

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILIĞI
VE YENİ BAĞIMLILIK TÜRLERİNİN
ARAŞTIRILARAK BAĞIMLILIĞIN
NEDENLERİNİN VE ALINACAK
TEDBİRLERİN TESPİT EDİLMESİ
MAKSADIYLA KURULAN MECLİS
ARAŞTIRMASI KOMİSYONU
TUTANAK DERGİSİ



6'ncı Toplantı

21 Şubat 2018 Çarşamba



(TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı tarafından hazırlanan bu Tutanak Dergisi'nde okunmuş bulunan her tür belge ile konuşmacılar tarafından ifade edilmiş ve tırnak içinde belirtilmiş alıntı sözler aslına uygun olarak yazılmıştır.)

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa

I.- GÖRÜŞÜLEN KONULAR

II.- OTURUM BAŞKANLARININ KONUŞMALARI

1.- Komisyon Başkanı Yılmaz Tezcan'ın, uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadelenin önemine ve kurumlarla birlikte alınacak tedbirlere ilişkin açıklaması

III.- SUNUMLAR

1.- Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Yrd. Doç. Dr. Elif Güler Kazancı'nın, ülkemizde yürütülen uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadele faaliyetleri ve Sağlık Bakanlığının bu süreç içindeki çalışmaları hakkında sunumu

2.- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanı Dr. Sertaç Polat'ın, 1. ve 2. Uyuşturucu ile Mücadele Şûraları, Sağlık Bakanlığının uyuşturucu

madde bağımlılığıyla mücadeledeki diğer çalışmaları hakkında sunumu

3.- Prof. Dr. Zehra Arıkan'ın, uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde bu konuda yapılan çalışmalar hakkında sunumu

4.- Doç. Dr. Cüneyt Evren'in, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM biriminde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin yürütülen faaliyetler hakkında sunumu

5.- Uzm. Dr. Arzu Çiftçi Demirci'nin, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM biriminde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin yürütülen faaliyetler hakkında sunumu

6.- Uzm. Dr. İsmail Volkan Şahiner'in, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM biriminde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin yürütülen faaliyetler ve uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisinde implant uygulamaları hakkında sunumu



**UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILIĞI ve YENİ BAĞIMLILIK TÜRLERİNİN
ARAŞTIRILARAK BAĞIMLILIĞIN NEDENLERİNİN ve ALINACAK TEDBİRLERİN
TESPİT EDİLMESİ MAKSADIYLA KURULAN MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONU**

6'ncı Toplantı

21 Şubat 2018 Çarşamba

I.- GÖRÜŞÜLEN KONULAR

TBMM Uyuşturucu Madde Bağımlılığı ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak Bağımlılığın Nedenlerinin ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu saat 11.09'da açılarak iki oturum yaptı.

Komisyon Başkanı Yılmaz Tezcan, uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadelenin önemine ve kurumlarla birlikte alınacak tedbirlere ilişkin bir açıklamada bulundu.

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Yrd. Doç. Dr. Elif Güler Kazancı tarafından, ülkemizde yürütülen uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadele faaliyetleri ve Sağlık Bakanlığının bu süreç içindeki çalışmaları,

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanı Dr. Sertaç Polat tarafından, 1. ve 2. Uyuşturucu ile Mücadele Şûraları, Sağlık Bakanlığının uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadeledeki diğer çalışmaları,

Prof. Dr. Zehra Arıkan tarafından, uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde bu konuda yapılan çalışmalar,

Doç. Dr. Cüneyt Evren tarafından, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM biriminde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin yürütülen faaliyetler,

Uzm. Dr. Arzu Çiftçi Demirci tarafından, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM biriminde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin yürütülen faaliyetler,

Uzm. Dr. İsmail Volkan Şahiner tarafından, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM biriminde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin yürütülen faaliyetler ve uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisinde implant uygulamaları,

Hakkında birer sunum yapıldı.

Komisyon gündeminde görülecek başka konu bulunmadığından saat 17.04'te toplantıya son verildi

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

21 Şubat 2018 Çarşamba

BİRİNCİ OTURUM

Açılma Saati: 11.09

BAŞKAN: Yılmaz TEZCAN (Mersin)

BAŞKAN VEKİLİ: Kerem Ali SÜREKLİ (İzmir)

SÖZCÜ: Gökçen ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya)

KÂTİP: Lütfiye İlkse CERİTOĞLU KURT (Çorum)

BAŞKAN – Uyuşturucu madde bağımlılığı ve yeni bağımlılık türlerinin araştırılarak bağımlılığın nedenlerinin ve alınacak tedbirlerin tespit edilmesi maksadıyla kurulan Meclis Araştırması Komisyonumuzun 6'ncı Toplantısının Birinci Oturumunu açıyorum.

Toplantı yeter sayısı vardır.

II.- OTURUM BAŞKANLARININ KONUŞMALARI

1.- Komisyon Başkanı Yılmaz Tezcan'ın, uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadelenin önemine ve kurumlