önemsiz sayılamayacağı sınırlı sayıda ülke vardır ve bunlar üç gruba ayrılabilir. Çek Cumhuriyeti ve Slovakya önemli oranlarda birincil amfetamin kullanımına bağlı tedavi talebi rapor etmektedir (sırasıyla tüm hastaların % 58 ve % 24'ü) ve bunların çoğu birincil metamfetamin sorununa ilişkindir; İsveç, Finlandiya ve Letonya tüm hastaların yaklaşık üçte birinin birincil amfetamin kullanımı için tedaviye başladığını bildirmektedir; İrlanda, Hollanda, Birleşik Krallık ve Fransa ise hastaların % 1 ila % 5'inin birincil ecstasy kullanımı için tedaviye başladığını rapor etmektedir⁽⁸⁰⁾.

Yunanistan ve İsveç dışındaki tüm ülkelerde, birincil amfetamin ve ecstasy kullanımından tedaviye başlayanların oranı bu uyuşturucular için tedavi gören tüm hastaların oranından fazladır⁽⁸¹⁾. Bunun birden fazla açıklaması olabileceği gibi, eğilimlere ilişkin verilerle uyum içindedir: 1999'dan 2005'e kadar birincil amfetamin ve ecstasy kullanımına ilişkin ilk tedavi taleplerinin sayısı 3.000'den fazla artarak, 6.500'den 10.000'e çıkmıştır⁽⁸²⁾.

Kokain dışında uyarıcı kullanımı için tedaviye başlayan hastalar ortalama 27 yaşında (tedaviye ilk kez başlayanlar 26) olup, uyuşturucuyu ilk kez olarak ortalama 19 yaşında kullanmaya başlamışlardır⁽⁸³⁾. Ecstasy hastaları, esrar kullanıcılarıyla beraber, uyuşturucu tedavisine başlayan en genç gruptur. Hollanda'da uyuşturucu tedavisi gören en yüksek kadın oranı ecstasy hastaları arasındadır. Amfetamin hastaları arasındaki kadınların oranı diğer uyuşturucular için tedavi görenlerden fazla olup, ayakta tedavi gören kadınların en yüksek oranının en genç yaş grubunda bulunduğu rapor edilmektedir⁽⁸⁴⁾.

Amfetamin hastaları uyuşturucuyu genellikle, başta esrar ve alkol olmak üzere, başka maddelerle birarada kullanmakta, bazı ülkelerde ise enjekte edildiği yaygın olarak rapor edilmektedir⁽⁸⁵⁾. Çek Cumhuriyeti'nde ilginç bir coğrafi sapma bildirilmiş, buna göre başkent dışından daha fazla kullanıcı rapor edilmiştir; bu durum, metropol dışı alanlardaki metamfetamin ve amfetamin kullanım oranlarının daha yüksek olduğu Amerika Birleşik Devletleri'nden gelen raporlara benzer özelliktedir. (Dasis, 2006).

Eğlence ortamlarındaki uyuşturucu kullanımına tepki verme

Uyuşturucu önleme faaliyetleri

Genel olarak, önlemeye ilişkin yaklaşımlarda bir değişiklik meydana gelmiş, yaşam tarzı faktörlerinin uyuşturucu kullanımına yönelik tutumlarının şekillenmesinde oynadığı kilit rol ve uyuşturucu kullanmanın normal veya kabul edilebilir bir davranış olduğu yönündeki inancın kırılmasının önemi daha öncelikli hale gelmiştir. Bu türden bir yaklaşım, kültürel olarak uyuşturucu kullanmakla ilişkilendirilen ortamlardaki önleme çalışmaları için bilhassa önemlidir. Kulüpler, barlar ve dans etkinlikleri gibi bazı eğlence ortamlarında uyuşturucu kullanımının yüksek yaygınlığı, bu yerlerin uyuşturucu talebini azaltma girişimleri için uygun hedefler olarak saptandıkları anlamına gelmektedir. Eğlence ortamlarındaki önleme faaliyetlerinin daha ileri seviyede geliştirilmesine yönelik ihtiyaç (2005-08) AB eylem planında da belirtilmiştir.

Yaklaşımlardan biri, eğlence ortamlarında önlemeye ve bazen hasar azaltmaya ilişkin mesajlar içerebilen bilgilendirici materyal bulundurulmasını sağlamak olmuştur. Bu gibi materyal, genellikle hedef grubun gençlik kültürünü yansıtan kullanıcı dostu bir tarzda geliştirilmekte ve bazen gezici sosyal yardım ekipleri yoluyla dağıtılmaktadır. Sosyal yardım ekipleri gençlerle ilişki kurmak için çoğunlukla yargılayıcı olmayan bir yaklaşımı benimsemekte ve en güvenilir seçeneğin uyuşturucuyu hiç kullanmamak olduğunu belirtirken, hasar azaltma tavsiyeleri de verebilmektedir (Belçika, Çek Cumhuriyeti, Portekiz, Avusturya).

Kişileri bilgilendirmeyi ve uyuşturucu kullanmamaya ikna etmeyi hedefleyen tepkilerin yanında, giderek daha çok Üye Devlet eğlence ortamlarının daha iyi düzenlenmesine yönelik yaklaşımlar geliştirmektedir. Bu tarzda, açıkça uyuşturucu kullanılmayan etkinlikler gerçekleştirmek gibi yaklaşımların bazıları, bazı kişilerin uyuşturucu kullanmanın eğlenmelerini kolaylaştırdığı şeklindeki inançlarını değiştirmeye teşebbüs etmiştir. Artan sayıda ülkede (Belçika, Danimarka, İrlanda, İtalya, Litvanya, Hollanda, İsveç, Birleşik Krallık, Norveç), belediyelerin eğlence endüstrisiyle daha yakın iletişim kurmaya ve dans müziği ortamları ile başka ortamlarda uyuşturucuya erişimi sınırlandıracak ve sağlık risklerini azaltacak yaklaşımlar geliştirmeye daha çok rağbet ettiği görülmektedir. Örneğin, Birleşik Krallık'ta yapılanlar gibi⁽⁸⁶⁾ güvenli clubbing kılavuzları artık bir dizi ülkede üretilmektedir.

⁽⁷⁸⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil TDI-2 (bölüm ii) ve Tablo TDI-5.

⁽⁷⁹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-113.

⁽⁸⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-5 (bölüm ii).

⁽⁸¹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-4 (bölüm ii) ve TDI-5 (bölüm ii).

⁽⁸²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil TDI-1 (bölüm ii).

⁽⁸³⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-10, TDI-11 ve TDI-102'den TDI-109'a kadar.

⁽⁸⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-21 ve TDI-25.

⁽⁸⁵⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-4, TDI-5 (bölüm ii), TDI-24, TDI-116 ve TDI-117.

⁽⁸⁶⁾ Bkz. 2006 eğlence ortamları hakkında seçili konu.

Ecstasy, amfetamin ve psikotropik uyuşturucu kullanımına yönelik en sık kullanılan tepkiler arasında, hedeflendirilmiş halkı bilgilendirme kampanyaları ile artan bir oranda da İnternet siteleri bulunmaktadır. Önleme stratejileri ecstasy, amfetamin veya başka psikotropik uyuşturucu kullanan veya kullanmayı düşünebilecek gençlerle kolay iletişim kurmak için İnternet'ten faydalanmışlardır. Pek çok Üye Devlet'te, İnternet siteleri yoluyla gençlerin kendi tüketim davranışları hakkında eleştirel düşüncelerini teşvik etmek için bilgilendirme ve önleme çalışmaları sağlanmaktadır. Bu siteler, örneğin 'akıllı' bir şekilde dışarı çıkma, güvenli cinsellik, karayolu trafiği

riskleri, sağlıklı beslenme, parti turizmi ve hukuki konularda tavsiyelerde bulunmaktadır (Belçika) ⁽⁸⁷⁾.

Uyuşturucu tedavisi

Ecstasy, amfetaminler ve diğer psikotropik madde kullanıcılarına yönelik tedavi hizmetleri genellikle sorunlu uyuşturucu kullanıcılarıyla ilgilenen uyuşturucu tedavi hizmetleri veya kokain ve diğer uyarıcı uyuşturucu kullanıcıları için, uzman hizmetler yoluyla sunulmaktadır. AB'deki uyuşturucu tedavi hizmetleri hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. 2. Bölüm ve 5. Bölüm.

⁽⁸⁷⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575> adresinde bunlardan bazılarına bağlantılar bulunmaktadır



5. Bölüm

Kokain ve crack kokain

Kokain tüketimi arttıkça, bu uyuşturucunun kullanımı Avrupa uyuşturucu politikası için son derece önemli bir husus haline gelmiştir. Bu konunun artan önemi doğrultusunda, kokain kullanma alışkanlıkları 2007 kokain hakkındaki seçili konu'da ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Arz ve bulunabilirlik ⁽⁸⁸⁾

Üretim ve ticaret

Kokain dünyada esrardan sonra en çok kaçakçılığı yapılan ikinci yasadışı maddedir. Tüm dünyadaki kokain ele geçirme vakaları 2005 yılında artmaya devam ederek şimdiki toplam 756 tona ulaşmış, en büyük miktarlardaki uyuşturucuya Güney Amerika'da el konmuş, bunu Kuzey Amerika izlemiştir.

Kolombiya açık farkla dünyadaki en büyük yasadışı koka kaynağı olup, bunu Peru ve Bolivya izlemektedir (UNODC, 2007). Avrupa'da ele geçirilen kokainin çoğu Güney Amerika'dan, ya doğrudan ya da Orta Amerika, Karayipler ve Batı Afrika üzerinden gelmektedir.

Kokainin Avrupa'ya ana giriş noktası İber yarımadası olup, Portekiz'in önemi de giderek artmakta gibi görünmektedir. Kokain ayrıca başka ülkelere de doğrudan ithal edilmekte, Hollanda burada anahtar bir giriş noktası teşkil etmektedir. İspanya ve Hollanda bu uyuşturucunun ana dağıtım merkezleri olarak kabul edilmektedir. Ayrıca Belçika, Almanya, Fransa ve Birleşik Krallık'ın da dahil olduğu bir dizi başka ülke tarafından Avrupa dışından yapılan ithalatlara rapor edilmiştir. Dağıtım da farklılaşmakta olabileceği gibi, doğu ve orta Avrupa'daki faaliyetin arttığı bildirilmekte ve AB ile komşu ülkeler de artık bazen ikincil transit bölgeler olarak rapor edilmektedir.

Ele geçirme vakaları

Avrupa'da 2005 yılında, 107 tonu bulan tahmini 70.000 kokain ele geçirme vakası gerçekleşmiştir. Kokain ele geçirme vakalarının çoğu orta Avrupa ülkelerinde ve

özellikle de İspanya'da rapor edilmeye devam etmiş, İspanya Avrupa'daki ele geçirme vakalarının ve miktarlarının yaklaşık yarısından sorumlu olmuştur ⁽⁸⁹⁾. 2000-05 döneminde, hem ele geçirme vakalarının sayısı hem de ele geçirilen kokain miktarları Avrupa düzeyinde genel olarak artmıştır ⁽⁹⁰⁾. Bu esas olarak İspanya ve Portekiz'deki belirgin artışlardan kaynaklanmış olup, Portekiz 2005 yılında Hollanda'nın yerini alarak, İspanya'dan sonra en fazla kokain ele geçirilen ikinci ülke olmuştur.

Fiyat ve saflık

2005 yılında, kokainin ortalama veya tipik perakende fiyatı tüm Avrupa'da büyük farklılıklar göstermekte olup, gram başına 45 EUR ile 120 EUR arasında değişiyordu ve çoğu ülke gram başına 50-80 EUR arasında fiyatlar rapor ediyordu ⁽⁹¹⁾. Enflasyona göre düzenlenmiş ortalama veya tipik kokain fiyatları 2000-05 döneminde yeterli veri sağlayan 19 ülkenin çoğunda genel bir düşme eğilimi göstermiştir.

Kullanıcı düzeyindeki kokainin ortalama veya tipik saflığı 2005 yılında % 20 ile % 78 arasında değişmekte olup, çoğu ülke % 30-60 arasında saflık dereceleri rapor etmiştir ⁽⁹²⁾. 2000-05 dönemindeki mevcut veriler, rapor eden 21 ülkenin çoğunda kokainin ortalama saflığında meydana gelen genel bir düşüşe işaret etmektedir.

Kokain kullanımının yaygınlığı ve kullanma alışkanlıkları

Kokain şu anda, pek çok AB Üye Devleti'nde ve bir bütün olarak AB'de, esrardan sonra en yaygın olarak kullanılan ikinci yasadışı uyuşturucudur. AB ve Norveç'teki yeni ulusal nüfus anketlerine dayanarak, kokainin 12 milyondan fazla Avrupalı tarafından en az bir kez (yaşam boyu yaygınlık) kullanılmış olduğu tahmin edilmekte olup, bu oran tüm yetişkinlerin % 4'ü anlamına gelmektedir ⁽⁹³⁾. Yaşam boyu en az bir kez kullanıma ilişkin rapor edilen ulusal rakamlar

⁽⁸⁸⁾ Bkz. 'Ele geçirme vakaları ile diğer pazar verilerinin yorumlanması', s. 37.

⁽⁸⁹⁾ Bu bilgi eksik 2005 verileri tamamlandığında kontrol edilmelidir. Tahmini değerlendirme amacıyla eksik 2005 verileri yerine 2004 verileri kullanılmıştır.

⁽⁹⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar SZR-9 ve SZR-10.

⁽⁹¹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo PPP-3.

⁽⁹²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo PPP-7.

⁽⁹³⁾ Hesaplama yöntemi için bkz. dipnot ⁽³⁰⁾.

% 0,2'den % 7,3'e kadar değişmekte olup, üç ülke (İspanya, İtalya, Birleşik Krallık) % 5'in üzerinde değerler bildirmiştir ⁽⁹⁴⁾.

En az 4,5 milyon Avrupalı önceki yıl kokain kullandığını rapor etmiştir (ortalama % 1,3). Kokaine ilişkin önceki yıl kullanımı Yunanistan'da % 0,1'den İspanya'da % 3,0'a kadar değişmekte olup, İtalya ve Birleşik Krallık da % 2'nin üzerinde yaygınlık düzeyleri rapor etmiştir ⁽⁹⁵⁾. Anket tahminleri 2 milyon Avrupalının (ortalama % 0,6) bir önceki ayda kokain kullandığını ortaya koymaktadır ⁽⁹⁶⁾.

Kokain kullanımının yaygınlığı, diğer uyuşturucularda olduğu gibi, genç yetişkinler (15-34 yaş) arasında yoğunluktadır. Genç yetişkin Avrupalıların yaklaşık 7,5 milyonu (ortalama % 5,3) kokaini hayatlarında en az bir kez kullanmış olup, beş ülke (Almanya, İtalya, Danimarka, İspanya, Birleşik Krallık) % 5 veya üzerinde yaygınlık düzeyleri rapor etmiştir ⁽⁹⁷⁾. Kokain kullanımıyla ilgili daha kısa referans dönemlerine yönelik tahminler ⁽⁹⁸⁾, uyuşturucuyu önceki yıl kullanan 3,5 milyon (% 2,4) genç yetişkinden 1,5 milyonunun (% 1) uyuşturucuyu bir önceki ayda kullandığını da ortaya koymaktadır.

Öğrenciler arasında, kokain kullanımına ilişkin genel yaygınlık oranları esrar kullanımına ilişkin olanlardan çok daha düşüktür. Çoğu ülkede, 15-16 yaşındaki öğrenciler arasında kokain kullanımının yaşamboyu en az bir kez yaygınlık oranları % 2 veya daha az olup, sadece İspanya ve Birleşik Krallık'ta bu oran % 6'ya çıkmaktadır ⁽⁹⁹⁾. 16 ülkeden elde edilen 17-18 yaşındaki öğrencilere ilişkin veriler, bu ülke için ön veriler bir düşüş olduğunu gösterse de İspanya'daki daha büyük yaş grubu arasında önemli oranda daha yüksek olan yaşam boyu yaygınlık tahminleri göstermektedir ⁽¹⁰⁰⁾. Diğer 15 ülkenin çoğunda, yaygınlık daha büyük öğrenciler arasında daha yüksektir, ancak farklar o kadar dikkate değer değildir. Bununla beraber, kokain kullanımına ilişkin önceki yıl ve bir önceki ay yaygınlık düzeylerinin çok daha düşük olduğunu da belirtmek gerekir.

Kokain kullanımı belirli sosyal gruplarla sınırlı olmamakla beraber, uyuşturucunun eğlence ortamlarında sosyal olarak bütünleşmiş genç yetişkinler tarafından kullanımı, genel nüfus anketlerinde rapor edilenlerden daha yüksek seviyelere ulaşabilir. Bazı Avrupa ülkelerinde dans müziği ortamlarını hedefleyen çalışmalar, kokain kullanımına ilişkin yaşam

boyu yaygınlığının % 10 ve % 75 arasında değiştiğini ortaya çıkarmıştır ⁽¹⁰¹⁾.

Kokain kullanma alışkanlıkları farklı kullanıcı grupları arasında önemli farklılıklar sergilemektedir. Sosyal olarak bütünleşmiş kullanıcılar arasında, uyuşturucu genellikle burundan çekilmektedir; pek çoğu ayrıca alkol, tütün, esrar ve kokain dışındaki uyarıcılar dahil olmak üzere, başka maddeler de kullanmaktadır ⁽¹⁰²⁾ ve bunun gibi birden çok uyuşturucu kullanımı sağlık risklerinin artmasına yol açabilmektedir.

Genel olarak, Avrupa'da crack kullanımı nispeten nadir olup, bazı kentlerdeki marjinalleşmiş ve dışlanmış alt nüfuslarda yoğunlaşmıştır. Ancak kokain içenler azınlıkta olmakla beraber, tedavi taleplerinin önemli bir oranını temsil etmektedir. Kokain enjekte etme, başka uyuşturucular enjekte etmeyenler, hatta tedavi gören hastalar arasında bile yaygın gibi görünmemektedir (aşağı bakın). Bununla beraber, aynı zamanda kokain veya kokain ve eroin karışımları da enjekte eden eroin kullanıcılarına ilişkin raporlar artmıştır.

Sorunlu kokain kullanımı yaygınlık tahminleri ⁽¹⁰³⁾ sadece üç ülke için mevcuttur (İspanya, İtalya, Birleşik Krallık). Bu ülkelerden elde edilen tahminlere göre (15-64 yaşındaki) 1.000 yetişkin başına 3 ila 6 sorunlu kokain kullanıcısı bulunmaktadır ⁽¹⁰⁴⁾.

Kokain kullanımındaki eğilimler

2006 yıllık raporunda belirtilen, genç yetişkinler arasındaki kokain kullanımının dengelendiğine ilişkin işaretler yeni veriler tarafından desteklenmemektedir. 15-34 yaş grubundaki kokain kullanımının önceki yıl yaygınlık oranlarında artışlar meydana geldiği yeni anket verileri bildiren tüm ülkeler tarafından kaydedilmiş olmakla beraber, en yüksek yaygınlık seviyelerine sahip İspanya ve Birleşik Krallık'ta (İngiltere ve Galler) belli bir düzelme olabilir. İtalya ve Danimarka tarafından da dikkate değer artışlar bildirilmiştir (Şekil 7).

Daha uzun zaman serileri ve önemli yaygınlık oranlarına sahip ülkelere ilişkin verilerin analizi, nüfusun alt grupları arasındaki eğilimlerin saptanmasına olanak verebilir. İspanya ve Birleşik Krallık'ta, yaygınlık oranlarında meydana gelen artış genellikle erkekler arasında kadınlardan daha fazlaydı. İspanya'da önceki yıl kokain yaygınlığında 2001'den beri rapor edilen artış, bütün olarak 15-34 yaşındakilerden

⁽⁹⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-8.

⁽⁹⁵⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-10.

⁽⁹⁶⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-12.

⁽⁹⁷⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-9.

⁽⁹⁸⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar GPS-11 ve GPS-13.

⁽⁹⁹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo EYE-3.

⁽¹⁰⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo EYE-2.

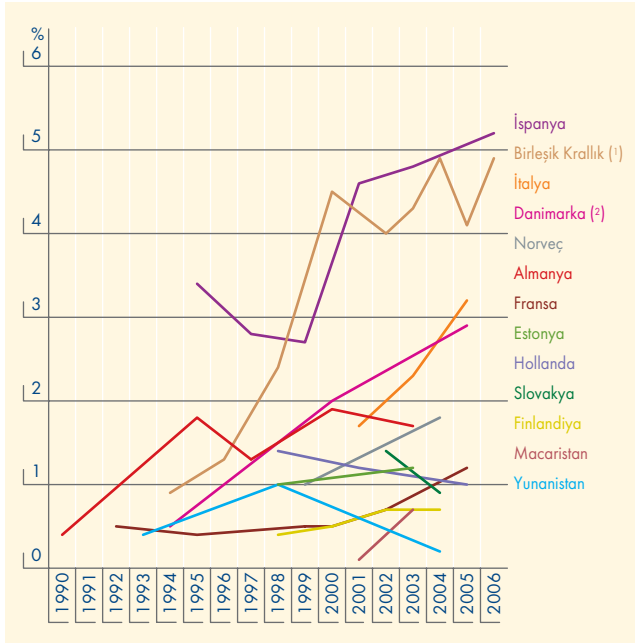
⁽¹⁰¹⁾ Bkz. 2006 eğlence ortamlarında uyuşturucu kullanımı hakkında seçili konu.

⁽¹⁰²⁾ Bkz. 2006 yıllık raporunda Şekil 15.

⁽¹⁰³⁾ Uzun süreli ve/veya düzenli ve/veya enjekte edilen kokain kullanımı olarak tanımlanmaktadır.

⁽¹⁰⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo PDU-2 ve 2007 kokain hakkında seçili konu.

Şekil 7: Genç yetişkinler (15-34 yaş) arasında kokain kullanımına ilişkin önceki yıl yaygınlığındaki eğilimler



(¹) İngiltere ve Galler.

Danimarka'da, 1994 değeri 'ağır uyuşturucular'ı ifade etmektedir.

Not: Veriler raporlama zamanında her ülkede bulunan en yeni ulusal anketlerden elde edilmiştir. Ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo GPS-4.

Kaynaklar: Reitox ulusal raporları (2006), nüfus anketleri raporları veya bilimsel makalelerden alınmıştır.

ziyade 15-24 yaş grubundaki kullanım seviyelerinin artmasına bağlanabilir.

Bazı Avrupa ülkelerinde, kokainin başka uyarıcılarla 'ikame' edilmiş olmasının mümkün olabileceği ileri sürülmüştür (¹⁰⁵). Dans müziği ortamlarındaki gençlerle gerçekleştirilen anketlerden elde edilen veriler, örneğin yüksek oranda seçime tabi tutulmuş olmasından dolayı, ihtiyatlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Yine de bu veriler düzenli uyuşturucu kullanıcılarının davranışı hakkında aydınlatıcı olabilir ve Hollanda'da yürütülen çalışmalar, bazı kentlerde, kulübe gidenler arasında en yaygın kullanılan uyarıcı olarak kokainin ecstasye'yi geçtiğine işaret etmekte olup, bu uyuşturucu bazı gruplar arasında giderek daha çok kabul görmektedir.

Kokain: tedavi talep verileri

Avrupa'da opioidler ve esrardan sonra en yaygın olarak tedaviye başlama sebebi olarak rapor edilen uyuşturucu

kokaindir. 2005 yılında, birincil uyuşturucunun kokain olduğu yaklaşık 48.000 tedavi talebi rapor edilmiş olup, bu rakam AB'de rapor edilen tüm tedavi taleplerinin % 13 kadarına karşılık gelmektedir (¹⁰⁶); kokain ayrıca tüm ayakta tedavi hastalarının yaklaşık % 15'i tarafından ikincil uyuşturucu olarak rapor edilmiştir (¹⁰⁷). Genel rakam ülkeler arasındaki büyük farklılıkları örtmekte olup, çoğu ülke uyuşturucu tedavisi gören hastalar arasındaki kokain kullanıcılarının düşük yüzdelerde olduğunu bildirmekte, uyuşturucu hastaları arasındaki kokain kullanıcısı oranlarının yüksek olduğunu bildiren ülkeler ise Hollanda (% 35) ve İspanya'dır (2004 yılında % 42). Tedaviye yeni başlayanlar arasında kokain hastalarının oranı daha yüksek olup, genel olarak tüm yeni tedavi taleplerinin yaklaşık % 22'sinin (22 ülkeye dayanarak, 33.000 kişi) kokaine bağlı olduğu rapor edilmiştir.

Önceki yıllarda rapor edilmiş olan, kokain kullanımı için tedavi görmek isteyen hastaların arttığına ilişkin eğilim şu anda da sürmektedir. 1999'dan 2005'e kadar, kokain kullanımı için tedavi talep eden yeni hastaların tüm yeni uyuşturucu hastaları içindeki oranı % 11'den % 24'e ve rapor edilen vakaların sayısı da 13.000'den 33.000'e çıkmıştır (¹⁰⁸). Bu uyuşturucuya yönelik tedavi talebindeki eğilimlerin daha ayrıntılı bir analizi 2007 kokain hakkındaki seçili konu'da sunulmuştur.

Birincil kokain kullanımı için tedaviye başlayan uyuşturucu kullanıcılarına ilişkin Avrupa verileri esas olarak toz kokaine (% 85) ilişkin olup, sadece % 15'i crack kokain içindir; ayrıca kokain bağımlılığına yönelik rapor edilen tedavilerin neredeyse tümü (% 94) ayakta tedavi merkezlerinde gerçekleştirilmektedir (¹⁰⁹). Ancak yataklı tedavi merkezlerinde ve genel hekimliklerde verilen kokain tedavisine ilişkin verilerin eksik olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Ayakta tedavi merkezlerinde tedaviye başlayan kokain hastalarının, opioid kullanıcılarından sonra en yaşlı uyuşturucu hastaları olduğu ve yaş ortalamalarının 31 olduğu rapor edilmektedir (¹¹⁰). Bunlar ağırlıklı olarak erkek olup, tüm uyuşturucu hastaları arasında kadınlara göre erkek oranlarının en yüksek olduğu gruplardan birini teşkil etmektedir (tüm hastalar arasında bir kadına karşılık neredeyse beş erkek ve yeni hastalarda da bir kadına karşılık altı erkek) (¹¹¹). Ayakta tedavi gören çoğu kokain kullanıcısı uyuşturucuyu 15 ve 24 yaşları arasında kullanmaya başlamıştır (¹¹²).

(¹⁰⁵) Bkz. Bu raporda 4. Bölüm.

(¹⁰⁶) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil TDI-2.

(¹⁰⁷) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-22 (bölüm i).

(¹⁰⁸) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil TDI-1.

(¹⁰⁹) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-24 ve TDI-115.

(¹¹⁰) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-10.

(¹¹¹) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-21.

(¹¹²) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-11 (bölüm i) ila (bölüm iv).

Kokain tedavisi

Avrupa'daki sorunlu kokain ve crack kullanıcılarına yönelik uzmanlaşmış tepkilerin sağlanması hala sınırlı olup, yukarıda da belirtildiği gibi, şu anda kokain tedavisi raporlarının çoğundan İspanya ve Hollanda sorumludur. Bununla beraber, önemli oranda kokain kullanan kesimlere sahip ülkelerde, uzman hizmetler sağlamaya yönelik eğilim artmakta gibi görünmektedir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, düşük yaygınlıklı ülkelerde, spesifik kokain tedavisi hizmetleri bir politika önceliği olarak rapor edilmemektedir. Avrupa'da kokain tedavisi, hedef kitlenin nispeten homojen olduğu opioid tedavisinden farklı olarak, daha geniş bir kullanıcı yelpazesine yönelik müdahalelerde bulunma sorunuyla karşı karşıyadır. Birincil kokain kullanıcıları arasında, ayakta tedavi gören hastalar tarafından rapor edilen başlıca uyuşturucu alma yolu burundan çekme olup, bunu sigara olarak içme veya solunum yoluyla içme çekme takip etmekte, nispeten az sayıda hasta da (% 10'dan az) uyuşturucuyu enjekte ettiğini rapor etmektedir. Tedaviye yeni başlayanlar arasında enjekte etme seviyeleri daha da düşüktür (% 5) ⁽¹¹³⁾. Kokain hastalarının yaklaşık % 16'sı kokaini opioidlerle bir arada kullandığını rapor etmektedir ve bazı ülkelerde, opioid sorunları için tedavi gören pek çok hasta aynı zamanda, en azından ara sıra, kokain de kullanmaktadır.

Bundan dolayı tedavi hizmetlerinin üç farklı kesime yönelik bakım hizmeti sunma sorunuyla karşı karşıya kalması mümkün olduğundan, bu kesimler basitçe şu şekilde nitelendirilebilir: birincisi, düzenli 'eğlence amaçlı' birden çok uyuşturucu (alkol de dahil) kullanımı geçmiş de olabilen, sosyal açıdan entegre olmuş kokain kullanıcıları; ikincisi, aynı zamanda opioid sorunları da olabilen kokain kullanıcıları ve üçüncü olarak da, son derece marjinalleşmiş ve sorunlu crack kokain kullanıcıları.

Bu üç grubun ihtiyaçları olasılıkla birbirinden farklı olacak ve hizmet sağlayıcıların farklı yaklaşımlar sergilemesini gerektirecektir. Avrupa'da rapor edilen kokain tedavisinin çoğu ayakta tedavi merkezlerinde gerçekleştirilmekte, bunlar pek çok durumda opioid kullanıcılarının ihtiyaçlarına yönelmektedir. Bu gibi hizmetlerin, uyuşturucuyu eğlence amaçlı kullanmaları sonucunda sorun geliştirmiş olan, nispeten iyi entegre olmuş kokain kullanıcıları için ne derece çekici olduğu şüphelidir. Bu grubun bir kısmı, büyük bir olasılıkla ya pratisyen hekimler ya da danışmanlar gibi genel sağlık ve bakım hizmeti sağlayıcılarından ya da imkanları varsa, özel uzman kliniklerden yardım isteyeceklerdir.

Opioid tedavisinden farklı olarak, kokain tedavisine yönelik farmakolojik seçenekler sınırlı olmakla beraber, önerilecek tedavi yöntemleri kokaine bağlı semptomların

hafifletilmesine yardımcı olabilir. Hali hazırda kullanıcıların kokain yoksunluğunu yönetmelerine ya da yoksun olmayı başarmalarına yardımcı olacak hiçbir farmakolojik madde bulunmamaktadır, ancak belki gelecekte bu yönde bazı seçenekler oluşabilir. Avrupa'da ağırlık, çoğunlukla bilinçli davranış yaklaşımlarına dayanan psikososyal müdahalelere verilmektedir. Kokain tedavisine yönelik seçeneklerin derinlemesine bir incelemesi 2007 kokain hakkındaki seçili konu'da ve EMCDDA'nın teknik bir değerlendirmesinde (EMCDDA, 2007b) bulunmaktadır.

Avrupa'da crack kokain sorunlarının düşük yaygınlığı ile coğrafi anlamda son derece sınırlı olması, bu gruptaki uyuşturucu kullanıcılarının ihtiyaçlarına cevap verme deneyiminin de çok daha sınırlı olduğu anlamına gelmektedir. ABD'deki crack kokain sorunlarına dayanan oldukça geniş bir literatür bulunmakla beraber, bunun Avrupa bağlamına doğrudan ne derece uygulanabileceği bilinmemektedir. Diğer Avrupa ülkelerine oranla nispeten yüksek seviyede sorunlu crack kullanımı rapor eden Birleşik Krallık, meslek uzmanları için crack tedavisinin yapılandırılmış bir uyuşturucu tedavi programı bağlamında verilmesi gerektiğini ileri süren öneriler getirmiş olup, bunlar arasında uyuşturucudan mahrum etme ve hasarı minimize etmeye yönelik tedbirler bulunmaktadır (NTA, 2002). Birleşik Krallık'ta verilen hizmetlere ilişkin yeni bir değerlendirmede de, hastane dışında bakılan crack kokain hastaları için bazı olumlu sonuçlar alındığı rapor edilmiştir (Weaver, 2007).

Risk ve hasar azaltma

Eğlence amacıyla kokain kullananlar sadece bağımlılık yaratan bir uyuşturucu alışkanlığı edinme riskiyle karşı karşıya olmayıp, kokain kullanımının başka uyuşturucularla etkileşimi yüzünden veya eşlik eden kalp damar hastalıkları yüzünden de risk altında bulunmaktadır. Çoğu Avrupa ülkesi kokain kullanıcılarının web siteleri, yardım hatları gibi çeşitli bilgi kaynakları veya başka iletişim araçları yoluyla kokain ve kokain kullanımının risklerine ilişkin bilgilere erişebileceğini rapor etmektedir. Avrupa Uyuşturucu Yardım Hatları Vakfı'nın 2005 ve 2006 boyunca kokainle ilgili aramaların sayısında bir artış olduğunu bildirmesi ilgi çekicidir ⁽¹¹⁴⁾.

Kokain kullanımı ayrıca yüksek riskli cinsel aktiviteyle veya seks endüstrisine dahil olmakla da ilişkilendirilebilir. Bazı çalışmalarda crack kokain kullanan kadınların bilhassa korunmasız olabileceği ve para ya da uyuşturucu için yüksek risk içeren cinsel davranışlarda bulunabileceği rapor edilmiş olup, bazı ülkelerde, spesifik olarak seks işçileriyle çalışan hasar azaltma ve sosyal yardım programları, hem cinsel hem de uyuşturucu kullanımına ilişkin riskli davranışları hedef almaktadır.

⁽¹¹³⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-17 (bölüm ii) ve (bölüm vi) ile Tablo TDI-110.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

Crack kokain kullanıcılarının sayısı az olmakla birlikte, riskli yaşam sorunları özellikle yüksektir ve tedaviye veya başka hizmetlere yönlendirilmeleri zor olabilir. Önemli crack kokain sorunları bulunan bazı kentlerde, hasar azaltma programları sosyal yardım, kriz müdahalesi, akut tıbbi sorunlar için yardımın yanı sıra yapılandırılmış hizmetlere sevk yoluyla müdahalede bulunulmaya çalışılmıştır. Örneğin Viyana'daki ayakta tedavi merkezlerinde, sık sık anksiyete yaşayan kokain ve crack kullanıcılarına güvenli bir alan sağlamak üzere odalar bulunmakta olup, temel sağlık bakım hizmetleri ve başka hizmetlere yönlendirme gibi hizmetler sunulmaktadır. Uyuşturucu enjekte eden kullanıcılar için tüketim odaları sağlayan ülkelerde verilen bu türden

hizmetler bazen crack kokain kullanıcılarını da içerecek şekilde genişletilmiş olup, örneğin Almanya'da, hem Frankfurt hem de Hamburg'da crack içenler için özel alanlar sağlanmaktadır.

Kokain enjekte edenlere yönelik hasar azaltma tedbirleri, genelde, diğer uyuşturucu enjekte edenlere sağlananlardan farklı olmamakla beraber (bkz. 8. Bölüm), uyarıcı enjekte edenlerin böylelikle daha fazla enjekte edeceğini, bundan dolayı da potansiyel olarak daha fazla risk altında olacağını ileri süren bazı çalışmalar olmuştur. Bunun yanında, doğru şekilde hazırlanmamış crack kokainin enjekte edilmesine bağlı spesifik riskler de bulunmaktadır.

EMCDDA 2007 seçili konularında, Kokain ve crack kokain: büyüyen bir halk sağlığı sorunu

Son yıllarda kokain kullanımının Avrupa'da büyüyen bir sorun olduğuna dair sinyaller vardır. Bu seçili konu, bazı Avrupa ülkelerinde kokain kullanımında, kokaine yönelik tedavi taleplerinde ve bu uyuşturucunun ele geçirme vakalarında belirgin bir artış olduğunu göstermektedir. Burada kokain kullanımının halk sağlığı üzerinde son derece büyük bir etki yaratma potansiyeli incelenmektedir. Mevcut raporlama

sistemlerinde genellikle yeterince üzerinde durulmayan kokaine ilişkin sağlık sonuçlarına özel önem atfedilmiştir. Seçili konu, kokain ve crack kokain bağımlılığına yönelik etkin tedavi sağlamanın güçlüklerini ayrıntılı olarak incelemekte olup, kokain kullanıcılarının birbirlerinden çok farklı özellikleri ve farklı ihtiyaçları bulunması bu güçlüğü sadece bir kısmını oluşturmaktadır.

Seçili konu basılı olarak veya İnternet üzerinde sadece İngilizce dilinde bulunmaktadır (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



6. Bölüm

Opioid kullanımı ve uyuşturucu enjeksiyonu

Eroin arzı ve bulunabilirliği ⁽¹¹⁵⁾

Avrupa’da, tarihsel olarak, iki türde ithal eroin kullanılmıştır: esas olarak Afganistan’ dan gelen ve yaygın olarak bulunan kahverengi eroin (eroinin kimyasal baz formu) ve tipik olarak Güneydoğu Asya’ dan gelen, daha az yaygın ve daha pahalı olan beyaz eroin (bir tuz formu); ancak uyuşturucunun bu biçimi şu anda giderek daha az bulunur hale gelmektedir. Opioid uyuşturucularının küçük bir miktarı da Avrupa içinde üretilmektedir ancak imalatı 2005 yılında bir dizi doğu Avrupa ülkesindeki (Letonya, Litvanya, Polonya) küçük ölçekli ev yapımı haşhaş ürünlerinin (örneğin haşhaş otu, ezilmiş haşhaş sapları veya kapsüllerinden yapılan haşhaş konsantresi) üretimiyle sınırlandırılmıştır.

Üretim ve ticaret

Avrupa’da tüketilen eroin, ağırlıklı olarak, yasadışı afyon arzında dünya lideri olan Afganistan’ da ve onu takiben Myanmar’ da imal edilmektedir. 2006 yılında, % 92’ si Afganistan’ da olmak üzere, yaklaşık 6.610 ton afyon üretildiği tahmin edilmektedir. Bu rakam, ekim yapılan alanların önemli oranda artmasına bağlı olarak, 2005 tahminine oranla % 43’ lük bir artışı ifade etmektedir. 2005 yılında 472 ton olan, dünyadaki potansiyel eroin üretiminin 2006’ da 606 tona çıktığı tahmin ediliyordu (UNODC, 2007). Opioid ele geçirme vakaları ile tasfiye edilen fabrikalar, Afganistan’ da üretilen afyonun ihraç edilmeden önce giderek daha fazla oranda morfin veya eroine dönüşürdüğüne düşündürmektedir (CND, 2007).

Eroin Avrupa’ ya iki ana ticaret yoluyla girmektedir. Tarihsel açıdan önemli ve en kısa yol olan Balkan rotası eroin kaçakçılığında hayati bir rol oynamaya devam etmektedir. Pakistan, İran ve Türkiye’ den transit geçen yol, daha sonra Yunanistan, Eski Yugoslav Makedonya Cumhuriyeti (EYMC), Arnavutluk, İtalya, Sırbistan, Karadağ ve Bosna Hersek yoluyla güneye ve Bulgaristan, Romanya, Macaristan, Avusturya, Almanya ve Hollanda yoluyla da kuzeye ayrılmaktadır; bu sonuncusu diğer batı Avrupa ülkelerine ikincil bir dağıtım merkezi gibi çalışmaktadır. Eroin, 1990’ ların ortalarından beri giderek ‘ipek yolu’

vasıtasıyla, orta Asya Cumhuriyetleri, Hazar Denizi ve Rusya Federeasyonu, Belarus veya Ukrayna üzerinden Estonya, Letonya, bazı Kuzey Avrupa ülkeleri, Almanya ve Bulgaristan’ a sokulmaktadır. Bu rotalar en önemlileri olmakla beraber, Arap yarımadasındaki ülkeler (Umman, Birleşik Arap Emirlikleri) Güneybatı ve Güneydoğu Asya’ dan gelen eroin sevkiyatları için transit bölgeler haline gelmiş olup (INCB, 2006), eroinin bir kısmı daha sonra Doğu Afrika (Etiyopya, Kenya, Morityus), bazen de batı Afrika’ dan (Nijerya) sokulmakta, buradan Avrupa’ daki ve daha az bir oranda da Kuzey Amerika’ daki yasadışı pazarlara gönderilmektedir (INCB, 2007a). Ayrıca Avrupa’ ya Güneybatı Asya’ dan Güney ve Doğu Asya’ daki ülkeler (Hindistan, Bangladeş, Sri Lanka, Çin) yoluyla eroin sokulduğuna dair de raporlar bulunmaktadır.

Ele geçirme vakaları

2005 yılında, tüm dünyada 342 ton afyon, 32 ton morfin ve 58 ton eroin ele geçirilmiştir. Tüm dünyada en çok eroin yine Asya’ da (Çin, Afganistan, İran, Pakistan) ele geçirilmiş olup, bunu Avrupa izlemektedir (% 38) (UNODC, 2007).

2005 yılında AB Üye Devletleri, aday ülkeler ve Norveç’ te tahmini 52.000 ele geçirmenin sonunda yaklaşık 16,8 ton eroine el konulmuştur. Avrupa’ da en fazla ele geçirme (2004 verilerine dayanarak) yine Birleşik Krallık’ ta olmuş, bunu İspanya, Almanya ve Yunanistan izlerken, 2005’ te el konulan toplam miktarın neredeyse yarısına ulaşan en büyük miktarlar Türkiye’ de ele geçirilmiştir (bunu Birleşik Krallık, İtalya ve Hollanda izlemiştir) ⁽¹¹⁶⁾. Eroin ele geçirme vakalarında 2000 ve 2003 arasında genel bir düşüş kaydedilmiş olup, mevcut verilere dayanarak, o zamandan beri artmaktadır. 2000-05 döneminde, AB Üye Devletleri’ nde ele geçirilen toplam eroin miktarlarında hafif bir düşme eğilimiyle dalgalanmalar meydana gelirken, aynı dönemde Türkiye’ de büyük bir artış rapor edilmiştir ⁽¹¹⁷⁾.

Fiyat ve saflık

Fiyat ve saflığa ilişkin eğilimlerin saptanması, tutarlı veri eksikliğinden dolayı güçleşmekte, bu yüzden tahminler

⁽¹¹⁵⁾ Bkz. ‘Ele geçirme vakaları ile diğer pazar verilerinin yorumlanması, s. 37.

⁽¹¹⁶⁾ Bu bilgi eksik 2005 verileri tamamlandığında kontrol edilmelidir. Tahmini değerlendirme amacıyla eksik 2005 verileri yerine 2004 verileri kullanılmıştır.

⁽¹¹⁷⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar SZR-7 ve SZR-8.

sadece sınırlı sayıda ülkeye dayanmaktadır (118). Çoğu ülke kahverengi eroinin ortalama veya tipik perakende sokak fiyatının gram başına 35-80 EUR olduğunu rapor etmiştir. 2000 ve 2005 arasında, enflasyona göre düzenlenmiş ortalama eroin fiyatları, karşılaştırılabilir veri sağlayan 18 ülkenin çoğunda düşmüş görünmektedir. Sokak düzeyindeki kahverengi eroinin ortalama saflığının önemli oranda değişkenlik gösterdiği rapor edilmiş, çoğu ülke % 15 ve % 50 arasında değerler bildirmiştir; bulunduğu durumda, beyaz eroine ilişkin rakamlar genellikle daha yüksekti (% 30-70). Eroin ürünlerinin ortalama saflığını rapor eden 18 ülkenin çoğunda 2000 yılından beri inip çıkmaktadır.

Sorunlu opioid kullanımı yaygınlık tahminleri

Bu bölümdeki veriler, esas olarak enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımı ve opioid kullanımı tahminleri içeren EMCDDA sorunlu uyuşturucu kullanımı (SUK) göstergesinden elde edilmiş olmakla beraber, birkaç ülkede amfetamin kullanıcıları da önemli bir unsurdur (119). Sorunlu opioid kullanıcılarının sayısını tahmin etmek güç olup, mevcut veri kaynaklarından yaygınlık tahminleri elde etmek için incelikli analizlere gereksinim vardır. Bunun yanı sıra, çoğu araştırma, bir şehir veya bölge gibi yerleşmiş bir coğrafi alanı temel aldığından, ulusal tahminler oluşturmak üzere değerlendirme yapmak zordur.

Avrupa'daki sorunlu uyuşturucu kullanma alışkanlıkları giderek çeşitlenir gibi olduğundan, değerlendirme yapmak karmaşık bir hal almaktadır. Örneğin, birden çok uyuşturucu kullanma sorunları çoğu ülkede giderek önem kazanmıştır ve opioid sorunlarının (neredeyse sadece eroin sorunları) tarihsel olarak baskın olduğu bazı ülkeler artık kokain gibi diğer uyuşturuculara doğru kaymalar olduğunu rapor etmektedir.

Ulusal düzeyde sorunlu opioid kullanımı yaygınlığına ilişkin yeni tahminler kabaca 15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına bir ila altı vaka arasında değişmektedir. Buna karşın, bütün SUK yaygınlığının 1.000 kişi başına bir ila sekiz vaka arasında değiştiği tahmin edilmektedir. En düşük iyi belgelendirilmiş tahminlerden bazıları yeni AB ülkelerinden gelmekle beraber, bu durum nispeten yüksek bir yaygınlık rapor edilmiş olan Malta için geçerli değildir (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 5,8-6,7 vaka) (Şekil 8).

Eldeki sınırlı verilere dayanarak, sorunlu opioid kullanımına ilişkin ortalama yaygınlığın 15-64 yaşındaki 1.000 kişi

başına dört ve beş vaka arasında olduğu çıkarılabilir. Bu da AB ve Norveç'te 1,5 milyon kadar (1,3-1,7 milyon) sorunlu opioid kullanıcısı bulunduğu anlamına gelmektedir. Bununla beraber, bu tahminler güvenilir olmaktan uzaktır ve daha kapsamlı verilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Sorunlu opioid kullanımında zamansal eğilimler

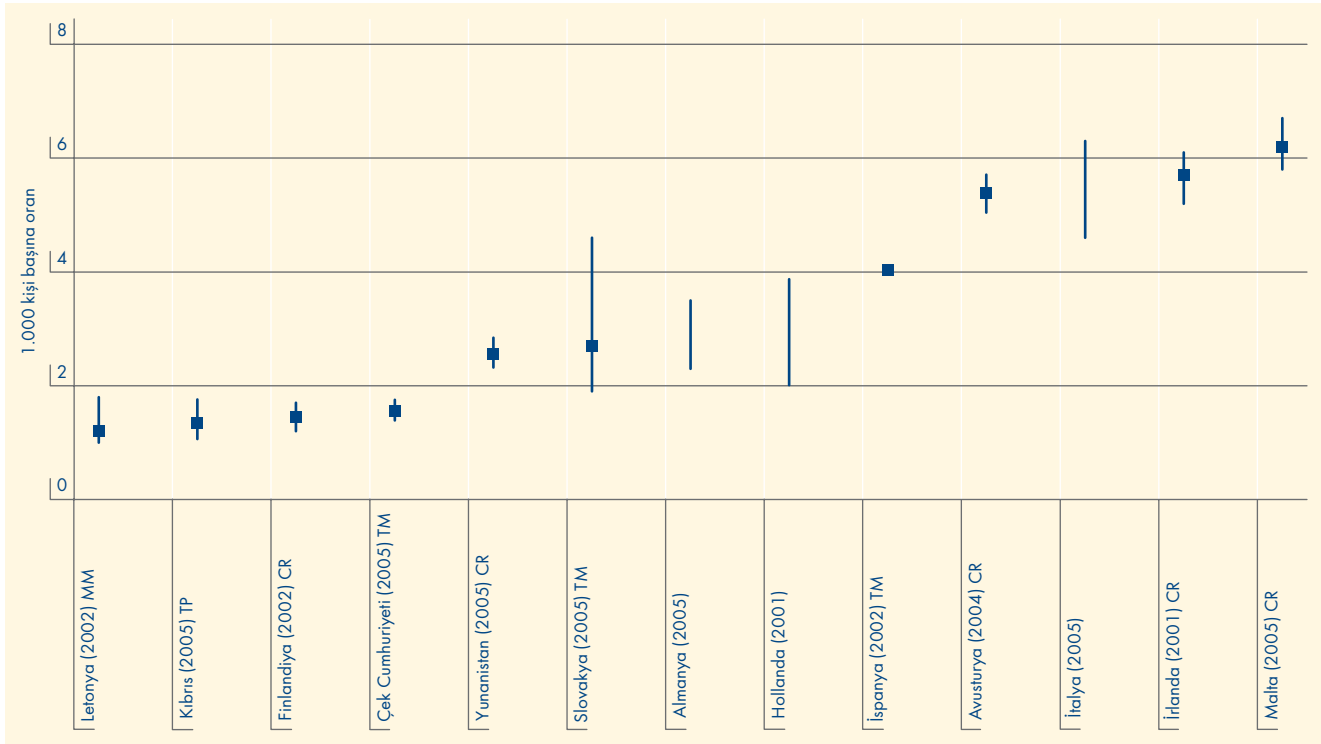
Güvenilir tarihsel verilerin eksikliği, sorunlu opioid kullanımında zaman içerisinde meydana gelen eğilimlerin değerlendirilmesini karmaşıklaştırmakta olup, dolayısıyla eğilimler dikkatli bir şekilde yorumlanmalıdır. Bazı ülkelerden elde edilen raporlar sorunlu opioid kullanımının, ortalama olarak, son yıllarda belli bir oranda dengelendiğini düşündürmektedir. 2001-2005 dönemi için sorunlu opioid kullanımına ilişkin yinelenen tahminler sadece sekiz ülkede bulunmakta ve nispeten kararlı bir tablo çizmekte olup, sadece bir ülkede (Avusturya) net bir artış görülmektedir (120).

Opioid kullanımı yaygınlığındaki genel eğilimin nispeten kararlı olduğu yönündeki genel göstergelere rağmen, olasılıkla eroinin Avrupa pazarında bulunabilirliğinin artmış olmasına bağlı olarak, eroin ele geçirme vakalarının arttığına dair göstergeler (yukarı bakın) ve yasal kullanımlardan saptırılmış opioid kullanımlarına ilişkin raporlar bulunmaktadır. İtalya'da, tedavi talep verilerine dayanan eroin kullanma vakalarına ilişkin tahminlere göre, bir düşüş dönemini takiben, 1998'den itibaren bir artış yaşanmış ve 2005 yılında yıllık vaka oranı yaklaşık 30.000 yeni eroin kullanıcısını bulmuştur. Avusturya'da da, yeni ikame tedavisi hastaları arasında bulunan 25 yaş altındakilerin oranının artmış olması, doktor tavsiyesiyle verilen opioidlerin kontrolsüz ve amaç dışı kullanımına bağlı sorun yaşayan gençlerin sayısındaki bir artışı ifade etmektedir. Benzer şekilde, Çek Cumhuriyeti de amacından saptırılmış bir maddenin (bu vakada buprenorfin) enjekte edilmesinde, bir düşüş döneminden sonra, artış yaşandığını rapor etmektedir ve Belçika'dan gelen bilgiler yasadışı metadon kullanımının artmış olduğu yönündedir. Fransa'daki kolay erişilebilir hizmetlerin yakın zamanda izlenmesiyle, enjekte etme yoluyla kullanım ve sorunlu uyuşturucu kullanmaya eroinden ziyade buprenorfinle başlamış olan gençler arasında kullanım gibi, yasadışı buprenorfin kullanımına ilişkin endişeler doğmuştur; ayrıca genç ve marjinalleşmiş, uyuşturucu enjekte eden yeni altgruplara ilişkin kaygılar da rapor edilmiştir. Finlandiya'da, yeni tedavi taleplerinde büyük oranda eroinin yerini almış gibi görünen buprenorfinin, aşırı doz ölümleriyle ilgili raporlarda da giderek daha çok adı geçmektedir.

(118) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar PPP-2 ve PPP-6.

(119) EMCDDA tarafından SUK için kullanılan teknik tanım 'enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımı veya uzun süreli/düzenli opioid, kokain ve/veya amfetamin kullanımı' olmakla beraber, sorunlu uyuşturucu kullanımı tahminleri esas olarak eroin kullanımını yansıtmıştır. Sorunlu amfetamin kullanımı rapor edilen birkaç ülkede iyi belgelendirilmiş tahminler bulunmaktadır. Sorunlu kokain kullanımı tahminleri nadir olup, SUK göstergesi, birkaç yüksek yaygınlıklı ülke dışında, bu uyuşturucu için olasılıkla daha az güvenilir niteliktedir.

(120) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil PDU-4 (bölüm ii).

Şekil 8: Sorunlu opioid kullanımına ilişkin yaygınlık tahminleri (15–64 yaşındaki 1.000 kişi başına oranı), 2001–05

Not: Simge bir nokta tahminini gösterir; çubuk bir tahmin belirsizlik aralığını gösterir ve bu aralık %95'lik bir güven aralığı veya hassasiyet analizine dayanan bir aralık olabilir (ayrıntılı bilgi için bkz. Tablo PDU-3). Farklı tahmin yöntemleri ve veri kaynaklarından dolayı, hedef gruplar biraz farklılık gösterebilir; dolayısıyla, karşılaştırma yapılırken dikkatli olunmalıdır. Yöntem belirtilmediği durumlarda, verilen çizgi tüm mevcut tahminlerin en düşük alt sınırı ile tüm tahminlerin en yüksek üst sınırı arasındaki bir aralığı ifade eder. Tahmini değerlendirme yöntemleri: CR = yakalama-tekrar yakalama; TM = tedavi çarpanı; TP = kesik Poisson; MM = ölüm oranı çarpanı. Ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar PDU-1, PDU-2 ve PDU-3.

Kaynaklar: Ulusal odak noktaları.

Enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımı

Enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları (EUK'ler) uyuşturucu kullanımlarından dolayı, kan hastalıkları (örneğin HIV/AIDS, hepatit) veya aşırı dozda uyuşturucu gibi sağlık sorunları yaşama bakımından yüksek risk altındadır. Bunların halk sağlığı için taşıdığı öneme rağmen, hali hazırda enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımı seviyelerine ilişkin tahmin sağlayabilen birkaç ülke bulunmaktadır (Şekil 9), dolayısıyla bu özel kesimin daha iyi izlenmesini sağlamak, Avrupa'daki sağlık izleme sistemlerinin gelişimi için önemli bir husustur.

Enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımı yaygınlığının dolaylı tahminleri

Enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımına ilişkin verilerin çoğu ya ölümcül aşırı doz oranlarından ya da bulaşıcı hastalıklar (HIV gibi) hakkındaki verilerden elde edilmiştir. Ülkeler arasında önemli farklılıklar belirtilmiş olup, 2001-05 döneminde ulusal tahminler tipik olarak 15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına 0,5 ila altı vaka arasında değişiyordu. 1.000 kişi başına 15 vaka gibi çok daha yüksek bir tahmin rapor edilen Estonya buna bir istisna teşkil etmektedir. Veri sağlayan diğer ülkeler arasında, 15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına dört ila beş vakayla en yüksek tahminler Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Finlandiya ve Birleşik Krallık

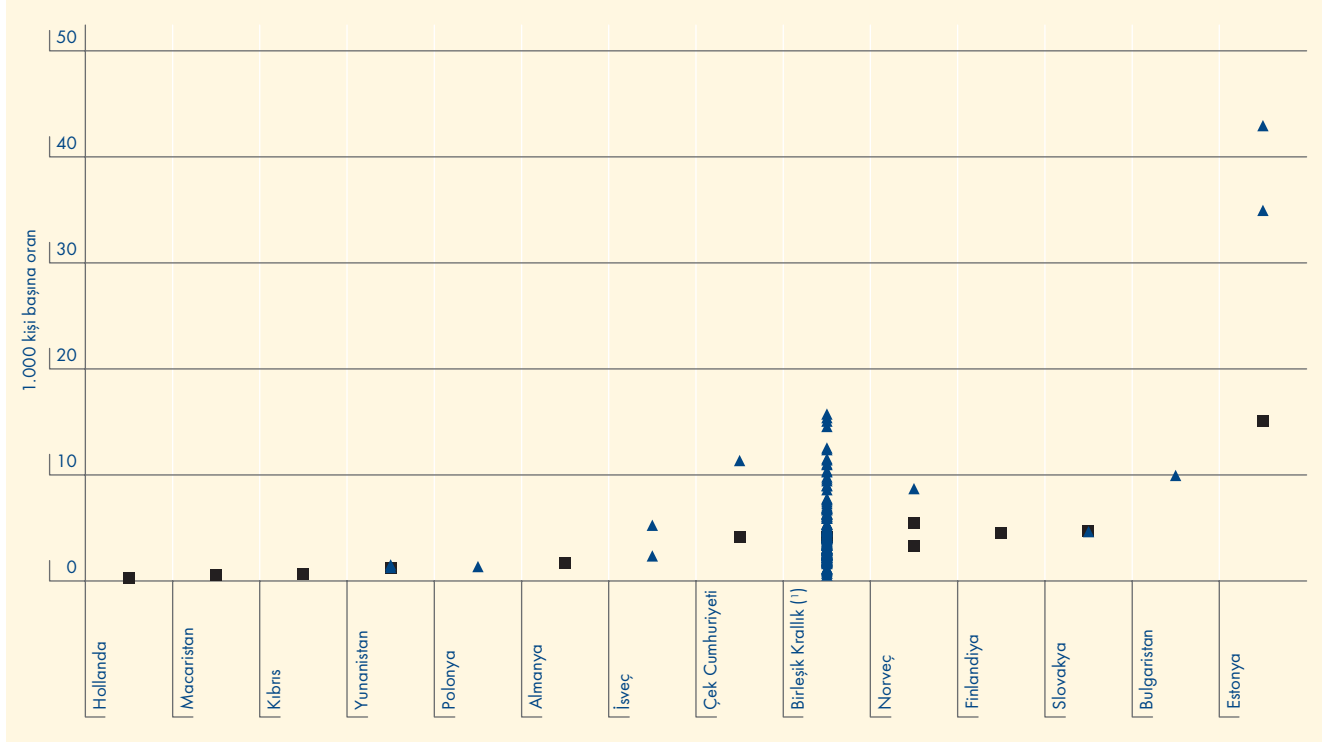
tarafından ve en düşük rakamlar da, 1.000 kişi başına birin altında vakayla Kıbrıs, Macaristan ve Hollanda tarafından rapor edilmiştir.

Eldeki sınırlı verilere dayanarak genel tahminlerde bulunurken dikkatli olmak gereklidir ama yetişkin 1.000 kişi başına üç ila dört vakalık bir ortalama EUK (şu anda enjekte edenler) yaygınlığından bahsetmek mümkündür. Bu, bugün AB ve Norveç'te 1,1 milyon (0,9-1,3 milyon) civarında enjekte eden kullanıcı olduğu anlamına gelir. Bunlar ağırlıklı olarak opioid enjekte edenler olmakla beraber, başka uyuşturucular enjekte etmeleri de mümkündür ve bazı ülkeler önemli oranda amfetamin veya metamfetamin enjekte etme sorunları rapor etmektedir (Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Finlandiya, İsveç).

Tedavi talep verilerine göre enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımına ilişkin eğilimler

Veri eksikliği, enjekte etme konusundaki eğilimlere ilişkin sonuç çıkarmayı güçleştirmekle beraber, tedaviye başlayan kullanıcılar hakkındaki veriler yoluyla bu davranışa ilişkin faydalı bilgiler edinilmektedir. Örneğin, opioid kullanıcılarından gelen tedavi talepleri daha geniş kesimdeki kullanma alışkanlıklarına dair ipucu verebilir. Uyuşturucu tedavisine başlayan tüm birincil eroin kullanıcıları arasında enjekte edenlerin oranı (2001-05), ülkeler arasındaki

Şekil 9: Enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımı yaygınlık oranlarına (15-64 yaşındaki 1.000 kişi başına oranı) ilişkin ulusal ve yerel çalışmalardan elde edilen tahminler, 2001–05



(*) 2004/05 için İngiltere bölgesel tahminleri.

Not: Siyah kare = ulusal kapsamlı örnekler; mavi üçgen = yerel kapsamlı örnekler.

Yerel yaygınlık tahminlerinin gösterdiği şekil büyük oranda bir ülke içindeki çalışmaların bulunabilirliği ve yerine bağlıdır. Farklı çalışma yöntemleri ve veri kaynaklarına bağlı olarak, hedef gruplar biraz farklılık gösterebilir; dolayısıyla, karşılaştırma yaparken dikkatli olunmalıdır.

Ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 İstatistik Bülteninde Tablolara PDU-1, PDU-2 ve PDU-3.

Kaynaklar: Ulusal odak noktaları.

enjekte etme seviyeleri bakımından belirgin farklar ortaya koymaktadır. Genel olarak, bu veriler enjekte etmenin gözden düşmekte olabileceğine işaret etmekte, Danimarka, İrlanda, Yunanistan, Macaristan, Birleşik Krallık ve Türkiye’de düşüşler gözlemlenmektedir. Bazı ülkelerde (İspanya, Hollanda, Portekiz), tedavi edilmiş eroin kullanıcılarının nispeten küçük bir oranı şu anda enjekte etmektedir. Bununla beraber, aynı tablo her yerde göze çarpmamakta, örneğin birkaç yeni Üye Devlet’te, eroin almanın en baskın yolu hala enjekte etme gibi gözükmektedir. Eroin kullanmayan kullanıcılardaki enjekte etme eğilimlerinin farklı olabileceği de unutulmamalıdır.

Opioid bağımlılığının tedavisi

İdame tedavisi

Artık eroin veya diğer opioid bağımlılıklarının tedavisinde kullanılan uyuşturucu ikame tedavisinin etkinliğini araştırmaya yönelik tedavi sonuç çalışmaları ve kontrollü denemelerden elde edilen verilerle desteklenen, nispeten sağlam bir kanıt temeli bulunmaktadır (bir değerlendirme için bkz. Gossop, 2006). Bu tip tedavinin yasadışı uyuşturucu kullanımının, sağlık açısından riskli davranışların ve suç oluşturan

davranışların azalmasında ve sosyal faaliyetlerin artmasında olumlu etkileri görülmüştür. İkame tedavi programları genellikle, ilaç yazmanın yanı sıra, davranışları değiştirmeyi destekleyecek başka müdahaleleri de içermektedir. Genel olarak, bu alandaki fikir birliği, programları daha geniş kapsamlı bir tıbbi bakım ve sosyal yardım çerçevesinde bütünleştirmenin iyi bir uygulama olduğu yönündedir.

Avrupa’da ikame tedavisi önerme

Son onbeş yılda, AB’de verilen eroin bağımlılığı tedavi hizmetlerinde büyük artışlar yaşanmıştır. Mevcut verilere göre, bu durum özellikle AB-15 Üye Devlet’te verilen ikame tedavisi hizmetlerinin 1993’ten beri yedi kattan fazla artmasından kaynaklanmaktadır.

Beş ülke dışında (Çek Cumhuriyeti, Fransa, Letonya, Finlandiya, İsveç), ikame amacıyla en yaygın olarak kullanılan uyuşturucu açık arayla metadon olup, tüm ikame tedavilerinin % 72’sine karşılık gelmektedir⁽¹²¹⁾. Metadon tedavisi genelde uzman ayakta tedavi merkezlerinde verilmekte, ancak bazı ülkelerde genel hekimliklerde ya da, hastalar stabilize olduğunda, toplum temelli bakım merkezlerinde de sunulabilmektedir. Metadon verilen uygulamalar çeşitlilik göstermektedir; bazen sadece uzman

(121) Bkz. 2007 İstatistik Bülteninde Tablolara HSR-7, HSR-9 ve HSR-11.

Kalite kontrolü ve ikame tedavisi

Bir hizmetin etkinliği verilen hizmetin kalitesine bağlıdır. Bazı ikame tedavisi programlarının düşük kaliteli olup, faaliyetlerin fazlasıyla ilaç vermeye odaklandığı ve daha kapsamlı bir sosyal ve tıbbi yardım paketi sağlanmasına yeterince önem verilmediğine dair endişeler dile getirilmiştir. Yapılan eleştiriler arasında şunlar da bulunmaktadır: yeterli klinik izleme olanakları bulunmaması; uyuşturucuların yasadışı pazara kaydırılmasına yol açan başarısız ilaç yazma uygulamaları ve düşük dozlu tedavi programlarının etkinliğe ilişkin klinik kanıtlara uygun olmadığı (Loth vd., 2007; Schifano vd., 2006; Strang vd., 2005).

Pek çok ülke bu endişeleri ciddiye almış olup Danimarka, Almanya ve Birleşik Krallık, verilen hizmetlerin kalitesinin artırılmasını hedef alan incelemeler gerçekleştirildiğini rapor etmektedir. Benzer şekilde, Danimarka yakın zamanda, ikame tedavisindeki daha geniş kapsamlı psikososyal yardımların etkisinin belgelendirilmesi ve kalite kontrol süreçlerinin test edilmesine yönelik üç yıllık bir projeyi tamamlamıştır.

Almanya'da ise iki yeni çalışma ikame tedavi uygulamalarını incelemiş, bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olanakları değerlendirmiş (COBRA) ve tıp doktorları için yeni bir el kitabı oluşturulmasıyla sonuçlanan kalite kontrol hususlarını araştırmıştır (ASTO). Birleşik Krallık'ta, yakın zamanda İngiltere'de ilaç yazma ve klinik yönetim uygulamalarının analiz edilmesi ve bunların mevcut klinik kılavuz ilkelerine ne derece uygun olduğunun değerlendirilmesine yönelik bir denetim gerçekleştirilmiştir.

Ulusal klinik kılavuz ilkeleri, standartları ve tedavi protokolleri bulunması, ikame tedavisinde kalite temini için önemlidir. Danimarka, İrlanda, Macaristan, Portekiz, Birleşik Krallık ve Norveç'te ulusal klinik kılavuz ilkeleri ve protokollerinin hazırlanma aşamasında olduğu veya gözden geçirildiği rapor edilmekte olup, Slovakya 2004 yılında metadon tedavisi uygulaması hakkında bir kılavuz yayımlamıştır. Hollanda'da, idame tedavisi artık giderek daha fazla tıbbi tedavi standartlarına uygun olarak gerçekleştirilmekte ve metadonun verilmesi tedavinin ilk aşaması boyunca denetlenmektedir. Avusturya'da, 2005 yılında ikame tedavisinin iyileştirilmesi ve denetimli tüketime ilişkin tedbirler getirilmesinin yanı sıra bu alanda çalışan doktorların düzenlenmesine yönelik, tıbbi destekli tedavi çerçevesini belirleyen iki kararname düzenlenmiştir.

İkame tedavisi programlarında bulunan hastalar hakkında raporlamaya yönelik ulusal bir izleme sistemi de hizmetlerin kalitesi ve erişilebilirliğinin değerlendirilmesi için faydalı bilgiler sağlamaktadır. Şu anda 17 Üye Devlet'te bu gibi programlar bulunduğu rapor edilmekte olup, Belçika ve Lüksemburg'da ulusal ikame kayıtları hazırlık aşamasındadır ve Çek Cumhuriyeti'nde ise mevcut kaydın tüm sağlık merkezlerini kapsayacak şekilde genişletilmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır.

merkezlerden edinilebilmekte olup tüketimi denetlenmektedir ama Birleşik Krallık gibi bazı ülkelerde eczaneler de önemli bir rol oynamaktadır ve ilaçların evde alınmasına izin verilebilmektedir.

Son yıllarda, AB'de uyuşturucu bağımlılığının tedavisine yönelik ek farmakolojik maddelere rağbet edilmeye başlanmış ve bilhassa buprenorfin kullanımı daha yaygın hale gelmiştir. 2005 yılında Slovenya ve Mayıs 2006'da da Malta, uzman birimlerde buprenorfin idame tedavisine izin veren Avrupa ülkeleri grubuna katılmıştır⁽¹²²⁾ ve şu anda bu tedavi seçeneğinin bulunmadığı ülkeler Bulgaristan, Macaristan, Polonya ve Macaristan'dır.

Buprenorfin kullanımına gösterilen ilginin bir nedeni, toplumsal uygulamalarda kullanım için metadondan daha uygun bir farmasötik seçenek olabileceğidir. Bu karmaşık bir konudur ve 2005 buprenorfin hakkındaki seçili konu'da ayrıntılı olarak tartışılmaktadır. Çoğu ülkede buprenorfin sadece eğitimli, yetkili doktorlar tarafından reçete edilebilmekte ve uluslararası sözleşmeler kapsamında kontrol edilen statüsüne uygun düzenlemeye tabidir (Psikotropik Maddeler hakkında 1998 BM Sözleşmesi'nde Plan III).

Buprenorfin dil altı hapları şeklinde pazarlanmaktadır ve enjekte etmesi özellikle cazip bir madde kabul edilmemekle beraber, hapların çözümlenerek enjekte edildiğine dair raporlar bulunmaktadır. Buprenorfinin amaç dışı kullanıma potansiyeli, bazı ülkelere gelen, uyuşturucunun yasadışı pazara kaydırılmasına ilişkin raporlarla desteklenmektedir. Yasadışı buprenorfin kullanımının engellenmesi için, bu uyuşturucunun nalokson içeren yeni bir formülasyonu geliştirilmiştir. Suboxone adındaki bu formülasyona 2006 yılında Avrupa'da pazarlanma izni verilmiştir.

Ocak 2007'de, Hollanda opioid bağımlılığının tedavisi için olası bir seçenek olarak eroin destekli tedaviyi olanaklı kılmış, tedavi merkezlerinin sayısını yaklaşık 1.000'e çıkarmış ve böylece bu seçeneğin mümkün olduğu iki Avrupa ülkesinden biri olarak Birleşik Krallık'ın yanındaki yerini almıştır. Genel olarak, Avrupa'da eroin verilen hastaların sayısı çok küçük olup, bu seçenek genellikle diğer tedavi seçenekleri başarısız olmuş, özellikle kronik vakaların tedavisine ayrılmıştır. İkame maddesi olarak eroinin etkinliği İspanya (March vd., 2006) ve Almanya'da (Naber ve Haasen, 2006) yapılan deneysel araştırmalarda da incelenmiştir. Her iki çalışmada da, bu yaklaşımın, diğer tedavi seçeneklerine iyi yanıt vermemiş, ağır sorunları olan sosyal olarak dışlanmış opioid kullanıcıları için uygun bir tedavi şekli olabileceğini düşündüren olumlu tedavi bulguları rapor edilmiştir. Eroin reçete edilmesine ilişkin bu çalışmalar, daha önceki çalışmalarla birlikte, bu tedavi seçeneğinin yaygınlaştırılması ihtiyacı hakkındaki tartışmaları canlandırmıştır.

⁽¹²²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil HSR-1 ve Tablo HSR-8.

Avrupa tıbbi ürünler pazarlama iznine yönelik usul

Avrupa İlaç Ajansı (EMA), uygulamaların Avrupa tıbbi ürünler pazarlama iznine yönelik bilimsel değerlendirilmelerinden sorumludur. Merkezileştirilmiş usulle onaylanan ilaçlar, Avrupa Birliği'nin tüm Üye Devletleri'nde geçerli olan tek bir pazarlama izni almaktadır.

Bütün onaylanmış tıbbi ürünler güvenlik açısından da izlenmektedir. Bu işlem AB ulusal ilaç ajansları ağı yoluyla, sağlık bakım uzmanları ve ilaç şirketleriyle yakın işbirliği içerisinde gerçekleştirilmektedir.

EMA, pazarlama izni verilen her merkezi olarak onaylanmış ürün için bir Avrupa genel değerlendirme raporu (EPAR) yayımlar; EPAR'lar EMA web sitesi'nde (<http://www.emea.europa.eu/>) yayımlanır ve halk için de tüm resmi AB dillerinde bir özeti bulunmaktadır. EMA ayrıca, Konsey kararı bağlamında Avrupa'daki yeni uyuşturucu tehditlerinin saptanmasına yönelik çalışmaları desteklemek için, EMCDDA ve Europol'la ortaklaşa çalışır (bkz. 7. Bölüm).

Tedavi verileri

EMCDDA, Avrupa'da tedaviyi tanımlamak için iki tür bilgi toplamaktadır. Tedavi talep göstergesi Avrupa'da tedavi görmeye başlayan hastaların niteliklerinin izlenmesine dayanmaktadır. Bunun yanı sıra, Üye Devletler'den hizmetlerinin genel yapısını ve erişilebilirliğini anlatan veriler sunmaları istenmektedir.

Tedavi talep göstergesinden elde edilen veriler

Avrupa'da tedaviye başlayan hastaların izlenmesinden elde edilen veriler, sadece kullanma alışkanlıkları ve eğilimlere ilişkin daha kapsamlı epidemiyolojik durum hakkında değil, aynı zamanda farklı tedavi türlerine yönelik göreceli talep ve erişilebilirlik hakkında da bilgi sunmaktadır. Belirli bir uyuşturucu sorunu için tedavi görenlerde bir artış olması, hizmetlere olan talebin veya belirli tipte bir hizmetin erişilebilirliğinin arttığına işaret edebileceğinden, bu durum eldeki verilerin yorumlanmasında sorunlarla karşılaşılmasına yol açabilmektedir. Bu türden verilerin analizine yardımcı olmak üzere, yeni tedavi taleplerinin daha geniş uyuşturucu kullanma alışkanlıklarındaki değişimleri daha iyi yansıttığından ve tüm tedavilerin bir bütün olarak tedavi sektörüne yapılan genel talepleri daha iyi yansıttığından yola çıkarak, yeni ve tüm tedavi talepleri arasında bir ayırımı gidilmiştir.

Tedavi talep göstergesinden (TTG) elde edilen bilgiler, sayıları oldukça fazla olan, uyuşturucu tedavisindeki herkesi

kapsamamaktadır; sadece rapor edilen yıl boyunca tedavi talebinde bulunan hastalar kaydedilmiş olup, 2007'de hali hazırda, Avrupa veri toplamasını sürekli tedavide bulunan tedavi hastalarını da içerecek şekilde genişletmeyi⁽¹²³⁾ ve ulusal sistemlerin raporlama kapsamını değerlendirmeyi hedefleyen yeni bir pilot proje uygulamaya konmaktadır.

Pek çok ülkede, hastaların tedavi görmek istediği birincil uyuşturucular arasında opioidler, özellikle de eroin, başı çekmektedir. 2005'te tedavi talep göstergesi kapsamında rapor edilen toplam 326.000 tedavi talebinden yaklaşık % 40'ında opioidler birincil uyuşturucu olarak kaydedilmiş olup, bu hastaların yaklaşık % 46'sı uyuşturucuyu enjekte ettiğini rapor etmiştir⁽¹²⁴⁾.

Bazı ülkeler eroin dışındaki opioidlere bağlı tedavi taleplerinin önemli bir oranda olduğunu rapor etmektedir. Finlandiya'da, uyuşturucu hastalarının % 41'i kullanılan birincil uyuşturucu olarak, buprenorfin başta olmak üzere, diğer opioidleri rapor etmiştir ve Fransa'da tüm hastaların % 7,5'inin buprenorfin kullandığı bildirilmiştir. Birleşik Krallık ve Hollanda'da, hastaların yaklaşık % 4'ünün birincil metadon kullanıcıları olduğu rapor edilmiştir. İspanya, Letonya ve İsveç'te, uyuşturucu kullanıcılarının % 5 ila % 7'si eroin veya metadon dışındaki belirtilmemiş birincil opioid kullanımı için tedaviye başlamaktadır⁽¹²⁵⁾. Ev yapımı afyon ürünleri kullanımının oldukça eskiye dayandığı Macaristan'da ise, tedavi taleplerinin yaklaşık % 4'ü afyona bağlıdır.

Çoğu opioid kullanıcısı ayakta tedavi birimleri tarafından rapor edilmektedir; ancak İsveç'te, opioid kullanıcılarının % 71'i yataklı tedavi merkezleri tarafından rapor edilmekte olup, bu ülkede hizmetlerin farklı yapılandırıldığına işaret etmektedir. Birleşik Krallık da opioid hastaları için küçük bir oranda (% 3) yataklı tedavi talebi rapor etmektedir⁽¹²⁶⁾. Kolay erişilebilir merkezlerdeki tedavi taleplerine ilişkin veri bildiren az sayıdaki ülkede, uyuşturucu hastalarının önemli bir oranı birincil opioid kullanımı için tedavi görmek istemektedir⁽¹²⁷⁾.

Opioid kullanmayan kullanıcılar tarafından yapılan tedavi taleplerinin göreceli oranı TTG veri setinde artmaktadır ve opioid kullanımı için tedavi görmek isteyen yeni hastaların gerçek sayıları da pek çok ülkede düşmekte olup, birincil eroin kullanımı için rapor edilen yeni tedavi taleplerinin kesin sayısı 1999'da 80.000'den 2005'te 51.000'e düşmüştür⁽¹²⁸⁾.

Uyuşturucu ikame tedavisi seviyeleri

2005 yılında AB Üye Devletleri ve Norveç'te, uyuşturucu ikame tedavisi sayısının en az 585.000 olduğu tahmin

⁽¹²³⁾ Bkz. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (2006 toplantı raporu).

⁽¹²⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-5.

⁽¹²⁵⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-114.

⁽¹²⁶⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-24.

⁽¹²⁷⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-119.

⁽¹²⁸⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil TDI-1.

edilmektedir. Bu tahmin çoğu ülkede gerçekleştirilen tedavi izleme verilerine dayanmaktadır ve hizmetlerin erişilebilirliğine ilişkin genel bir tablo sunmaktadır. Pratisyen hekimler tarafından veya hapis hane ortamlarında sunulan tedavi gibi bazı tedavi şekillerinin eksik raporlanmış olması mümkün olabileceğinden, bu rakamlar olasılıkla asgari bir tahmini ifade etmektedir.

Tedavi gören hastaların büyük çoğunluğu (% 97), TTG veri setinde rapor edilen tüm tedavi taleplerinin çoğunluğuna (% 80) da katkıda bulunan AB-15 Üye Devletleri tarafından rapor edilmiştir. Bu oran, ikame vakalarının 73.000 civarında olduğu tahmin edilen 1993'ten beri yedi kattan fazla artmıştır (Farrell, 1995). Veriler AB ve Norveç'teki hasta sayılarında 2003'ten 2005'e yaklaşık % 15'lik bir artış kaydetmiş olup, bu durum çoğunlukla Almanya (tahmini 8.300 vakalık artış), Fransa (5.706), İtalya (6.234), Portekiz (4.168) ve Birleşik Krallık'taki (41.500) artışlardan kaynaklanmaktadır ⁽¹²⁹⁾. 2005 yılında, Hollanda (100.000 kişi başına 122 vaka) ve Lüksemburg (100.000 kişi başına 355 vaka) ikame tedavisinde bulunan hastaların sayısının dengelendiği rapor etmiştir.

2003 ve 2005 arasındaki göreceli en büyük artış bazı yeni Üye Devletler'de gözlemlenmiş (ama bunlarla sınırlı değildir), Bulgaristan, Estonya, Yunanistan, Litvanya, Romanya ve Norveç'in de dahil olduğu bazı ülkeler önemli artışlar (% 40'ın üzerinde) rapor etmiştir. Bu artışlar, bu ülkelerin pek çoğunda sunulan ikame tedavisi seçeneklerinin coğrafi olarak yayılmasıyla uygun düşmektedir. İkame tedavisi hizmetleri tüm yeni Üye Devletler'de artmamıştır: Macaristan, Polonya ve Slovakya nispeten kararlı bir durum rapor ederken, Letonya'nın erişilmesi zor metadon programındaki hastaların sayısı 67'den 50'ye düşmüştür. Uzun zamandır yüksek seviyelerde hizmet sağlayan iki ülke olan İspanya ve Malta'da verilen hizmetler de yakın zamanda düşmüş olup, bu durum olasılıkla bu ülkelerdeki genel talep seviyelerinin bir yansımasıdır.

Tekrar tedavi talepleri, idame seviyeleri ve sorunlu opioid kullanımı yaygınlığı arasındaki ilişkiler karmaşıktır. Hastaların tekrar tedavi talebi seviyeleri ile uyuşturucu idame programlarında bulunan hastaların sayısı, opioid kullanma vakaları ve yaygınlığındaki tarihsel gelişmelerin yanı sıra tedavi hizmetinin organizasyonu ve türüyle de belirlenmektedir. Birkaç ülke için, idame tedavisinde bulunan hastaların sorunlu opioid kullanıcılarına oranının hesaplanmasında opioid uyuşturucu kullanımına ilişkin tahmini yaygınlık seviyelerinin kullanılması mümkündür.

2005 için sorunlu opioid kullanımı tahminlerinin mevcut olduğu AB ülkelerinde, sorunlu opioid kullanıcıları arasındaki

ikame tedavisinin oranı hesaplanmıştır (Şekil 10). Sonuçlar ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermekte olup, oranlar opiyat kullanıcıları için % 10'un altından (Slovakya) yaklaşık % 50'ye (İtalya) kadar değişmektedir. Bununla beraber, veriler, tahmini ihtiyaçları karşılayacak yeterli hizmet sağlanması için, tüm ülkelerdeki tedavi seçeneklerinin erişilebilirliğinin gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Baltık Ülkeleri ile orta Avrupa ülkelerindeki ikame tedavilerinde yakın zamanlarda meydana gelen artışlara rağmen, ikame tedavisi seviyeleri, bu Üye Devletler'deki (Slovenya dışında) opioid kullanıcılarının tahmini sayısı ile karşılaştırıldığında, yine de düşüktür. Estonya'ya ilişkin bir tahmin, ikame programlarının dört büyük kentsel merkezdeki eroin kullanıcılarının yalnızca % 5'ini kapsadığını ve bu oranın ulusal düzeyde % 1'e kadar düştüğünü ortaya koymaktadır.

Opioid tedavi talepleri

Birincil opioid kullanımı için tedavi taleplerinin oranı, bir dereceye kadar, yasadışı opioidlerin (daha ileri) tedavi gerektiren sorunlu uyuşturucular arasındaki göreceli yaygınlığını yansıtmakla beraber, tedavi hizmetlerinin organizasyonu ve raporlama sisteminden de etkilenmektedir.

Opioid kullanımı için tedavi görmek isteyen hastaların oranı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Eldeki en yeni verilere dayanarak, opioid kullanıcıları 12 ülkedeki tüm tedavi taleplerinin % 40-70'ine, yedi ülkede % 40'tan azına ve altı ülkede de % 70'ten fazlasına karşılık gelmektedir ⁽¹³⁰⁾.

Tüm eroin tedavisi taleplerine karşılık gelen tüm uyuşturucu tedavi taleplerinin yüzdesi, 1999'da % 74'ten 2005'te % 61'e düşmüştür. Düşüş rapor etmeyen ülkeler Bulgaristan ve Birleşik Krallık'tır ⁽¹³¹⁾.

Esas olarak eroin kullanımına bağlı, yeni opioid tedavi taleplerindeki mutlak düşüş, yeni eroin hastalarının eğilimine bakılarak teyit edilebilir: Bulgaristan ve Yunanistan dışındaki tüm ülkeler, son yedi yılda, yeni uyuşturucu hastaları arasında birincil eroin kullanımı için yapılan yeni taleplerin oranının düştüğünü rapor etmektedir. 1999'dan 2005'e, yeni eroin hastalarının tüm yeni uyuşturucu hastaları arasındaki yüzdesi % 70'ten % 37'e düşmüştür.

Tedavi talep eden hastalar

Opioid sorunları için tedavi görmek isteyenler genellikle diğer uyuşturucular için tedavi görmek isteyenlere oranla yaşlıdır ⁽¹³²⁾ ve çoğunlukla daha kötü koşullar rapor etmektedir. Opioid hastaları arasında genellikle işsizlik

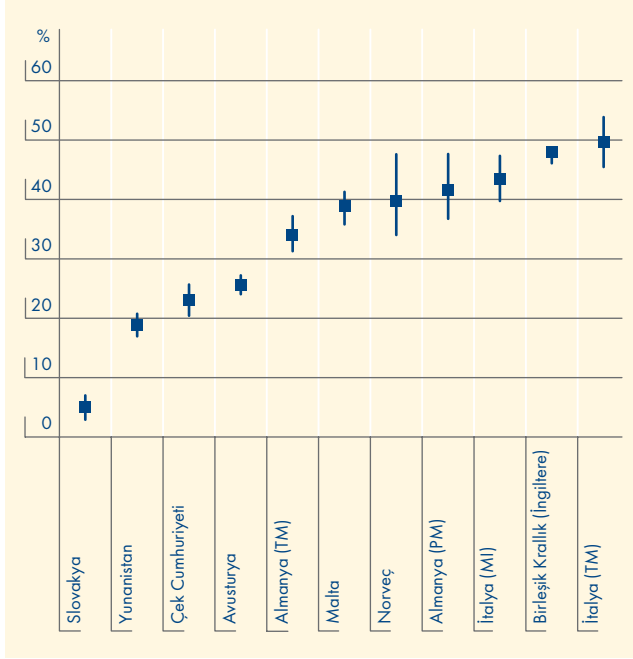
⁽¹²⁹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo HSR-7.

⁽¹³⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-5.

⁽¹³¹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil TDI-3.

⁽¹³²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-10.

Şekil 10: Opioid idame tedavisindeki hastaların sayısının tahmini sorunlu opioid kullanıcıları sayısına göre yüzdesi, 2005



Not: Bu bilgiler sadece dokuz ülkesi için mevcuttur. Simge bir nokta tahminini gösterir; çubuk, tahmin usullerinden kaynaklanan bir belirsizlik aralığını gösterir; opioid kullanıcılarının sayısı çeşitli yöntemlerle tahmin edilir: TM – tedavi çarpanı; PM = polis çarpanı; MI = çoklu değişken göstergesi. Yöntem belirtilmediği durumlarda, verilen çizgi tüm mevcut tahminlerin en düşük alt sınırı ile tüm tahminlerin en yüksek üst sınırı arasındaki bir aralığı ifade eder. Ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil HSR-3.

Kaynaklar: Ulusal odak noktaları.

seviyeleri yüksek, eğitim seviyeleri düşük olup, % 10 ila % 18'i evsiz olduğunu bildirmektedir.

Çoğu hasta (% 60) opioid kullanmaya 20 yaşından önce başladığını rapor etmektedir; 25 yaşından sonra ilk kez

opioid kullanımı oldukça nadirdir ⁽¹³³⁾. Ortalama olarak, ilk kez opioid kullanma ile ilk kez uyuşturucu tedavisiyle tanışma arasında 7-8 yıllık bir süre bulunduğu rapor edilmiştir: ortalama opioid kullanmaya başlama yaşı 22 olup, ilk tedavi talebinde ortalama 29-30 yaşlarında bulunmaktadır. Yataklı tedavi talebinde bulunanlar ayakta tedavi görenlerden tipik olarak biraz daha yaşlı olup, veriler tedaviyle ilk tanışma ile takip eden tedavi aşamaları arasında kısa bir zaman aralığı olduğunu ortaya koymaktadır.

Ayakta tedavi gören opioid kullanıcıları arasında her kadına üç erkek, yataklı tedavide ise dört erkek düşmektedir; bununla beraber, ülkeler arasında farklılıklar bulunmakta olup, doğu Avrupa ülkelerinde tedavi gören kesimler arasında erkeklerin oranı tipik olarak daha fazladır.

Avrupa'da, uyuşturucuyu ne yolla aldığı bilinip de tedavi görmek isteyen opioid kullanıcılarının ortalama % 58'si maddeyi enjekte etmektedir (tedavide yenilerse % 53'ü). En yüksek enjekte eden kullanıcı oranına sahip ülkeler Romanya, Çek Cumhuriyeti ve Finlandiya, en düşük oranlara sahip olanlar ise Hollanda, Danimarka ve İspanya'dır ⁽¹³⁴⁾.

Çoğu opioid hastası birden çok uyuşturucu kullanıcısı olup, opioidleri, başta diğer opioidler (% 35), kokain (% 23) ve esrar (% 17) olmak üzere, başka bir ikincil maddeyle bir arada almaktadır ⁽¹³⁵⁾.

Bazı ülkeler, opioid kullanıcıları arasında opioid bağımlılığı ile başka psikiyatrik rahatsızlıkların bir arada görülme oranının yüksek olduğunu rapor etmekte olup, bu gözlem ayrıca, opioid kullanıcılarında ağır depresyon, anksiyete rahatsızlıkları, antisosyal ve sınır kişilik bozukluklarının nispeten yaygın olduğunu gösteren pek çok klinik çalışmada da doğrulanmıştır (Mateu vd., 2005).

⁽¹³³⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-11, TDI-107 ve TDI-109.

⁽¹³⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar TDI-4 ve TDI-5.

⁽¹³⁵⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo TDI-23.



7. Bölüm

Yeni ortaya çıkan uyuşturucu eğilimleri ile yeni uyuşturuculara karşı önlemler

Yeni ortaya çıkan uyuşturucu eğilimleri çoğunlukla önceki popüler uyuşturucu eğilimlerini taklit etmekte, sürdürerek artırmakta veya bunların yerini almakta ve psikoaktif maddelerin neden tüketildiğine ilişkin sorulara yol açmaktadır. Dolayısıyla, uyuşturucu ve alkol tüketiminde yeni ortaya çıkan eğilimler sadece devlet politikalarındaki değişimlere ilişkin olarak değil, birbiriyle ilişkili olarak daha kapsamlı olan eğlence anlayışındaki modalar ile sosyokültürel değişimler bağlamında da anlaşılmalıdır.

Bilgi teknolojileri ve iletişim araçlarındaki gelişmeler ve özellikle de İnternet, yeni eğilimlerin yayılmasını kolaylaştıran kanalların ortaya çıkmasını sağlamakta ve uyuşturucu kullanımı ile buna bağlı riskler hakkında farklı görüşlerin ifade edilmesine olanak vermektedir.

Yeni veya değişmekte olan uyuşturucu kullanma alışkanlıkları genellikle yerel veya kentsel düzeyde ortaya çıkmakta olup, çok az Üye Devlet, örneğin yeni veya yeni ortaya çıkan psikoaktif maddelerin kullanımından kaynaklanan ölümcül ve ölümcül olmayan zehirlenmelerin kapsamını gösterecek izleme sistemlerine sahiptir. Zorunlu olarak kısmi olacak bir tablo bağlamında, Avrupa'da yeni ortaya çıkan uyuşturucu eğilimleri hakkında toplanmış veriler, bir dizi farklı kaynaktan gelen bilgilerin nirengi yapılmasıyla değerlendirilmektedir.

Bu bölüm, başlıca uyuşturucu göstergeleri tarafından rutin olarak ele alınmayan ve politika yapıcılar tarafından sadece yakın zamanda potansiyel bir sorun olarak saptanmış bulunan veya medyanın ilgisini çekmiş olan psikoaktif maddelerin yasadışı kullanımındaki yeni gelişmeler hakkında rapor vermektedir.

Piperazinler: yeni psikoaktif maddeler

Son yıllarda yeni psikoaktif maddelerle ilgili en önemli gelişme, bazıları Avrupa'da 2004 ve 2006 yılları arasında ortaya çıkmış olan, çeşitli yeni piperazin türevlerinin yayılması olmuştur.

Bu gruptaki sentetik maddeler ana bileşik piperazinden elde edilip, BZP (1-benzilpiperazin) ve mCPP (1-(3-klorofenil)piperazin) içermektedir. Bu iki madde kimyasal tedarikçilerden ve İnternet üzerinden yaygın olarak bulunabilmekte olup,

yasadışı üretim esas olarak hap veya kapsül üretilmesiyle sınırlıdır.

BZP

BZP'nin fizyolojik ve öznel etkilerinin amfetaminlerle karşılaştırıldığı çalışmalar, BZP'nin etki gücünün deksamfetaminin yaklaşık onda biri olduğunu ortaya koymuştur.

Son yıllarda, BZP içeren ürünler pek çok perakendeci tarafından yazılı basın, İnternet siteleri, özel dükkanlar ve kulüp ve festivallerdeki standlar yoluyla ecstasy'e yasal bir alternatif olarak sınırsızca pazarlanmaya başlanmış olup, 'ecstasy' olarak alınıp satılabilmektedir. BZP diğer piperazinlerle çeşitli kombinasyonlarda sunulmaktadır ve bazılarının, özellikle de TFMPP'li BZP kombinasyonunun⁽¹³⁶⁾, ecstasy'nin etkilerini taklit etmek üzere tasarlandığı düşünülmektedir. Bu ürünler genellikle piperazin içerdiği görünecek şekilde etiketlenilmekte ama çoğunlukla 'doğal' veya 'bitkisel' olduğuna dair yanılgılara yol açmaktadır.

AB'de uyuşturucu kullanımında yeni ortaya çıkan eğilimler hakkında toplanan kanıtlar, bunların yasal pazarlardaki tüketici eğilimleriyle paralellik sergileyebileceklerini ortaya koymaktadır – örneğin BZP gibi tamamen sentetik maddelerin, 'doğal' veya 'bitkisel' olduğu iddiasıyla satışı, doğal ürünlere ilgi duyan daha geniş bir tüketici kitlesi için cazip olabilir. Bunun yanı sıra, ürünlerin çoğunlukla sokaktan ziyade özel perakendeciler tarafından veya özel dükkanlarda satılması da BZP'nin görünüşte güvenliğini artırmaktadır.

BZP'ye 14 Üye Devlet (Belçika, Danimarka, Almanya, İrlanda, Yunanistan, Fransa, Malta, Hollanda, Avusturya, Portekiz, İspanya, İsveç, Finlandiya, Birleşik Krallık) ve Norveç'te rastlanmıştır.

Eğlence amacıyla kullanıldığında az bir güvenlik payı varmış gibi görünen BZP'ye bağlı sağlık risklerine ilişkin bazı kanıtlar bulunmaktadır. Birleşik Krallık'ta, BZP zehirlenmelerinin klinik olarak gözlemlendiği vakalar rapor edilmiştir ve BZP'nin, kullanıcıların bazen tıbbi acil durumlara yol açacak şekilde ciddi yan etkilere maruz kaldığı, tüketilen tek psikoaktif madde olduğu toksikolojik olarak teyit edilmiştir. Bununla beraber,

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-Triflorometilfenil)piperazin.

doğrudan BZP'ye atfedilebilecek hiçbir ölümcül vaka yoktur. AB Mart 2007'de, BZP kullanımından kaynaklanan endişelere, bu maddenin yol açtığı sağlık riskleri ve sosyal risklerin bir risk değerlendirmesine tabi tutulmasını resmen talep ederek karşılık vermiştir ⁽¹³⁷⁾.

mCPP

mCPP, ecstasy'nin (MDMA) yol açıklarına benzer uyarıcı ve halüsinojenik etkilere yol açan bir madde olarak tanımlanmıştır. mCPP içeren haplar çoğunlukla ecstasy'e benzeyecek şekilde tasarlanmakta ve neredeyse her zaman ecstasy olarak alınıp satılmaktadır ve bu uyuşturucular bazen bir arada bulunabilmektedir. MDMA'nın etkilerini artırmak veya güçlendirmek için mCPP katıldığı düşünülmektedir.

mCPP 2004 yılından beri, 26 Üye Devlet (Kıbrıs dışındakilerin hepsi) ve Norveç'te görülmüştür; bu şekliyle, 1997'de Avrupa erken uyarı sistem izlemesi başladığından beri, AB'de en yaygın olarak görülen yeni psikoaktif madde haline gelmektedir.

Avrupa Birliği'nde mCPP'ye bağlı hiçbir ağır zehirlenme vakası veya ölümcül vaka rapor edilmemiştir. Akut toksisite anlamında özellikle tehlikeli bir madde olduğuna ilişkin kanıtlar az olmakla beraber, kronik (uzun süreli kullanım) toksisitesi henüz belirlenmemiştir.

GHB

İnternet üzerinden açık GHB satışları ⁽¹³⁸⁾, bu madde Mart 2001'de Psicotropik Maddeler hakkında BM Sözleşmesi'nin

Uyuşturucuyla kolaylaştırılan cinsel saldırılar

Bir mağduru aciz hale getirmek için içeceğine gizlice uyuşturucu katılması suretiyle gerçekleştirilen cinsel saldırı vakaları, medya ve tıp literatüründe 1980'lerden beri artarak rapor edilmiştir. Bununla beraber, bu tipteki suçlar için adli kanıt elde etmek, bilindiği gibi güçtür. Adli tıp çalışmaları, cinsel saldırı iddialarında yüksek yoğunluklarda alkol ile ayrıca reçeteli benzodiazepin uyuşturucuların yaygın olarak saptandığını ortaya koymakta (Fransa'da vakaların % 80'inden, Birleşik Krallık'ta ise % 30'undan fazlasında), ancak GHB gibi uyuşturucuların saptanma olanağı düşük olduğundan, bu durum hemen rapor edilmeyen saldırı iddialarında kanıt belirlenmesi olasılığını sınırlandırmaktadır. 2000'den beri (Birleşik Krallık, Fransa, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'da) yürütülen çalışmalardan elde edilen adli kanıtlar, cinsel saldırı amacıyla gizlice uyuşturucu verme vakalarının nispeten nadir olduğuna işaret etmekle beraber, eksik raporlama veya gecikmiş raporlamadan dolayı, gerçek görülme oranı daha yüksek olabilir.

Plan IV'üne eklendiğinden beri, sınırlandırılmıştır, dolayısıyla, tüm AB ülkelerinin bu maddeyi psicotropik maddelere ilişkin mevzuatları kapsamında kontrol etmesi zorunludur. GHB Fransa ve Almanya'da anesteziye terapötik olarak, Avusturya ve İtalya'da ise alkol yoksunluğunda kullanılmıştır. Haziran 2005'te, EMEA'nın Beşeri Tıbbi Ürünler Komitesi (CHMP), narkolepsik yetişkin hastalarda katapleksi tedavisi için (etken maddesi GHB olan) tıbbi ürün Xyrem'e pazarlama izni verilmesini önermiştir (EMEA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

GHB, sanayide yaygın olarak kullanılan ve ticari olarak satılan çözücüler olan, öncülleri gamma-bütürolakton (GBL) ve 1,4-butanedioldan (1,4-BD) kolayca imal edilmektedir. Bu öncül maddelerin istismar edilme potansiyelini fark eden bazı ülkeler, uyuşturucu kontrol veya dengi mevzuat kapsamında bir veya ikisini birden kontrol etmeyi tercih etmiştir (İtalya, Letonya, İsveç). GBL çoğu Üye Devlet'te kontrol edilmediğinden ve çevrimiçi kimyasal tedarikçileri buna kolay bir erişim sağladığından, bazı GHB kullanıcıları GBL tüketmeye geçmiş gibi görünmektedir. Birleşik Krallık, Almanya ve Hollanda merkezli çevrimiçi GHB ve uyuşturucu forumlarının niteliksel analizleri, kullanıcıların GBL'yi, çeşitli yasal amaçlarla GBL pazarlayan tedarikçilerden edindiklerini ortaya koymaktadır.

Yaygınlık ve kullanma alışkanlıkları

Eldeki tüm bilgi kaynakları GHB'nin genel yaygınlık oranının düşük olduğunu, önemli kullanım seviyelerinin bazı spesifik alt-nüfuslarla sınırlı olduğunu göstermektedir. Birleşik Krallık'ta gerçekleştirilen bir İnternet anketi, GHB'nin gece hayatı ortamlarından (% 26) ziyade evde (% 67) kullanıldığını saptamıştır (Sumnall vd., 2007). 2005 yılında Amsterdam'da 408 pub müdavimiyle gerçekleştirilen bir anket, GHB'nin yaşamı yaygınlık tahminlerinin gay barlar ve 'trendy' kafelerin müşteri kesimi arasında (sırasıyla % 17,5 ve % 19), popüler mekanlarda ve öğrenci pub ve kafelerinde olduğundan (sırasıyla % 5,7 ve % 2,7) oldukça yüksek olduğunu rapor etmiştir (Nabben vd., 2006).

Eğilimler

Bilgi eksikliğinden dolayı GHB'deki eğilimlerin değerlendirilmesi güç olmakla beraber, eldeki kanıtlar GHB kullanımının bazı küçük alt-nüfus gruplarıyla sınırlı kaldığını göstermektedir. Belçika, Hollanda ve Birleşik Krallık'taki dans müziği anketlerinden elde edilen veriler, GHB kullanımının 2000-03 arasında doruğa çıkmış ardından düşmüş olabileceğini düşündürmektedir. Bununla beraber, bu bulgunun diğer altgruplar için ne derece geçerli olabileceği kuşkuludur. 2005 yılında, Finlandiya'daki uyuşturucu telefon

⁽¹³⁷⁾ Bkz. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

⁽¹³⁸⁾ Olası GBL veya 1,4-BD kullanımının da içerilmesi için GHB terimi kullanılmaktadır.

⁽¹³⁹⁾ Bkz. 'Avrupa tıbbi ürünler pazarlama iznine yönelik usul', p. 68.

Yeni ortaya çıkan uyuşturucu eğilimleri hakkında bilgi kaynağı olarak İnternet

2004 yılında, AB'de gençlerin üçte birinden fazlası, uyuşturucular hakkında daha fazla şey öğrenmek için İnternet'e başvuracaklarını ifade etmiştir (Eurobarometer, 2004). Gençler gerçekten de uyuşturucularla ilgili bilgileri çevrimiçi edinebiliyorlarsa, aldıkları bilginin ne derece tarafsız ve doğru olduğuna ilişkin ciddi bir soru doğmaktadır. Uyuşturucu konularıyla ilgili, bazıları devlet destekli, bazıları lobi grupları, tüketici veya savunucu ağları tarafından işletilen pek çok site bulunmaktadır. İnternet, uyuşturucular hakkında bir bilgi kaynağı görevi görenin yanı sıra, yasadışı uyuşturucular ve yasal alternatiflerini satan sitelerle, hem yasal hem de yasadışı uyuşturucular için bir pazar yaratmıştır. Kullanıcı taleplerine ve değişen hukuki durumlar ile pazar durumlarına son derece duyarlı çevrimiçi pazarlama stratejileri kullanarak İnternet'in pazarlama potansiyelinden faydalanan çevrimiçi uyuşturucu perakendecileri, yeni uyuşturucu alma şekilleri veya ürünleri yayma potansiyeline giderek daha çok sahip olmaktadır.

EMCDDA, E-POD (Avrupa uyuşturucu perspektifleri) projesi çerçevesinde, İnternet'i yeni ortaya çıkan uyuşturucular hakkında bir bilgi kaynağı olarak kullanmanın yollarını araştırmaktadır. AB düzeyinde de halk sağlığı hususlarında güvenilir bilgi sağlanmasına yönelik gelişmeler olmaktadır: yeni AB halk sağlığı portalı, uyuşturucuya bağlı bilgileri de içeren, bir dizi Avrupa halk sağlığı kaynağına açılan bir kapı görevi görmektedir⁽¹⁾.

(1) <http://ec.europa.eu/health-eu>

yardım hatlarının ilk kez olarak GBL'yle ilgili aramalar rapor ettiği de burada belirtilebilir (FESAT, 2005).

Sağlık riskleri

GHB'yle ilişkilendirilen başlıca sağlık riski, bu uyuşturucu özellikle alkol veya başka yatıştırıcı uyuşturucularla alındığında oluşan, yüksek bilinç kaybı riski gibi görünmektedir. GHB kullanımı ayrıca koma, vücut ısısının düşmesi, hipotoni, halüsinasyonlar, bulantı, kusma, bradikardi ve solunum depresyonu gibi başka sorunlara da yol açabilir. Uzun süreli kullanımın akabinde GHB'ye fiziksel bağımlılık geliştirdiği gözlemlenmiştir ve içeriğinde çözücüler veya ağır metal kirlenmeler bulunması olasılığına karşılık, başka sağlık riskleri de doğabilir.

1993'ten beri, beş Üye Devlet ve Norveç EMCDDA'ya GHB'ye bağlı ölümler rapor etmiştir: Danimarka ve İtalya (her biri bir vaka), Finlandiya ve Norveç (her biri üç vaka) ile İsveç ve Birleşik Krallık (GHB'ye bağlı 40 civarında ölüm).

Amsterdam'da, GHB kullanımından kaynaklanan ölümcül olmayan acil durumların rapor edilen sayısı 2005 yılında

76 olup, önceki yıllarda da olduğu gibi, halüsinojenik mantarlar (70 vaka), ecstasy (63 vaka), amfetamin (üç vaka) ve LSD (bir vaka) kullanımına atfedilen tıbbi acil durumların sayısını geçmiştir. Diğer maddelerle karşılaştırıldığında, GHB vakalarının yüksek bir oranı (% 84) kullanıcının hastaneye götürülmesini gerektirmiştir. Hollanda'daki Ulusal Zehir Bilgi Merkezi'ne iletilen GHB bilgi talepleri 2005'te 2004 yılına oranla % 27 artmıştır (iletilen 1.383 talebin 241'i).

Risk azaltma

GHB kullanımına yönelik tepkiler en yaygın olarak, eğlence ortamlarını hedef alan ulusal projeler veya toplum projeleri kapsamında verilmektedir ve genellikle kulüp personelinin eğitilmesi ve GHB kullanımına ilişkin risklerin yaygın olarak bildirilmesinden ibarettir (Almanya, Fransa, Hollanda, Avusturya, Birleşik Krallık). Eğlence ortamlarında, içkilerin 'alkollenmesini' engellemek üzere alınması gereken önlemler ve potansiyel aşırı doz durumunda alınması gereken tedbirlere ilişkin öneriler, GHB'yle ilgili yaygın verilen bilgiler için merkezi önem taşımaktadır. Büyük etkinliklerde uyuşturucu ve alkol sorunları için ilk yardım desteği sağlayan ekiplerden, GHB veya diğer uyuşturucuya bağlı olaylara müdahale etmek amacıyla, giderek daha fazla yararlanılmaktadır.

Ketamin

Ketamin AB'de, 2000 yılında ilk kez amacı dışında kullanımına ilişkin endişeler doğduğundan beri izlenmektedir (EMCDDA, 2002). Ketamin, ulusal düzeyde, AB Üye Devletleri'nin neredeyse yarısında, (ilaç tüzüklerinden farklı olarak) kontrol edilen uyuşturucular mevzuatına tabidir ve İsveç ile Birleşik Krallık'ta ketamin, sırasıyla 2005 ve 2006'da, narkotik bir madde olarak listelenmiştir. Yakın zamanda, ketaminin DSÖ tarafından gerçekleştirilen kritik bir inceleminde, bu uyuşturucu dünyanın uzak bölgelerinde

Yeni psikoaktif maddeler

Yeni psikoaktif maddelerle ilgili bilgi değişimi, risk değerlendirme ve kontrol hakkındaki 10 Mayıs 2005 tarih ve 2005/387/JHA sayılı Konsey Kararı, halk sağlığına ilişkin ve sosyal tehditler oluşturabilecek yeni psikoaktif maddeler hakkında hızlı bilgi alışverişine yönelik bir mekanizma oluşturmaktadır. EMCDDA ve Europol'a, ağlarıyla – sırasıyla Reitox ulusal odak noktaları ve Europol ulusal birimleriyle – yakın işbirliği içerisinde, yeni psikoaktif maddelerin tespitine yönelik bir erken uyarı sistemi uygulamaya konmasında merkezi bir rol verilmiştir⁽¹⁾.

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1346>

beşeri tıpta ve veterinerlikte kullanıldığından ve uygun bir ikame maddesi bulunmadığından, uluslararası kontrollerin sorunlara yol açacağı sonucuna varılmıştır (DSÖ, 2006). Bu incelemeden hareketle, Mart 2007’de, ketamin bağımlılığı ve amaç dışı kullanımı hakkındaki BM Narkotik Uyuşturucular Komisyonu karar taslağı, Üye Devletler’i, devlet kurumlarının ketaminin amaç dışı kullanımını zamanında saptamalarını kolaylaştırmak üzere bir ihtiyati önlemler sistemi kabul etmeleri için teşvik etmiştir.

Ketamin kullanımına ilişkin çok az epidemiyolojik veri bulunmakla beraber, Birleşik Krallık’ta yeni gerçekleştirilen bir okul anketi yaşam boyu yaygınlık oranlarının % 0,5’ten az olduğunu rapor etmiştir. Dans müziği ortamlarında gerçekleştirilen anketlerden elde edilen bazı veriler de mevcut olup, yüksek riskli bu kesime ilişkin farklı çalışmalarda, yaşam boyu bir kez ketamin kullanma oranlarının Çek çalışmasındaki % 7’den Macar örneğindeki % 21’e kadar değiştiği rapor edilmiştir.



8. Bölüm

Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar ve uyuşturucuya bağlı ölümler

Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar

EMCDDA'ya ve Avrupa AIDS Epidemiyolojik İzleme Merkezi'ne sunulan veriler (EuroHIV, 2006), 2005 sonu itibarıyla, enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları (EUK'ler) arasındaki HIV bulaşma oranlarının Avrupa Birliği ülkelerinin çoğunda düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum olasılıkla, en azından kısmen, ikame tedavisi ile önleme, tedavi ve iğne ve şırınga programlarının da dahil olduğu hasar azaltma önlemlerinin artmasına bağlı olmakla beraber, bunda bazı ülkelerde enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımında gözlemlenen düşüşler gibi başka faktörler de önemli bir rol oynamış olabilir. Bununla beraber, bazı AB ülkeleri ve bölgelerinde, EUK'ye bağlı HIV bulaşıcılığının 2005 yılında hâlâ nispeten yüksek oranlarda sürmüş olması muhtemel olup⁽¹⁴⁰⁾, bu durum yerel önleme uygulamalarının kapsamı ve etkinliğinin belirlenmesine ilişkin ihtiyacın altını çizmektedir.

Avrupa'da EUK'ler arasında uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıkların izlenmesi hali hazırda HIV/AIDS ve viral hepatite (B ve C) odaklanmıştır. Bu program birbirini tamamlayan iki sistemden oluşmaktadır: vaka raporlama (veya 'bildirimler': yeni rapor edilen/bildirilen vakaların kesin sayımları) ve 'seroyaygınlık izleme' (veya 'koruyucu izleme': EUK örneklerinde testlerde pozitif çıkan yüzde) (Şekil 11)⁽¹⁴¹⁾. Her iki sistemin de yetersiz olması mümkündür ve ülkeler veri bulunurluğu bakımından ayrılmaktadır. Bununla beraber, bu iki sistemden herhangi biri tarafından sunulan verilerin dikkatle yorumlanması gerekmele beraber, birlikte ele alındıklarında, yeni epidemiyolojik eğilimlerin daha kapsamlı bir tablosunu sunmaktadırlar.

HIV görülme oranı ve yaygınlık göstergeleri

HIV vaka raporlama

Enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasında görülen yeni enfeksiyon sayısının (görülme oranı) önemli bir göstergesi, yeni teşhis edilmiş HIV enfeksiyonlarının vaka raporlarından elde edilmektedir. Bu veriler yorumlanırken akılda tutulması gereken bir dizi husus vardır: enfekte olmuş EUK'lere,

sağlık hizmetleriyle iletişimde değillerse, teşhis edilmemiş olabilir; yeni enfeksiyonlar uyuşturucu enjekte edilmesine bağlı olmayabilir ve teşhis edilen vakaların sayısı, test etme ve raporlama oranlarına ilişkin ülkelerarası veya zamansal farklılıklardan etkilenebilir.

Eldeki veriler, 2005 itibarıyla, çoğu ülkede, EUK'lere bağlı yeni enfeksiyon oranlarının düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Bu analizde dikkat gerektiren husus, bazı yüksek yaygınlıklı ülkelerde yeni vaka raporlama verileri bulunmamasıdır (Estonya, İspanya, İtalya, Avusturya). Birçoğu EUK'ler arasında büyük HIV salgınları yaşamamış olan 19 Üye Devlet'te, EUK'lere bağlı rapor edilen vaka oranları, 2005 yılında bir milyon kişi başına beş vakanın altında kalmıştır. İrlanda ve Lüksemburg tarafından daha yüksek rakamlar rapor edilmiş olup, buralarda bir milyon kişi başına sırasıyla 15 ve 16 yeni vaka rapor edilmiştir. EUK'lere spesifik verileri bulunan ülkeler arasında en yüksek oranı rapor eden Portekiz'de (2005'te genel nüfusun bir milyonu başına 85 yeni vaka), 2000 ve 2003 arasında meydana gelen bir düşüşten sonra, mevcut durum dengelenmiş gibi görünmektedir⁽¹⁴²⁾. Letonya, Litvanya ve olasılıkla Estonya'da da, rapor edilen yeni EUK'ye bağlı enfeksiyon oranları 2001-02'deki epidemik doruklardan sonra önemli oranda düşmüştür. Letonya'da, oranlar 2001 yılında bir milyon kişi başına 283 yeni vakadan 2005 yılında bir milyon başına 49 yeni vakaya düşmüştür. Litvanya'da oranlar, mahkumlar arasında meydana gelen bir salgından sonra, 2002'de gözlemlenen büyük bir artışı takiben (milyon başına 109), 2005'te milyon başına 25 yeni vakaya düşmüştür. Estonya'da HIV enfeksiyonunda önemli bir düşüş yaşanmış olmakla beraber, bu ülke hâlâ AB'deki en yüksek yeni HIV enfeksiyonları oranını rapor etmektedir. Ayrıca Estonya için EUK'de özel veriler bulunmamakta, ancak enjekte edilen uyuşturucu kullanımı bu ülkede HIV için büyük bir olasılıkla hâlâ önemli bir bulaşma yolu teşkil etmektedir.

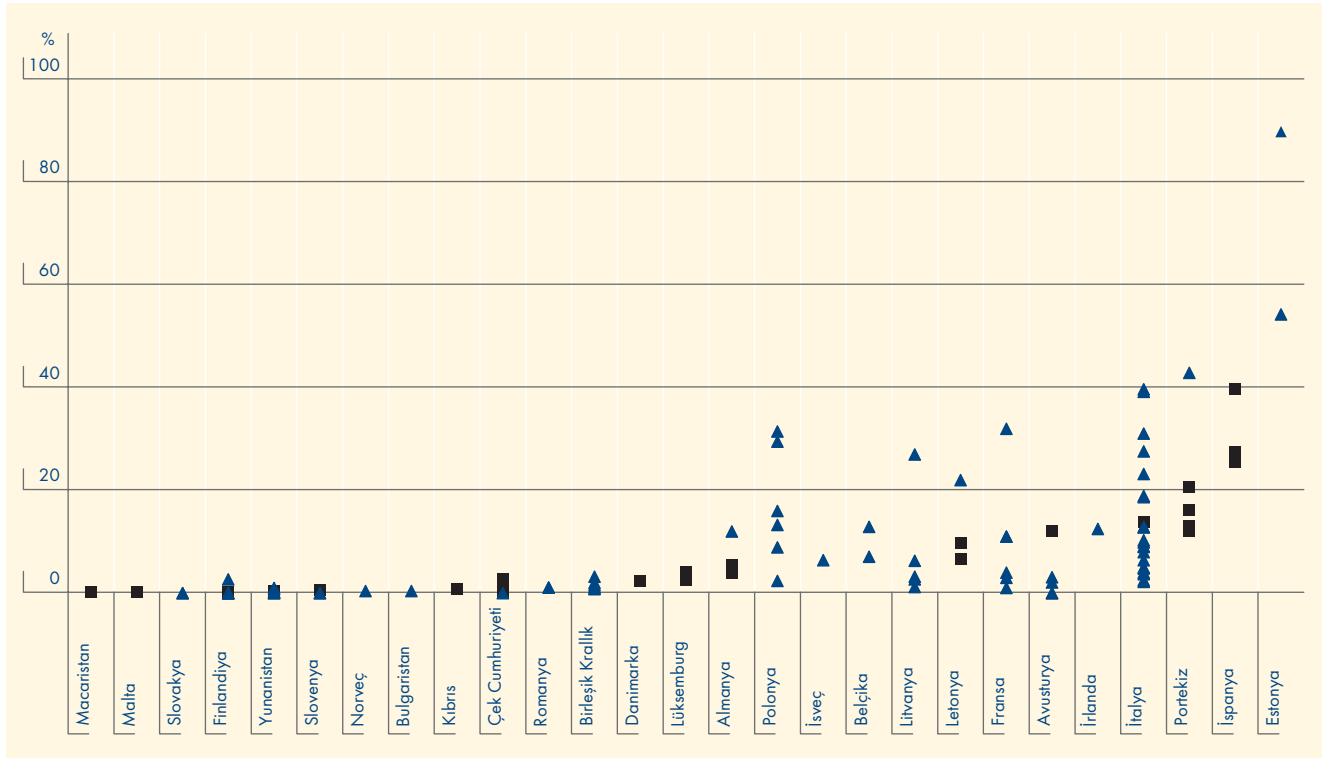
Genç ve yeni EUK'ler arasında HIV yaygınlığı

Mevcut vaka raporlama verilerinden elde edilen sonuçlara destekleyici nitelikte kanıtlar için yeni EUK (iki yıldan az

⁽¹⁴⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil INF-2.

⁽¹⁴¹⁾ Bu alandaki bazı yaygınlık çalışmaları küçük ölçeklidir: bu bölümde sadece 50'den fazla kişiyi içeren örnekler ve istatistiksel öneme sahip ($p < 0,05$) zamansal eğilimler rapor edilmiştir.

⁽¹⁴²⁾ Portekiz'de 2004 (HIV vakaları) ve 2005'te (AIDS vakaları) yaşanan artışlar, 2005'teki zorunlu HIV raporlamasında yapılan değişikliğe ilişkin tartışmaların akabinde uzmanların ilgisinin ve raporlamaların artmasına bağlanabilir.

Şekil 11: Enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasında HIV yaygınlığına ilişkin ulusal ve yerel çalışmalardan elde edilen tahminler, 2004/05

Not: Siyah kare = ulusal kapsamlı örnekler; mavi üçgen = yerel (yerel ve bölgesel) kapsamlı örnekler.
İspanya ve İsveç'ten elde edilen tahminler 2006 verilerini içermektedir; İrlanda ve Letonya'ya yönelik veriler 2003'ten; Slovakya'ya yönelik veriler 2003/04'tendir.
Ülkeler, ulusal verilerin ortalaması veya bunlar yoksa, yerel verilerin ortalaması temel alınarak, artan yaygınlık oranlarına göre sıralanmıştır.
Farklı tipte ortamlar ve çalışma yöntemlerinden dolayı, ülkeler arasında karşılaştırma yaparken dikkatli olunmalıdır; ulusal örnekleme stratejileri farklılık göstermektedir – ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil INF-3. Rapor edilen tüm örnek boyutları 50'den büyüktür.
Kaynaklar: Reitox ulusal odak noktaları. Birincil kaynaklar, çalışma ayrıntıları ve 2004'ten önceki veriler için bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo INF-8 bölüm (i) ve bölüm (ii) ile Tablo INF-0 bölüm (i).

bir süredir enjekte edenler) ve genç EUK (25 yaş altı) örneklerindeki HIV enfeksiyonu seviyeleri incelenebilir. Bu gruplarda enfeksiyonların daha yakın zamanda kapılmış olması muhtemel olduğundan, bu veriler HIV görülme oranının vekil göstergelerini sunmaktadır. (Aşağıda rapor edilen yaygınlık çalışmalarında bulunan) bu altgruplardaki yüksek HIV enfeksiyonu seviyesi (2004-05'te % 5'in üzerinde), Portekiz (veriler ulusaldır), Litvanya ve Estonya'da (veriler bölgesel veya kent seviyesindedir) EUK'ler arasındaki yüksek yeni vaka oranlarına ilişkin göstergeleri destekleyici nitelikte olup, Polonya'da, rapor eden üç kentten birinde görülen durumun da bu olduğunu ortaya koymaktadır⁽¹⁴³⁾. Unutulmaması gerekir ki, bu altörneklerin boyutları genelde küçüktür ve genç ve yeni EUK'lere ilişkin seroyaygınlık verileri bazı ülkelerde bulunmamaktadır.

HIV yaygınlığındaki eğilimler

Tekrarlanan EUK örneklerindeki artan HIV yaygınlıkları süregelen hastalıklara da işaret ediyor olabilir ancak, enfekte EUK'lerin ölüm oranlarının veya enfekte olmayan EUK'lerin sayılarının azalması da önemli karışıklıklara yol açabilir. AB'de bulunan zaman serilerinin çoğu kararlı yaygınlığa

işaret etmekte, ölmekte olan enfekte EUK'lerin sayısının HIV enfeksiyonuna yakalanan EUK'lerin sayısı ile dengelendiğini düşündürmektedir. Bununla beraber, bazı zaman serisi çalışmalarında, 2001'den beri dokuz ülkedeki yaygınlıklarda coğrafi olarak dağınık artışlar gözlemlenmekte, ancak bunlar genellikle başka bölgelerdeki kararlı veya düşen eğilimlere eşlik etmekte olup, genel eğilimlerin saptanmasını güçleştirmektedir. Bu ülkeler arasında yine Letonya (ulusal bir artış) ve Litvanya'nın (sadece bir kentte artış) yanı sıra Avusturya (ulusal artış), Birleşik Krallık (İngiltere ve Galler'de artmış ama yine de düşük seviyede) ile yaygınlığın hâlâ çok düşük olduğu (% 1'den az) bazı ülkeler bulunmaktadır. Genel olarak, HIV yaygınlığındaki bu yerel veya ulusal seviyedeki artışlar, EUK'ler yönelik önleme tedbirleri sağlanmasına ilişkin olarak rehavete kapılmamak gerektiğini ortaya koymaktadır.

Buna karşın, Yunanistan (hem ulusal düzeyde hem de bir bölgede), İspanya (hem ulusal düzeyde hem de bir bölgede) ve Finlandiya (ulusal) tarafından düşen yaygınlık oranları rapor edilmektedir. Bunun yanı sıra, dört ülkede 2001'den beri sürekli düşük yaygınlık oranları (tüm mevcut verilerde % 1'den az) rapor edilmekte olup, bu ülkelerin hepsi yeni Üye Devletler'dir: Bulgaristan (Sofya, ama yaygınlık artmaktadır),

⁽¹⁴³⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar INF-9 ve INF-10. Yıllık raporda, sadece 50 büyüklüğünde veya daha büyük örnekler rapor edilmiştir.

Macaristan (ulusal), Slovenya (iki şehir ama artmaktadır) ve Slovakya (iki şehir).

Genel olarak, 2001-05'te 22 AB Üye Devleti ve Norveç'i kapsayan EUK örneklerindeki tekrarlanan HIV yaygınlık ölçümlerine yönelik doksandan fazla zaman serisi içinde, düşme eğilimi sergileyen bölgeler artma eğilimi sergileyenlerden fazladır. Veriler göstermektedir ki özellikle yaygınlığın yüksek olmuş olduğu alanlarda, EUK'lerde görülen enfeksiyon artık büyük olasılıkla düşmektedir ve önleme ile hasar azaltma politikaları etkisini göstermeye başlamıştır⁽¹⁴⁴⁾.

AB tahmini

Eldeki vaka raporlama ve seroyaygınlık verilerine ve EUK'ler ile sorunlu uyuşturucu kullanıcılarının sayısına ilişkin tahminlere dayanarak (bkz. 6. Bölüm), AB'de hayatlarında hiç uyuşturucu enjekte etmemiş olup HIV'le yaşayan 100.000 ila 200.000 kişi olduğu tahmin edilmektedir. AB'de enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasında yeni teşhis edilmiş HIV vakaları sayısının şu anda yıllık 3.500 olduğu tahmin edilmektedir.

AIDS görülme oranı ve HAART'a erişim

1996'dan beri mevcut olan, yüksek oranda etkin antiretroviral tedavi (HAART), HIV enfeksiyonunun AIDS'e dönüşmesini etkin olarak durdurduğundan, AIDS görülme vakalarına ilişkin veriler HIV bulaşmasının göstergeleri olarak eskisi kadar yararlı olmamaktadır. DSÖ, HAART kapsamı seviyelerinin AB Üye Devletleri, aday ülkeler ve Norveç'te yüksek olduğunu tahmin etmekte, bunların hepsi en az % 75'lik kapsama rapor etmekle beraber⁽¹⁴⁵⁾, EUK'ler için özel veriler bulunmamaktadır. Semptomatik hastalık seviyesi ile HAART'ın uygulanırlığı ve erişilebilirliğini belirttiğinden, AIDS vakası verileri hâlâ önem taşımaktadır.

Portekiz hâlâ EUK'ye bağlı AIDS görülme oranı en yüksek olan ülkedir ve 2004'te bir milyon kişi başına 30 vakadan 2005 yılında milyon başına tahmini 36 yeni vakayla, yeni bir artış bildiren tek ülkedir. Buna ek olarak, toplam (büyük olasılıkla önemli oranda enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımına bağlı) AIDS ölüm oranı 1997 ve 2002 arasında düşmemiş olup, bu dönemde HAART'a erişimin düşük olmuş olabileceğini düşündürmektedir⁽¹⁴⁶⁾. Baltık ülkelerinden Letonya AIDS görülme oranlarında, 2004'te milyon başına 26 yeni vakadan 2005'te milyon başına 23 yeni vakayla bir düşüş kaydederken, Estonya 2005 yılında EUK'ye özel veri sağlamamış ama 2003 ve 2004 arasında bir artış rapor etmiştir (milyon başına dört vakadan 13 vakaya)⁽¹⁴⁷⁾.

Hepatit B ve C enfeksiyonları

AB'de EUK'ler arasında HIV enfeksiyonu esas olarak birkaç ülkede yüksek yaygınlık gösterirken, viral hepatit ve özellikle de hepatit C virüsünün yol açtığı enfeksiyon (HCV), çok daha eşit dağılmıştır ve daha yaygındır.

17 ülkeden alınan 60 çalışmada 2004-05'te test edilen EUK örneklerinin % 60'tan fazlasının HCV antikor seviyeleri rapor edilmiştir (28 ülkeden 6 tanesi veri bildirmemiştir)⁽¹⁴⁸⁾. Bu örneklerdeki genç EUK'ler (25 yaş altı) arasında, yedi ülkede ve pek çok ülkenin veri sahibi olmadığı yeni EUK'ler arasında da Polonya ve Birleşik Krallık'ta yüksek bir yaygınlık (en az bir örnekte % 40'ın üzerinde) görülmüştür⁽¹⁴⁹⁾. Sadece beş ülke yaygınlık oranının % 25'ten az olduğu çalışmalar rapor etmiştir.

EUK'ler ve sorunlu uyuşturucu kullanıcılarının sayısına ilişkin eldeki verilere ve tahminlere dayanarak (bkz. 6. Bölüm), AB'de hayatlarında hiç uyuşturucu enjekte etmemiş olup HCV enfeksiyonuyla yaşayan yaklaşık bir milyon kişi olabileceği hesaplanabilir.

HBV enfeksiyonu markörlerinin yaygınlığı, olasılıkla aşılama seviyelerindeki farklılıklara bağlı olarak, HCV markörlerinin yaygınlığından çok daha fazla çeşitlilik göstermektedir. Eldeki en eksiksiz veri seti, enfeksiyon geçirilmiş olduğuna işaret eden, hepatit core antijeni (anti-HBc) antikoruna yönelik olmaktadır. 2004-05'te, altı ülkeden % 40'ın üzerinde yaygınlık oranları rapor edilmiştir.

Bildirilen hepatit B ve C vakalarındaki zamansal eğilimler farklı tablolar sunmaktadır. Hepatit B durumunda, EUK'lerin bildirilen tüm vakalar arasındaki oranı genel olarak düşmüş görünmekte, büyük bir olasılıkla aşılama programlarının artan etkisini yansıtmaktadır. Bildirilen hepatit C enfeksiyonu vakaları arasındaki EUK'lerin oranı için belirgin bir genel eğilim yoktur⁽¹⁵⁰⁾; ancak, bu oran ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermekte olup, hepatit C'nin bulaşmasında farklılıklar bulunduğunu düşündürmektedir. Enfeksiyon oranlarındaki ülkeler arası farklılıklardan sorumlu faktörlerin anlaşılması, bu alanda daha iyi önleme ve hasar azaltma stratejileri geliştirilmesi için önem taşıyacaktır.

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi

Geçmiş on yılda, enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasındaki bulaşıcı hastalıklara etkin bir tepki vermek için şart olan önemli unsurlara ilişkin AB düzeyinde fikir birliği oluşmuştur. Avrupa'da, çok yönlü- birleştirilmiş önleme

⁽¹⁴⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar INF-8, INF-9 ve INF-10.

⁽¹⁴⁵⁾ Bkz. 2006 istatistik bülteninde Şekil INF-14.

⁽¹⁴⁶⁾ Portekiz HIV/AIDS Enfeksiyonu Ulusal Koordinasyonu, Sağlık Bakanlığı, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil INF-1. En yeni iki yıla ilişkin veriler, raporlama gecikmelerine göre düzeltilmiş tahminler olup, zaman içerisinde değişime tabidir.

⁽¹⁴⁸⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar INF-11, INF-12 ve INF-13. Yıllık raporda sadece 50 büyüklüğünde ve daha büyük örnekler rapor edilmiştir.

⁽¹⁴⁹⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil INF-6 (bölüm vii).

⁽¹⁵⁰⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekiller INF-8 ve INF-11.

Hapishane sağlığı halk sağlığı demektir

Son yirmi yılda halk sağlığına ilişkin en önemli sorunlar arasında şunlar yer almaktadır: TB gibi bulaşıcı hastalıkların yeniden ortaya çıkması; HIV/AIDS’in artması ve hızla yayılması ve psiktropik uyuşturucuların sorunlu kullanımının görünürde kontrol edilemez olan salgını. Halkın en korunmasız kesimleri bu koşullardan oransız bir şekilde mağdur olmaktadır. Özellikle hapiste bulunan kesimler arasında uyuşturucu sorunları genellikle yaygın ve bulaşıcı hastalık seviyeleri de nispeten yüksektir. Bunun yanı sıra, uyuşturucu kullanımı hapiste genellikle devam etmekte veya bazen de başlamaktadır; bu ortamda yüksek riskli davranışlar da yaygın olarak görülebilmektedir. Dolayısıyla, hapishanelerin potansiyel hayati tehlike oluşturan hastalıklardan etkilenme potansiyeli yüksek seviyelerde olmakla beraber, hapishaneler özellikle önemli bir hedef gruba müdahale etme olanağı sağlamaktadır.

Birkaç istisna dışında (Fransa, Birleşik Krallık (İngiltere ve Galler), Norveç), hapishane sağlığı genellikle sağlık sisteminden ziyade hukuki sistem veya güvenlik sisteminin ayrılmaz bir parçasını teşkil ettiğinden, hapishane sağlığı konusunun genel halk sağlığı yaklaşımlarından dışlanmasına ve verilen sağlık hizmetlerinin bağımsızlığı, kalitesi, erişilebilirliği ve düzeyi hakkında sorular doğmasına yol açmaktadır.

Mahkumların sağlık durumlarının yetersiz olması, uyuşturucu kullanıcıları tahliye olduklarında ve aileleri ile topluluklarından başka kişilerle yeniden irtibat kurduklarında, daha geniş çaptaki halk sağlığı için bazı sonuçlara yol açabilir. Bundan dolayı, HIV enfeksiyonu ve tüberküloz gibi ciddi bulaşıcı hastalıkların saptanması, doğru tedavi ve hasar azaltma tedbirleriyle beraber, mahkumların geldiği ve geri dönecekleri toplulukların sağlık durumlarına önemli bir katkıda bulunabilir. Uyuşturucu bağımlısı olanlar için, hapisteki tedavi programları sadece bireyin sağlığı için faydalı olmakla kalmayıp, gelecekteki olası suç işleme potansiyelini de azaltabilir.

Avrupa Komisyonu’nun Halk Sağlığı programı, hapishanelerdeki sağlık durumuna ve spesifik tepkilere ilişkin bilgimizi artırmak amacıyla, ilgili hapishane sağlığı göstergeleri ve diğer belirleyici faktörlerin toplanması için bir veritabanı oluşturmak üzere, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi’nin Hapishanelerde Sağlık Projesini desteklemektedir. EMCDDA, veritabanının ortaklaşa geliştirilmesinde DSÖ Avrupa ve Avrupa Hapishanedeki Uyuşturucular ve Enfeksiyonlar Ağı (ENDIPP) ile birlikte çalışmaktadır (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>

tepkileri sağlam temellidir – bunlar arasında uygun uyuşturucu, özellikle de ikame tedavisine erişim; iğne ve sırınga programları; bilgilendirme ve önleme materyalleri

dağıtılması; akran eğitimi dahil, risklerin nasıl azaltılacağı hakkında eğitim; gönüllü danışmanlık ve gönüllü bulaşıcı hastalık testi; aşılama ve bulaşıcı hastalıkların tedavisi bulunmaktadır.

Bu unsurların farklı ulusal politikalarındaki dengesine bakılmaksızın, bulaşıcı hastalıkların uyuşturucu kullanıcıları arasında yayılmasını azaltmak için koordine edilmiş ve kapsamlı bir halk sağlığı yaklaşımının hayati önem taşıdığına ilişkin açık bir görüş birliği bulunmaktadır.

Teşhis edilmemiş HIV enfeksiyonu sorununa ilişkin olarak, bu yıl yeni bir kılavuz yayımlanmıştır (DSÖ, BMAIDS, 2007). Gönüllü HIV testi yapılmasının artırılmasını sağlamak için, sağlık bakım hizmeti sağlayıcıların, enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları gibi, özellikle en fazla risk altında bulunan kesimleri hedefleyen merkezlerde HIV testi ve danışmanlık önermelerine ilişkin daha pro-aktif bir yaklaşım öne sürülmektedir. EMCDDA’nın çalışmalarından ortaya çıkan bir mesaj da, HIV ve diğer hastalıklar için test ve danışmanlığın da dahil olduğu, düzenli gönüllü tıbbi muayenenin, enjekte eden uyuşturucu kullanıcılarına sunulmak için bilhassa uygun bir hizmet olduğu yönündedir.

Hepatit A ve B’nin önlenmesinde aşılamanın önemli bir rolü bulunmaktadır. Bazı ülkeler hepatit B için halk düzeyinde aşılama sağlamaktayken, başka ülkeler özellikle risk altında bulunanları hedef almaktadır. Norveç’te, bu karaciğer hastalıkları salgınları, enjekte etme yoluyla uyuşturucu kullanımının daha küçük kentlere yayılmış olduğunu gösterdikten sonra, hepatit A ve B aşılamaları artırılmıştır.

Hepatit C’nin enjekte edenler arasındaki yüksek yaygınlık oranları, aşılamanın bir seçenek olmadığı bu hastalığa karşı daha etkin tepkiler geliştirilmesine yönelik büyük ihtiyaca işaret etmektedir. Bir dizi ülkede hepatit C’yi önlemeye yönelik spesifik programlar bulunmaktadır ve bu alanda bazı ilgi çekici çalışmalar geliştirilmektedir, örneğin Oslo’da, 2003’ten beri sürdürülen ‘hepC’ye dur’ kampanyası, uyuşturucu kullanıcılarına, enjekte etmeye başlamadan önce ya da enjekte etmeye henüz yeni başlamışken ulaşmayı hedeflemektedir.

Uyuşturucu tedavi ve hasar azaltma hizmetlerinin de hastalarının cinsel davranışlarının yol açtığı risklere yönelik tepkiler geliştirmesi gerekmektedir. Uyuşturucu kullanıcıları, uyuşturucu enjekte etmeye ek olarak, cinsel davranışlarından dolayı da – doğru karar alamama, bazı uyuşturucuların yüksek riskli cinsel davranışlarla ilişkilendirilmesi ya da seks işçiliği veya uyuşturucu karşılığında seks takaslarından dolayı – daha fazla HIV enfeksiyonu riskine maruz kalabilirler. Kadın uyuşturucu kullanıcıları özellikle korunmasız olabilmekle beraber, erkeklerle ilişki kuran bazı erkek grupları arasında da uyuşturucu kullanımıyla yüksek riskli cinsel davranışlar arasındaki etkileşime ilişkin endişeler

bulunmaktadır. Uyuşturucu kullanıcıları, HIV'e ek olarak, başka cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) kapma riskine de daha fazla maruz kalabilirler ve uyuşturucu tedavi hizmetleri, tespit edilmemiş CYBH'lerin teşhis edilmesinde önemli bir rol oynayabilir. Malta'da, bir ayakta tedavi biriminde incelenen kadınlar arasında rapor edilen, tespit edilmemiş insan papilom virüsü enfeksiyonlarına ilişkin çalışmalar buna bir örnektir.

İğne ve şırınga programları

Uyuşturucu merkezlerinin verdiği hizmetler kapsamındaki iğne ve şırınga değişim veya dağıtım programlarının bütünleştirilmesi ile risk danışmanlık ve tavsiye hizmetlerinin birarada sunumu AB'de yaygın bir uygulamadır. İğne ve şırınga programları (İŞP'ler), her dört AB ülkesinden birinde ve Norveç'te, uyuşturucu enjekte edenler arasında bulaşıcı hastalıkların yayılmasına yönelik bir öncelik tedbirini olarak saptanmıştır⁽¹⁵¹⁾. 2006 yılında bu tedbirin, enjekte etmeye bağlı hastalıklardaki olası bir artışı engellemek üzere bir uzman grup tarafından önerildiği gibi Kıbrıs dışındaki tüm ülkelerde, temiz iğne ve şırınga temin edildiğini rapor etmektedir. Alkol pedleri ve kuru bezler, su, filtre ve pişirme kabı gibi diğer steril teçizatla beraber temiz şırınga dağıtımı, hizmet sağlayıcılar arasında genel bir yaklaşım haline gelmektedir. İŞP'ler yoluyla steril enjeksiyon materyali dağıtımı artık genel olarak tartışılabilir bir husus olarak kabul edilmesine de, her ülke bu programlara öncelik vermemekte ve bazıları eczane satışlarını büyük oranda yeterli görmektedir.

Steril enjeksiyon materyali temininin niteliği ve kapsamı ülkeler arasında değişmektedir. Şırınga temin noktaları genellikle uzman uyuşturucu merkezlerinde yer almakta olup, üç ülke dışındaki tüm ülkelerde bu tipteki hizmet marjinalleşmiş mahallelerdeki uyuşturucu enjekte eden gruplara ulaşabilen gezici hizmetlerle tamamlanmaktadır. On ülkede mevcut İŞP'leri şırınga otomatları tamamlamaktadır⁽¹⁵²⁾ ama ciroya ilişkin veriler seyrek ve buna benzer hizmetlerin etkinliğine dair araştırmalar da bulunmamaktadır. Hapishanelerde iğne ve şırınga değişimi temin eden İspanya ve Almanya'ya şimdi Lüksemburg da katılmış olmakla beraber, Almanya'da bu uygulama Berlin'deki bir hastaneyle sınırlıdır.

Topluluk temelli eczanelerin yaygınlığı, eczaneler yoluyla çalışan şırınga değişim programlarının, şırıngaların coğrafi erişilebilirliğini önemli oranda artırabileceği ve dolayısıyla, uzman kurumlarca sağlanan hizmeti tamamlayabileceği anlamına gelmektedir. Örneğin İskoçya'da, 2004 yılında, 116 katılımcı eczane yoluyla 1,7 milyon şırınga dağıtılmış ve Portekiz'de de programa 1.300'ün üzerinde eczane katılmış ve 1,4 milyon şırınga dağıtmıştır⁽¹⁵³⁾. Resmî olarak

düzenlenmiş eczane temelli şırınga değişim veya dağıtım programları sekiz Avrupa ülkesinde (Belçika, Danimarka, İspanya, Fransa, Hollanda, Portekiz, Slovenya, Birleşik Krallık) rapor edilmektedir.

Eczanelerin uyuşturucu kullanıcıları için enjeksiyon teçizatı edinebilecekleri yaygın bir kaynak teşkil ettiği ülkelerde, eczaneler uyuşturucu kullanıcılarına, cinsel ve enjekte etmeye bağlı bulaşıcı hastalık riskleri, testler ve danışmanlık hizmetleri ile tedaviye yönlendirmeye ilişkin bilgilerin yaygın olarak bildirilmesi gibi diğer sağlığı teşvik edici tedbirlerin iletilmesinde de önemli bir rol oynayabilirler. Şu anda, eczacıları şırınga programlarına katılmaları için motive etmek ve katılmış olanları da desteklemek üzere yapılan çalışmalar sadece Fransa, Portekiz ve Birleşik Krallık tarafından rapor edilmektedir.

İŞP'lerin coğrafi kapsamı ile bunlar yoluyla enjeksiyon materyali temini ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Bununla beraber, artan sayıda ülke ulusal İŞP ağlarına sahiptir. Ulusal İŞP kapsamının iyi olduğunu bildiren ülkeler arasında şunlar bulunmaktadır: iki küçük ülke Lüksemburg ve Malta; İŞP'lerin yaygın olarak ya da sık sık tüm yerel sağlık bölgelerinin % 70'inde uygulandığı İtalya; İŞP'lerin 77 bölgenin tümünde ve başkent Prag'da bulunduğu Çek Cumhuriyeti ile mevzuatın belediyeleri, İŞP'ler de dahil, bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik ilgili hizmetleri sağlamaya zorunlu kıldığı Finlandiya. Portekiz, eczane temelli ve sosyal yardım İŞP'lerinin ülke topraklarının yaklaşık % 50'sine yayıldığını tahmin etmekte, Danimarka'da ise 13 vilayetten on tanesi İŞP uygulamaktadır. Avusturya'da önemli bir uyuşturucu enjekte etme oranına sahip tüm kentlerde en az bir iğne ve şırınga satış noktası bulunmakta ve Bulgaristan'da, bu tür hizmetler nispeten yüksek sorunlu uyuşturucu kullanımı seviyelerine sahip on şehirde verilmektedir. Estonya'da, 2005'te EUK'lerin % 37'sinin İŞP'lerle temasta olduğu tahmin edilirken, Slovakya ve Romanya'daki hedef grupların kapsamının önemli oranda düşük olduğu tahmin edilmekteydi (sırasıyla % 20 ve % 10-15)

2003 ve 2005 arasında, bazı ülkeler (Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Avusturya, Slovakya, Finlandiya) uzman İŞP'ler yoluyla değiştirilen veya dağıtılan toplam şırınga sayısında artışlar rapor etmiştir⁽¹⁵⁴⁾.

İğne ve şırınga programı sunan uzman merkezler, örneğin, hastalar arasında risk davranışının değerlendirilmesi ve bilinçlendirme, hastaları test ve aşı yaptırmaları için motive etmenin yanı sıra birincil sağlık hizmetleri ve uyuşturucu tedavisine yönlendirme gibi başka önemli halk sağlığı

⁽¹⁵¹⁾ Bkz. 2006 yıllık raporunda Şekil 11.

⁽¹⁵²⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo HSR-2.

⁽¹⁵³⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo HSR-4.

⁽¹⁵⁴⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo HSR-3.

rollerine de sahip olabilir. Bu merkezlerin bu tür hizmetleri ne dereceye kadar sağladığı açıkça bilinmemekle beraber, İngiltere'de yakın zamanda gerçekleştirilen bir ulusal incelemenin bulgularında bu tipte hizmet geliştirilmesine yönelik ihtiyacın altı çizilmiştir.

Uyuşturucuya bağlı ölümler ve ölüm oranı

Uyuşturucuya bağlı ölümler

Uyuşturucuya bağlı ölümlere ilişkin EMCDDA tanımı, doğrudan bir veya daha fazla uyuşturucunun tüketiminden kaynaklanan ölümler anlamına gelmektedir. Uyuşturucuya bağlı ölümler, genellikle maddenin (maddelerin) tüketiminden kısa süre sonra meydana gelmektedir. Bu ölümleri tanımlamakta kullanılan diğer ifadeler arasında 'aşırı doz', 'zehirlenme', 'uyuşturucu kaynaklı ölümler' ve 'akut uyuşturucu ölümleri' bulunmaktadır⁽¹⁵⁵⁾. Bir toplulukta uyuşturucuya bağlı ölümlerin sayısı aşırı dozla ilişkilendirilen uyuşturucuları (özellikle opioidler) kullanan kişilerin sayısına bağlı olacaktır. Önem taşıyacak diğer faktörler arasında şunlar bulunur: enjekte edenlerin oranı, birden çok uyuşturucu kullanımının yaygınlığı, tedavi hizmetleri ile acil durum servislerinin erişilebilirliği ve politikaları.

Avrupa verilerinin karşılaştırılabilirliği son yıllarda iyileşmiş olmakla beraber, ülkeler arasında bulunan raporlama kalitesindeki farklılıklar hâlâ doğrudan karşılaştırmalarda bulunurken dikkatli olunması gerektiği anlamına gelmektedir. Uyuşturucuya bağlı ölümlerin kapsamı rapor edilen vaka sayısı, nüfus oranları veya orantısız ölüm oranı cinsinden ifade edilebilir. Raporlama kalitesinde ülkeler arasında farklılıklar bulunmakla beraber, zaman içerisinde yöntemler değişmeden kaldığı takdirde, sayılardaki eğilimler ve aşırı doz vakalarının nitelikleri gözlemlenebilir.

1990 ve 2004 arasında, AB Üye Devletleri tarafından her yıl 6.500 ila 9.500'ün üzerinde ölüm rapor edilmiş olup, bu dönemde toplam ölümler 122.000'i bulmuştur. Bu rakamlar asgari bir tahmin olarak kabul edilmelidir⁽¹⁵⁶⁾.

Uyuşturucuya bağlı ölüm oranı ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermekte olup, oranlar bir milyon kişi başına 3-5⁽¹⁵⁷⁾ ila 50'nin üzerinde ölüm (ortalama 18,3) arasında

değişmiş, 11 Avrupa ülkesinde bir milyon başına 20'nin üzerinde oranlar görülmüştür. 15-39 yaşındaki erkekler arasındaki ölüm oranları tipik olarak üç kat yüksektir (milyon başına ortalama 61 ölüm). 2004-05'te, uyuşturucuya bağlı ölümler 15-39 yaşındaki Avrupalılar arasındaki tüm ölümlerin % 4'üne ve dokuz ülkede % 7'den fazlasına karşılık geliyordu⁽¹⁵⁸⁾.

Uyuşturucu kullanıcıları, aşırı dozun yanı sıra, dolaylı olarak uyuşturucu kullanımına bağlı sebeplerden de ölmektedir. Örneğin, 2003 yılında neredeyse 1.400 ölüm, enjekte edilen uyuşturucu kullanımına bağlı AIDS'ten kaynaklanmıştır (EuroHIV, 2006)⁽¹⁵⁹⁾, ancak bu tahmin büyük bir olasılıkla gerçek rakamın altındadır. Dolaylı olarak uyuşturucu kullanımına bağlı diğer sebeplerden (örneğin hepatit, şiddet, intihar veya kaza) meydana gelen ölümlerin sayısını değerlendirmek daha güçtür. En azından bazı Avrupa kentlerinde, genç yetişkinler arasındaki ölüm oranlarının % 10-20'sinin doğrudan veya dolaylı olarak opioid kullanımına atfedilebileceği tahmin edilmiştir (Bargagli vd., 2006) (aşağı bakın). Diğer uyuşturucu kullanma şekillerine (örneğin kokain) bağlı ölüm oranı da bu rakama eklenebilir, ancak ölçülmesi daha zordur.

Sorunlu uyuşturucu kullanımının yol açtığı genel ölüm oranı seviyesinin ulusal veya Avrupa düzeyinde belirlenmesi için veri toplama ve analizinde gelişme kaydedilmesi gerekmektedir. Ulusal düzeyde bu gibi bir çalışmada bulunma girişimi Hollanda ulusal raporunda kaydedilmiştir. Yerel bir çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesiyle, sorunlu uyuşturucu kullanımına doğrudan veya dolaylı olarak bağlı ölüm oranı, bölgesel farklılıklar da göz önünde bulundurulurken, tahmin edilmiştir. Daha ileri yöntemsel çalışmalara gereksinim olmakla beraber, bu tipteki çalışmalar, dolaylı olarak uyuşturucu kullanımına bağlı ölümlerin kapsamının ölçülmesine ek olarak, aşırı doz ölümlerinin olası eksik raporlanması sorununu çözme potansiyeline sahiptir.

Opioidlere bağlı akut ölümler

Eroin ölümleri⁽¹⁶⁰⁾

Aşırı dozda opioid, Avrupa'da gençlerin, özellikle de kentsel alanlarda yaşayan erkeklerin başta gelen ölüm sebeplerinden biridir. Opioidler, özellikle de eroin veya

⁽¹⁵⁵⁾ Çoğu ulusal vaka tanımı EMCDDA tanımıyla aynı veya benzer olmakla beraber, bazı ülkeler hâlâ psikoaktif ilaçlara veya aşırı dozdan olmayan ölümlere bağlı vakaları da, genellikle sınırlı bir oran olarak içermektedir (bkz. 2007 istatistik bülteni yöntemsel notu 'Uyuşturucuya bağlı ölümler özeti: tanımlar ve yöntemsel hususlar' ve 'DRD Standart Protokol, sürüm 3.1').

⁽¹⁵⁶⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablolar DRD-2 (bölüm i), DRD-3 ve DRD-4.

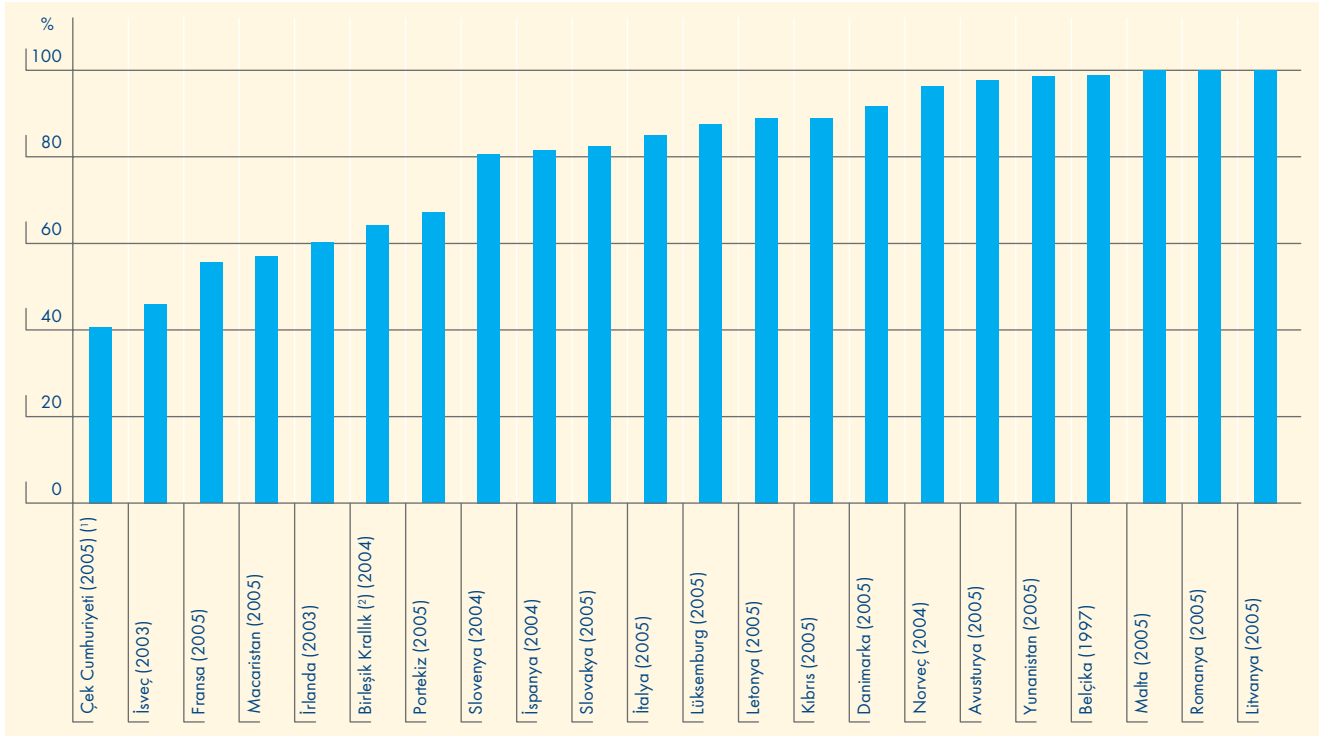
⁽¹⁵⁷⁾ Fransa'da, 2005 yılında oran milyon başına 0,9 olup, bu oran belli bir eksik raporlamaya işaret edebilir ancak, aşırı doz ölümlerinin azalmaya başladığı 1994'te yaklaşık on kat fazla olduğu unutulmamalıdır.

⁽¹⁵⁸⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo DRD-5.

⁽¹⁵⁹⁾ Bkz. EuroHIV (2006). Rakamın, bazı AB üyesi olmayan ülkeleri de içeren DSÖ Avrupa'nın Batı ve Orta bölgesi ile Estonya, Letonya ve Litvanya'daki (Doğu bölgesi) toplam ölümleri ifade ettiği göz önüne alınmalıdır.

⁽¹⁶⁰⁾ EMCDDA'ya rapor edilen vakaların çoğu aşırı dozda opioid vakaları olduğundan, opioid vakalarının tanımlanmasında akut uyuşturucuya bağlı ölümlerin genel nitelikleri kullanılmaktadır.

Şekil 12: Opioid bulunan akut uyuşturucuya bağlı ölümlerin oranı



(1) Çek Cumhuriyeti için, ulusal tanım yerine EMCDDA'nın Seçenek D akut uyuşturucuya bağlı ölüm tanımı kullanılmıştır. Ulusal tanım, vakaların çoğuna karşılık gelen, psikoaktif maddelerden zehirlenmeyi de içermektedir (218 vakadan 156'sı).

(2) Ulusal İstatistik Bürosu tanımı.

Not: Bazı ülkelerde, uyuşturucuya bağlı ölümün 'Ulusal tanımları' arasında dolaylı olarak uyuşturucu kullanımına bağlı sınırlı sayıda vaka bulunmaktadır. Veriler 2005 veya verilerin mevcut olduğu en son yıl içindir. Ayrıntılı bilgi için bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo DRD-1.

Kaynaklar: Reitox ulusal raporları (2006), ulusal ölüm kayıtları veya özel kayıtlardan alınmıştır.

metabolitleri, AB'de rapor edilen yasadışı maddelerden kaynaklanan akut uyuşturucuya bağlı ölüm vakalarının çoğunda mevcut olup, bunların % 46 ila % 100'üne karşılık gelmektedir (Şekil 12). Avrupa'da, çoğu opioid ölümü eroine bağlı olmakla beraber, sık sık diğer maddelerin, bilhassa da alkol, benzodiazepin veya diğer opioidler ve bazı ülkelerde kokainin de payı olduğu saptanmaktadır. 2006 yılında dokuz ülkenin katıldığı, uyuşturucu ölümlerinde yer alan maddelere ilişkin gönüllü bir veri toplamasında (161), opioid aşırı doz vakalarında genellikle birden fazla uyuşturucunun adı geçtiği (vakaların % 60-90'ı) ve bunların 'birden çok uyuşturucu ölümleri' olarak kabul edilebileceği teyit edilmiştir.

Aşırı dozda opioid ölümlerinin çoğu erkeklerde (% 59-100) görülmekte olup, en yüksek kadın oranları Çek Cumhuriyeti, Polonya ve Slovakya'da, en düşük oranda da İtalya, Litvanya ve Lüksemburg'da görülmektedir. Çoğu aşırı doz ölümleri 20 ila 40 yaşlarında gerçekleşmekte ve çoğu ülkede görülen yaş ortalaması otuzlu yaşların ortalarıdır (162). Aşırı doz ölümü yaş ortalamasının en düşük olduğu ülkeler Bulgaristan,

Estonya, Letonya ve Romanya olup, en yüksek olduğu ülkeler Polonya, Finlandiya ve Birleşik Krallık'tır. 15 yaşın altındaki kişiler arasında çok az sayıda aşırı doz ölümü rapor edilmiş olmakla beraber, bu yaş grubundaki uyuşturucu ölümleri eksik raporlanmış olabilir. 65 yaş üzeri kişiler arasında da uyuşturucuya bağlı ölümler kaydedilmiştir, ancak sadece yedi ülke bu yaş grubunda % 5'ten fazla vaka rapor etmektedir. AB'ne 2004'ten sonra katılmış bazı Üye Devletler'de nispeten düşük olan ortalama ölüm yaşı ile 25 yaş altındakiler arasında yüksek olan ölümcül aşırı doz oranları, bu ülkelerde eroin kullanan kesimin daha genç olduğuna işaret ediyor olabilir (163).

Pek çok Üye Devlet'te, aşırı doz ölümlerinde ortalama yaş arttığından, gençler arasında eroin kullanımı vakalarında bir düşüş olduğunu düşündürmektedir. Bu eğilim AB-15 Üye Devleti'nde yaygın olmakla beraber, Avusturya ve Lüksemburg'da son yıllarda düşüşler gözlemlenmiştir. Diğer Üye Devletler'de eğilim daha az açıktır ve az sayıda vaka rakamların yorumlanmasını güçleştirmektedir (164).

(161) Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Almanya, Letonya, Malta, Hollanda, Avusturya, Portekiz ve Birleşik Krallık.

(162) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo DRD-1 (bölüm i).

(163) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil DRD-2.

(164) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekiller DRD-3 ve DRD-4.

Metadon ve buprenorfin ölümleri

Araştırmalar ikame tedavisinin ölümcül aşırı doz riskini azalttığını gösterse de, her yıl ikame ilaçlarının amaç dışı kullanımıyla ilişkilendirilen bazı ölümler rapor edilmektedir. Metadon ve buprenorfine bağlı ölümlerin sayısının ve ölümü çevreleyen koşulların izlenmesi, ikame programlarında belli bir kalitenin temin edilmesi ve önleme ile hasar azaltma girişimlerinin bilgilendirilmesi için önemli bilgiler sağlayabilir.

Birden fazla ülke uyuşturucuya bağlı ölümlerin önemli bir oranında metadon bulunduğunu rapor etmekle beraber, metadonun ölümdaki payı her zaman net olmayıp başka maddelerin de rolü olabilmektedir. Danimarka, uyuşturucuya bağlı ölümlerin % 43’ünde (2005’te 206 ölümden 89’unda) zehirlenme sebebinin (tek başına veya başka maddelerle birlikte) metadon olduğunu rapor etmiştir; Almanya 2005’te (1.477 vakadan) 255 vakanın ‘ikame maddeleri’ne (75 tek başına ve 180 diğer narkotiklerle) atfedildiğini bildirmiş olup, bu oran 2004’te 345 vakaya çıkmış; Birleşik Krallık metadonun ‘bahsi geçen’ (uyuşturucu stratejisi tanımı, 1.972 vakadan) 280 vaka rapor etmiştir (2004) ve Norveç’te yapılan 55 otopside metadon kalıntılarında rastlanmıştır. İspanya, tek başına metadon içeren az sayıda ölümcül aşırı doz vakası olduğunu ama başka maddelerle kombinasyon halinde opioid ölümleri (% 42) ile kokain ölümlerinde (% 20) sık sık bulunduğunu rapor etmiştir (Reitox ulusal raporları, 2005). Diğer ülkeler metadon ölümü rapor etmemiştir veya rapor edilen sayılar çok düşüktür.

Buprenorfinin agonist-antagonist farmakolojik niteliklerine atfedilen buprenorfin zehirlenmesinden kaynaklanan ölümler nadir gibi görünmektedir. Ancak Avrupa ülkeleri tarafından bazı ölümler rapor edilmiştir. 2006 ve 2005 ulusal raporlarında, sadece Fransa ve Finlandiya bu maddeye bağlı ölümler bildirmiştir. Finlandiya’da 2005 yılında buprenorfin, genellikle benzodiazepinler, yatıştırıcılar veya alkolle bir arada veya enjekte edilmiş olarak, 83 vakada (2004’te 73) görülmüştür. Fransa’da 2005 yılında buprenorfin içeren sadece iki ölümcül aşırı doz rapor edilmiştir (2004’te dört). Buprenorfin bu iki ülkede başlıca opioid ikame uyuşturucusu olmakla beraber, Fransa’da bu maddenin verildiği tahmini 70.000 ila 85.000 kişinin sayısı Finlandiya’da tedavi görenlerin sayısından çok daha büyüktür. Fransa ve Finlandiya’nın yanı sıra, 2004 yılında, üç ülke daha buprenorfinin adı geçen ölümler rapor etmiştir (her birinde iki veya üç vaka). 1980 ve 2002 arasında Birleşik Krallık’ta etraflı bir şekilde buprenorfin geçen ölümleri araştıran bir çalışma sadece 43 vaka bulmuştu ve bunlarda da buprenorfin genellikle benzodiazepinler veya diğer opioidlerle birarada bulunuyordu (Schifano vd., 2005).

Opioid olmayan uyuşturuculara bağlı akut ölümler

Ecstasy ve amfetamine bağlı ölümler

Ecstasy’nin söz konusu olduğu ölümler nadir olmakla beraber, bir süre önce rapor edilmeye başlandığında, genellikle sosyal açıdan entegre olmuş gençler arasında beklenmeyen bir şekilde meydana geldiğinden, önemli bir endişe kaynağı olmuşlardır. 2006 Reitox ulusal raporlarında bulunan sınırlı veriler, ecstasy ölümlerinin önceki yıllarda rapor edilenlere benzer seviyelerde kaldığını ortaya koymaktadır. Bir bütün olarak Avrupa’da, ecstasy içeren 78 ölüme atıfta bulunulmuştur ⁽¹⁶⁵⁾.

Amfetamin ölümleri de nadiren rapor edilmekle beraber, Çek Cumhuriyeti’nde, sorunlu pervitin kullanıcıları ile tedavi taleplerinin tahmini sayısındaki artışlara uygun olarak, 2004’te 16 ve 2005’te 14 ölüm pervitine (metamfetamin) atfedilmiştir. Finlandiya’da amfetamin içeren 65 ölüm rapor edilmiş, ancak uyuşturucunun ölümlerdeki rolü belirtilmemiştir.

Kokaine bağlı ölümler

Kokainden kaynaklanan aşırı doz ölümlerinin saptanması opioidlerin yol açıklarının saptanmasından daha güçtür ve kokain toksisitesinden ziyade, çoğunlukla birkaç sebepten dolayı birden kaynaklanmaktadır ⁽¹⁶⁶⁾. Çalışmalar çoğu kokain ölümlerinin, uyuşturucunun kronik kullanımına bağlı olduğunu ve özellikle elverişli koşullara veya risk faktörlerine sahip kullanıcılarda, genellikle kokainin uzun süre kullanılmasının yol açtığı kalp damar rahatsızlıkları ile nörolojik sorunlar sonucunda meydana geldiğini göstermiştir. Avrupa’da, kokain içeren ölümlerde genellikle (alkol ve opioidler dahil) başka maddelerin de bahsi geçmekte olup, bu durum kokainin başka uyuşturucularla bir arada kullanıldığını teyit etmektedir.

Veri sağlayan ülkeler arasında, 2006 ve 2005 ulusal raporlarında 400’ün üzerinde kokain ölümü tespit edilmiştir. Kokain kullanımına bağlı sağlık sonuçları ile ölüm oranlarının daha ileri düzeyde incelenmesine yönelik açık bir ihtiyaç vardır.

Akut uyuşturucuya bağlı ölümlerdeki eğilimler

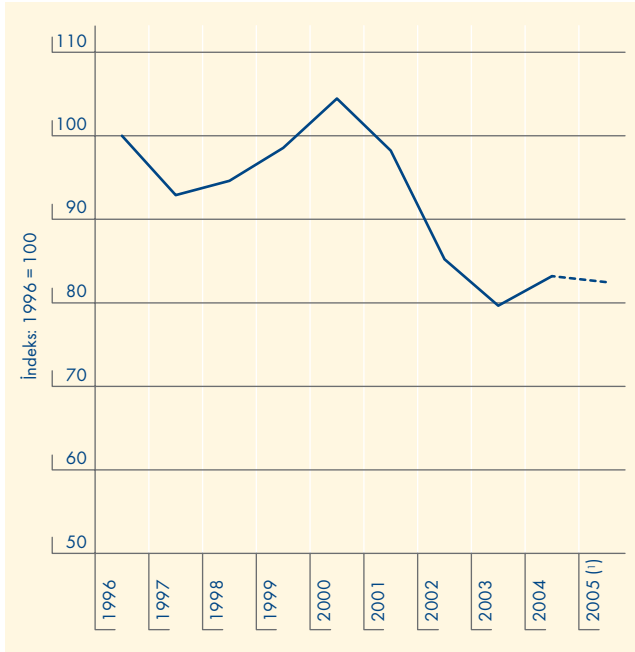
Uyuşturucuya bağlı ölümlerdeki ulusal eğilimler, hem her ülkedeki sorunlu uyuşturucu kullanma şekillerindeki gelişmelere hem de sunulan tepkilerdeki gelişmelere ilişkin içgörü sağlayabilir. AB için mevcut veriler uyuşturucuya bağlı ölümlerde bazı genel eğilimler ortaya koymaktadır. Daha uzun vadeli bir perspektiften bakıldığında, AB-15 Üye Devleti ile Norveç 1980’lerde ve 1990’ların başında uyuşturucuya bağlı ölümlerde, büyük bir olasılıkla eroin kullanımı ve enjeksiyonuyla paralel seyreden, ani bir artış yaşamıştır ⁽¹⁶⁷⁾. Uyuşturucu ölümleri, daha az belirgin olmakla beraber, 1990 ve 2000 arasında da artmaya devam etmiştir.

⁽¹⁶⁵⁾ Ülkeye bağlı olarak, ecstasy ve kokain için, rakamlar 2004 ve 2005’e yöneliktir.

⁽¹⁶⁶⁾ Bu uyuşturucuya bağlı ölümlere ilişkin daha ayrıntılı bir rapor için bkz. 2007 kokain hakkında seçili konu.

⁽¹⁶⁷⁾ Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil DRD-8.

Şekil 13: Veri bulunan tüm Üye Devletler için akut uyuşturucuya bağlı ölümlerdeki genel eğilim, 1996–2005



(1) 2005 rakamı nihai değildir, sadece hem 2004 hem 2005 verileri olan ülkeler için, bu iki yılın karşılaştırması temel alınmıştır.

Not: İndekslenmiş değişim, belirtilen yıl ve ondan önceki yıl için bilgi bulunan ülkelere dayanarak hesaplanmıştır. Her ülkedeki ölümlerin sayısı ve yöntem bilimi hakkındaki notlar için bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo DRD-2.

Kaynaklar: Reitox ulusal raporları (2006), genel ölüm kayıtları veya özel kayıtlardan (adli tıp veya polis kayıtları) alınmıştır.

2000 yılından beri, pek çok AB ülkesi uyuşturucuya bağlı ölümlerin sayısında düşüşler rapor etmiştir. Bu düşüşler büyük bir olasılıkla tedaviye erişim ve hasar azaltma girişimlerine bağlı olmakla beraber, enjeksiyondaki olası azalmalar veya eroin bulunabilirliğinin düşmesi de önemli olabilir. Avrupa düzeyinde, uyuşturucuya bağlı ölümler 2001’de % 6, 2002’de % 14 ve 2003’te % 5 düşmüştür (Şekil 13). Bununla beraber, 2004 raporları ile 2005’e yönelik geçici veriler, uyuşturucuya bağlı ölümlerdeki düşüşün 2003’ten sonra devam etmediğine işaret etmektedir.

Bazı ülkelerde uyuşturucuya bağlı ölüm raporlarında kaygı verici bir eğilim ortaya çıkmaya başlamıştır. 1999-2001’de uyuşturucuya bağlı ölümlerde yaşanan belirgin artışların akabinde iki üç yıllık net bir düşüşü takiben, 2004 ve 2005’te rapor edilen ölümlerde bir artış gözlemlenmiştir (168). Bu model son yıllarda İrlanda, Yunanistan, Portekiz, Finlandiya ve Norveç ile daha az bir oranda da Hollanda, Avusturya ve Birleşik Krallık’ta uyuşturucuya bağlı ölümlerde gözlemlenen eğilimlere genel olarak uygundur. İtalya’da, uyuşturucuya bağlı ölümlerin birkaç yıl boyunca düşmesinden sonra, son

iki yılda belli bir artış kaydedilmiştir (169). Bu yeni artışa yol açmış olabileceği düşünülen birkaç olası sebep ileri sürülmüş olup, bunlar arasında opioid kullanıcılarının birden çok uyuşturucu kullanımı veya eroin bulunabilirliğindeki olası bir artış sayılabilir.

AB-15 Üye Devleti ile AB’ne 2004’ten sonra katılmış ülkeler arasında uyuşturucuya bağlı ölüm eğilimlerinde belirgin bir ayrılık vardır. AB-15 Üye Devleti arasında, 1996’dan beri, 2000 ve 2002 arasında oldukça belirgin olan, genel bir düşüş meydana gelmiş, bu da opioid enjekte eden gençlerin sayısında uzun vadeli bir düşüşe işaret etmiştir. Bununla beraber, bu ülkelerdeki yeni eğilimler karışıktır. Yeni Üye Devletler’de, 2002’ye kadar keskin bir artış gözlemlenmiş, ancak 2003-04’te tekrar düşüş yaşanmıştır.

Yunanistan’da 30 yaşın altındaki uyuşturucu kullanıcıları arasında uyuşturucuya bağlı ölüm oranlarında artışlar ve Estonya, Lüksemburg ve Avusturya’da ve daha az bir ölçüde de Letonya ve Hollanda’da 25 yaş altındakiler arasında artışlar gözlemlenmiş olmakla beraber, çoğu ülkede genç uyuşturucu kullanıcıları aşırı doz vakalarının azalmakta olan bir oranını teşkil etmektedir (170).

Uyuşturucuya bağlı ölüm eğilimlerinde cinsiyetler arası farklar da gözlemlenmektedir (171). Ayrıntılı bilgi için bkz. 2006 cinsiyet ve uyuşturucu kullanımı hakkında seçili konu.

Sorunlu uyuşturucu kullanıcıları arasında genel ölüm oranları

Sorunlu uyuşturucu kullanıcıları arasındaki (doğrudan veya dolaylı olarak uyuşturucuların yol açtığı) genel ölüm oranlarına ilişkin bilgiler çoğunlukla opioid kullanıcılarına yönelikken, diğer türlerde uyuşturucu kullanımına bağlı ölüm oranlarına ilişkin bilgiler genellikle eksiktir, ancak halk sağlığı amaçlarına yönelik olarak, örneğin düzenli ama sosyal açıdan entegre olmuş kokain kullanıcıları için, önemi giderek artacaktır.

Avrupa’nın çeşitli ortamlarındaki opioid kullanıcılarına ilişkin araştırmalar, bu gruptaki ölüm oranlarının halkın geneline oranla yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bir EMCDDA projesi kapsamında başlatılan ortak bir çalışma, Avrupa’nın sekiz noktasında tedaviye alınan opioid kullanıcılarının aynı yaştaki emsallerine oranla çok yüksek ölüm oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (bkz. EMCDDA, 2006). Çek Cumhuriyeti’nde gerçekleştirilen ölüm oranlarına ilişkin bir kohort çalışması, uyarıcı kullanıcılarının standartlaştırılmış ölüm oranının halkın genelinden 4-6 kat daha yüksek, opioid kullanıcılarının ölüm oranının ise 9-12 kat daha yüksek

(168) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Tablo DRD-2

(169) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil DRD-11.

(170) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil DRD-9.

(171) Bkz. 2007 istatistik bülteninde Şekil DRD-6.

olduğunu ortaya koymuştur (Reitox ulusal raporları, 2005). Eroin, kokain veya crack kullanımdan tutuklanan bireyleri izleyen bir Fransız kohort çalışması ise, erkeklerin ölüm oranının halkın genelinden beş kat, kadınların ölüm oranının ise 9,5 kat daha yüksek olduğunu, ancak bunun düşmekte olan bir eğilim olduğunu göstermiştir (Reitox ulusal raporları, 2005). Bazı Avrupa ülkelerinde (Bulgaristan, İspanya, Malta, Avusturya, Polonya, Romanya, İsveç, Birleşik Krallık, Norveç) gerçekleştirilme aşamasında bulunan kohort çalışmalarından uyuşturucu kullanıcıları arasındaki ölüm oranlarına ilişkin daha fazla bilgi beklenmektedir.

Hollanda ve Norveç'te yapılan yeni çalışmalar yaş ile aşırı dozdan ölüm riski arasında bir ilişki bulunamamış olmakla beraber (Cruts vd., basımda; Ødegård vd., 2006 Norveç ulusal raporunda belirtilmiştir), opioid kullanıcıları yaşlandıkça, kronik koşullardan kaynaklanan ölümler, intihar ve şiddet gibi dış sebeplerden kaynaklanan ölümlere daha çok katkıda bulunabilmektedir. Uyuşturucu kullanıcılarının kötü yaşam koşullarının yanı sıra ruhsal sağlık sorunları da bu grubun yüksek ölüm oranlarına ciddi bir katkıda bulunabilmektedir.

Uyuşturucu kullanıcılarına ilişkin bazı çalışmalarda, intihar, aşırı dozda uyuşturucu ölümleri sebeplerinden biri olarak tespit edilmiştir. İntihar olduğu bilinen vakalarla beraber, belirlenmemiş kasıtlı ölümler, 2005 yılında İskoçya'da rapor edilen tüm uyuşturucuya bağlı ölümlerin % 30'unu teşkil etmekteydi. 2003'te, tüm uyuşturucuya bağlı ölümlerin % 13'ü intihardı (İskoçya Yönetimi, 2005). Madde istismarı sorunlarının intihar davranışlarına birkaç yönden katkıda bulunduğu düşünülmektedir; ortak risk faktörleri, yüksek riskli davranışlara yatkın kişiler arasında madde istismarı.

Uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılması

Aşırı dozda uyuşturucunun bir halk sağlığı sorunu olarak öneminin kabul edilmesiyle, aşırı doz önleme tedbirlerine daha çok önem verilmeye başlanmıştır. Tedavi ve diğer hizmetlere katılım uyuşturucuya bağlı ölümleri azaltabilmekle beraber, özel olarak aşırı doz risklerini hedef alan müdahaleler geliştirilmesi konusunda hâlâ alınması gereken uzun bir yol vardır ve genel olarak, Avrupa hâlâ aşırı dozun önlenmesine ilişkin kapsamlı bir yaklaşım eksikliği çekmektedir.

Üye Devletler, özellikle de daha eski eroin salgınlarına sahip olanlar, geçmiş yıllarda verilen uyuşturucu tedavisi hizmetlerini daha çok artırmış olup, artık giderek daha çok sayıda ulaşılması zor sorunlu uyuşturucu kullanıcılarına ulaşmaktadır (ayrıca bkz. 2. Bölüm ve 6. Bölüm). Tedaviye daha kolay erişim ile, ikame tedavisi de dahil, yaklaşımların çeşitlendirilmesi, tedavide kalma oranlarını artırdığı gibi, bu durum uyuşturucuya bağlı ölümlerin ve ölüm oranlarının

Eşzamanlı hastalıklar ve ISADORA projesi

Psikiyatrik rahatsızlıklar yaygın olarak sorunlu uyuşturucu kullanımıyla bağlantılıdır. Avrupa düzeyinde eşzamanlı hastalıklara ilişkin sistematik bir bilgi toplama bulunmamakla birlikte, bazı Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilen yerel araştırmalardan elde edilen bulgular, uyuşturucu tedavisinde bulunan hastaların % 30 ila % 90'ının eşzamanlı psikiyatrik durumları olabileceğini göstermektedir. Uyuşturucu bağımlısı olanlar arasında teşhis edilen en yaygın rahatsızlıklar arasında kişilik bozuklukları, depresyon, antisosyal kişilik, anksiyete ile ruhsal rahatsızlıklar ve yeme bozuklukları bulunmaktadır. Şizofreni ve intihara meyil de bahsi geçen rahatsızlıklar arasındadır. Eşzamanlı hastalıkların eroin kullanıcıları arasında, özellikle de uzun zamandır uyuşturucu kullanıp metadon tedavisi birden çok kez sekteye uğramış ve sosyal koşulları ile yaşam koşulları kötüye gitmiş olanlar arasında daha yaygın olduğu rapor edilmektedir. Benzer şekilde, ağır ruhsal hastalığı olan kişiler arasında da uyuşturucu bağımlılığı yaygındır.

Avrupa ISADORA projesi ('çifte tanı ile bağımlılıktan tamamen kurtulmaya yönelik bütünleştirilmiş hizmetler'), üç yıllık bir araştırma döneminden sonra 2005 yılında tamamlanmıştır⁽¹⁾. Eşzamanlı hastalıklara ilişkin başlıca kurumsal ve bireysel risk faktörlerinin saptanmasına yönelik proje, Avrupa'da yedi noktayı ve akut psikiyatri koşullarından seçilen 352 hastayı içeriyordu. Sonuçlara göre, zayıf prognoz ile kaotik çifte teşhisten dolayı, sadece hastanın niteliklerinden değil, aynı zamanda hizmetlerin dağıtım olarak sağlanmasından da kaynaklanıyor ve genellikle bakımın verimsiz şekilde bölümlere ayrılmasına yol açıyordu. ISADORA'nın çalışmaları arasında kapsamlı bir çifte teşhis eğitim kılavuzu da bulunmaktadır.

(1) <http://isadora.advsh.net/>

azaltılmasına da önemli bir katkıda bulunmaktadır. Birden fazla ülke uyuşturucu idame tedavisine erişimi kolaylaştırmış olup, tedavi anlayışında metadon idame tedavisine girişi ve tekrar kaydolmayı hızlandırmaya yönelik değişiklikler (hayatta kalma oranını artırdığı gösterilmiş tedbirler) meydana geldiği göze çarpmaktadır. Bunların yanı sıra, ulaşılması zor programlara ilişkin çalışmalar, sıkı kabul kriterleri ile tedavi kurallarının, disiplin sorunları nedeniyle daha fazla kişinin taburcu edilmesine yol açarak taburcu olanların ölüm riskini tedavide kalanlara oranla artırdığını ortaya koymaktadır (Fugelstad vd., 2007). Tedavide kalma ve ölüm oranı arasındaki ilişkiyi inceleyecek olan, eroin bağımlılığı tedavilerinin etkinliğine ilişkin boyuna bir çalışma da hali hazırda İtalya'da gerçekleştirilme aşamasındadır (Bargagli vd., 2006).

Opioid uyuşturucuları kullanmayı bırakmış olanlar, hapishaneyi veya tedaviyi terk ettikten sonraki ilk birkaç

haftada, tekrar uyuşturucu kullanmaya başlarsa, önceki toleransları azalmış olacağından, daha yüksek aşırı doz riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Dolayısıyla, bu gibi ortamlardan ayrılanların tekrar uyuşturucu kullanmaya başlamanın riskleri hakkında bilgilendirilmeleri ve risk azaltma stratejilerinin kendileriyle tartışılması önemli bir hasar azaltma tedbiri teşkil etmektedir. Burada sosyal yardım ve tedavi hizmetleriyle bakımın sürekliliği, özellikle hapisneden çıkanlar için önemli bir rol oynayabilir.

Diğer aşırı doz önleme yaklaşımları arasında, uyuşturucu kullanıcılarına iyileşme aşamasının anlatılması ve acil durumlara nasıl daha iyi tepki verilebileceğinin öğretilmesinin yanı sıra polis, ambulans ve bir aşırı doz durumunda tıbbi acil durum hizmetlerinin erken bir aşamada çağrılmasını teşvik amacıyla, uyuşturucu kullanıcılarıyla birlikte çalışmak bulunur. Araştırmalar, alkol ve yatıştırıcı uyuşturucular başta olmak üzere diğer uyuşturucularla eşzamanlı kullanımın ölümcül opioid aşırı doz riskini artırabileceğini ve dolayısıyla birden çok uyuşturucu kullanımının, verilen hizmetlerde ele alması gereken, önemli bir konu olduğunu ortaya koymaktadır. Bazı deneysel çalışmalar uyuşturucu kullanıcılarına opioid antagonistleri verilmesi olasılığını incelemiştir. Bunlara bir örnek, uyuşturucu kullanıcılarına, ailelerine ve arkadaşlarına Naloxone dağıtılmasını öneren bir İskoç pilot programıdır. Bu yaklaşım Avrupa'da şu ana kadar geniş çapta geliştirilmemiş olmakla beraber, potansiyeli olabilir. Ambulanslarda, tedavi merkezlerinde veya opioid aşırı doz vakalarıyla karşılaşılma olasılığı bulunan diğer ortamlarda opioid antagonistlerin hazır bulundurulması, evrensel olmamakla birlikte, daha yaygın bir yaklaşımdır. Bu uyuşturucuların, hemen verildiği zaman, etkileri düşünüldüğünde, aşırı doz önleme tedbirlerine ilişkin tüm incelemelerde bu türden tepkinin uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi ihtiyacını açıkça ortaya çıkarmaktadır.

Bazı tartışmalara yol açmış olan yaklaşımlardan biri de, uyuşturucu kullanıcılarının, tıbbi ve diğer hizmetlere

erişmelerinin de mümkün olabileceği özel bir alanda uyuşturucu alabilecekleri uyuşturucu tüketim odaları sağlanmasına ilişkindir. Uyuşturucu tüketim odaları yeni yıllık raporlarında INCD tarafından eleştirilmiştir ancak bazı AB Üye Devletleri bunu bazı yüksek derecede sorunlu uyuşturucu kullanımı biçimlerine yönelik tepkileri için yararlı bir unsur olarak görmektedir. Uyuşturucu tüketim odaları lehine ileri sürülen görüşlerde şunları sağlayabilecekleri belirtilmektedir: aşırı dozla ilgili bir önleme tedbiri oluşturması; enjekte etmeyle ilişkili diğer risklerin azaltılması; bilginin yaygınlaştırılması için olanak sunması ve birincil sağlık hizmetleri, tedavi ve diğer uyuşturucu hizmetlerine yönlendirme kanalı görevi görmesi. Tüketim odaları bazen uyuşturucu kullanımın halka verdiği rahatsızlığın sınırlandırılması için de bir imkan olarak görülmektedir. Şu an AB ve Norveç'te 70'ten fazla tüketim odası bulunmaktadır: Hollanda'da 40 civarında, Almanya'da 25, İspanya'da altı ve Lüksemburg ve Norveç'te de birer tane.

Tüm Avrupa'da uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılmasını hedefleyen girişimlerde bilgi, eğitim ve iletişim (BEİ) teknikleri kullanılmaktadır. Bazı ülkeler, uyuşturucu kullanıcılarına, akrabalarına ve ailelerine veya polise, özel olarak geliştirilmiş bilgilendirici materyal dağıtıldığını rapor etmektedir. Bununla beraber, uyuşturucu merkezlerindeki personel veya bizzat uyuşturucu kullanıcılarına yönelik ilk yardım kurslarının yanı sıra aşırı doz risk değerlendirmesi ve risk yönetimine ilişkin danışmanlık da Avrupa'da yaygınlaşmakta ve örneğin, Romanya, Hollanda ve Malta'dan gelen raporlarda bunlara atıfta bulunmaktadır. 2005 yılında, İskoçya'da uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılmasına yönelik bir eylem planı başlatılmış olup, bu plan aşırı dozla ilgili bilinçlendirme DVD'si, yardım çağırmadaki gecikmelere ilişkin yeni araştırmalar ile eğilimlerin incelenmesi ve daha ileri seviyede eylem gerektiren alanların saptanmasına yönelik ulusal bir forumdan oluşmaktadır.



Referanslar

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. vd. (2004), 'The influence of school culture on smoking among pupils', *Social science and medicine* 58, s. 1767–80.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. vd. (2006), 'VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population', *Substance use misuse* 41, s. 1861–79.
- Binnie, I., Kinver, A. ve Lam, P. (2006), 'Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation', İskoç Yönetimi, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. vd. (2000), 'Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science', *Addictive behaviours* 25, s. 955–64.
- Bühler, A. ve Kröger, C. (2006), 'Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs', *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. ve Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Sağlık Gelişim Ajansı, Londra.
- Cho, H., Hallfors, D.D. ve Sanchez, V. (2005), 'Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth', *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 363–74.
- CND (2006), *Uyuşturucu kaçakçılığına ilişkin olarak dünyadaki uyuşturucu durumu: Sekreterlik Raporu*, Narkotik Uyuşturucu Komisyonu, Birleşmiş Milletler: Ekonomik ve Sosyal Konsey, Viyana.
- CND (2007), *Uyuşturucu kaçakçılığına ilişkin olarak dünyadaki uyuşturucu durumu: Sekreterlik Raporu*, Narkotik Uyuşturucu Komisyonu, Birleşmiş Milletler: Ekonomik ve Sosyal Konsey, Viyana.
- Cochrane Birliği (2007), *Cochrane terimler sözlüğü* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. ve Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, Ulusal Uyuşturucu Danışma Komitesi, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. ve Van Laar, M. (baskıda), 'Estimating the total mortality among problem drug users', *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), 'Kentsel ve kırsal bölgelerde metamfetamin/amfetamin tedavisine kabul: 2004', *DASIS Raporu*, Sayı 27.
- Dishion, T.J. ve Dodge, K.A. (2005), 'Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change', *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 395–400.
- ECDC (2007), 'Avrupa'da HIV Enfeksiyonu: pandeminin 25 yılı', Teknik rapor, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMCDDA (2002), *Yeni sentetik uyuşturuculara ilişkin ortak eylem çerçevesinde ketaminin risk değerlendirmesi hakkında rapor*, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2004), *Avrupa'da kenevirin etki gücüne genel bakış*, İlgörüler no. 6, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2005), *2005 Yıllık rapor: Avrupa'da uyuşturucu sorununun durumu*, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2006), *2006 Yıllık rapor: Avrupa'da uyuşturucu sorununun durumu*, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2007a), *Uyuşturucu ve suç: karmaşık bir ilişki*, Mercek Altındaki Uyuşturucular No. 16, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon.
- EMCDDA (2007b), *Sorunlu kokain kullanımının tedavisi: bir literatür taraması*, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Lizbon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).
- EMA (2005), 'Beşeri Tıbbi Ürünler Komitesi Görüş Özeti', doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004), 'Gençler ve Uyuşturucu', *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), 'Avrupa Birliği'nde kamuoyu', *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).

EuroHIV (2006), *Avrupa'da HIV/AIDS Denetimi, 2005 yıl sonu raporu*, No. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Avrupa Komisyonu, Lüksemburg.

FESAT (2005), 'İzleme projesi: 2005 yılının ikinci yarısındaki değişimler' (<http://www.fesat.org/>).

Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. vd. (2005), 'Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination', *Prevention science* 6, s. 151–75.

Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. ve Thiblin, I. (2007), 'Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings', *Addiction* 102, s. 406–12.

GAO (2006), 'ONDCP medya kampanyası, müteahhitin ulusal değerlendirmesi, uyuşturucu karşıtı medya kampanyasının gençlerin uyuşturucu kullanımını azaltılmasında etkin olmadığını buldu', Teknik rapor, Washington, DC, Genel Sorumluluk Ofisi.

Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, Madde İstismarı Ulusal Tedavi Ajansı, NTA, Londra.

Gossop, M., Marsden, J. ve Stewart, D. (2001), 'NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake', Ulusal Bağımlılık Merkezi, Londra.

Hawks, D., Scott, K., McBride, N. vd. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.

HDA (2004), 'Halk sağlığı kampanyalarının etkinliği', Brifing 7, Sağlık Gelişim Ajansı, Londra (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).

INCB (2006), *Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu'nun 2005 Raporu*, Birleşmiş Milletler: Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu, New York.

INCB (2007a), *Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu'nun 2006 Raporu*, Birleşmiş Milletler: Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu, New York.

INCB (2007b), *Yasadışı narkotik uyuşturucu ve psikotropik madde imalatında sıklıkla kullanılan öncüller ve kimyasallar, 2006*, Birleşmiş Milletler: Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu, New York.

Ives, R. (2006), 'Real life is messy', *Drugs: education, prevention and policy* 13, s. 389–91.

Jones, L. Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).

Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lizbon (yayımlanmamıştır).

Kouvonen, P., Skretting, A. ve Rosenqvist, P. (editörler) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Alkol ve Uyuşturucu Araştırmaları Nordik Konseyi, Helsinki.

Kuntsche, E. ve Jordan, M. (2006), 'Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors', *Drug and alcohol dependence* 84, s. 167–74.

Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. ve Younoszai, T.M. (2005), 'Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use', *Journal of drug education* 35, s. 233–53.

Londra Uyuşturucu Politikası Forumu (1996), 'Sabaha kadar güvenle dans: dans ortamlarında sağlık ve güvenliğe ilişkin nizamname' (<http://www.drugscope.org.uk>).

Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. ve van de Wijngaart, G. (2007), 'Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation', *Journal of advanced nursing*, 57, 422-31.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. vd. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, İçişleri Bakanlığı, Londra.

Mansfield, D. (2007), 'Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season', Birleşik Krallık Hükümeti'nin Afgan uyuşturucuları bölümlerarası birimi için rapor.

March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), 'Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction', *Journal of substance abuse treatment* 31, pp. 203–211.

Mateu, G., Astals, M. and Torrens, M. (2005), 'Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento', in: Miranda, J.J.F. ve Melich, M.T. (editors), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, s. 111–21.

McCambridge, J., Mitcheson, L., Winstock, A. ve Hunt, N. (2005), 'Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom', *Addiction* 100, s. 1140–9.

Nabben, T., Benschop, A. ve Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Yayımcıları, Amsterdam.

Naber, D., ve Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).

NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

- Parkin, S. ve McKeganey, N. (2000), 'The rise and rise of peer education approaches', *Drugs: education, prevention and policy* 7, s. 293–310.
- Reitox, Ulusal Raportarz (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Reuter, P. (2006), 'What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures', *Addiction*, 101, s. 315–22.
- Rigter, H. (2005), 'Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights', in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, s. 117-24.
- SAMHSA, Uygulamalı Çalışmalar Bürosu, *Uyuşturucu kullanımı ve sağlık hakkında ulusal anket, 2005* (www.samhsa.gov) ve (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. vd. (2005), 'Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002', *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, s. 343–48.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. vd. (2006), 'Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for Improvement', *European addiction research* 12, s. 121–27.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. vd. (2004), 'Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study', *Addictive behaviours* 29, s. 743–52.
- İskoç Yönetimi (2005), *İskoçya'da uyuşturucuya bağlı ölümlere dair ulusal inceleme, 2003*, İskoç Yönetimi, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. vd. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Kanada Madde İstisarı Merkezi, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. ve Hellwich, W.K. (2006), 'Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen', *Sucht*, 52, s. S7–43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. vd. (2006), 'A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project', *Addiction* 101, s. 813–23.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. vd. (2005), 'The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales', *İngiltere genel hekimlik gazetesi* 55, s. 444–51.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. ve Beynon, C. (2007), 'Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)', yayımlanmamış belge, Halk Sağlığı Merkezi, John Moores Üniversitesi, Liverpool, Birleşik Krallık
- UNODC (2005), *2005 Dünya uyuşturucu raporu*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.
- UNODC (2006), *2006 Dünya uyuşturucu raporu*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.
- UNODC (2007), *2007 Dünya uyuşturucu raporu*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.
- UNODC ve Fas Hükümeti (2007), *2006 Fas Esrar anketi*, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Viyana.
- Weaver, T. (2007), 'Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services', Madde İstisarı Ulusal Tedavi Ajansı, NTA, Londra.
- DSÖ(2006), '2006 ketamin kritik incelemesi', 34. ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- DSÖ/BMAIDS (2007), 'Sağlık merkezlerinde tedarikçinin başlattığı HIV testi ve danışmanlığa ilişkin rehberlik', Dünya Sağlık Örgütü, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren, P. ve Ahlner, J. (2004), 'A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden', *Journal of analytical toxicology* 28, s. 67–70.

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

2007 Yıllık raporu: Avrupa'daki uyuşturucu sorununun durumu

Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu

2007 – 91 pp. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-305-5

How to obtain EU publications

Our priced publications are available from EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>), where you can place an order with the sales agent of your choice.

The Publications Office has a worldwide network of sales agents. You can obtain their contact details by sending a fax to (352) 29 29-42758.

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 düzeyindeki uyuşturucu sorununun belgelere dayanan bir tablosunu sunar.

Merkez'in yayınları, politika yapıcılar ve danışmanları; uyuşturucu alanında çalışan profesyoneller ile araştırmacılar ve daha geniş anlamda, medya ve halkın geneli için başlıca bir bilgi kaynağı teşkil etmektedir.

Yıllık rapor, EMCDDA'nın AB'deki uyuşturucu sorununun yıllık değerlendirmesini sunmakta olup, Avrupa'da uyuşturucular hakkındaki en son bulguları ۆğrenmek isteyenler için temel bir referans kitabıdır.



Publications Office
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-305-5



9 789291 683055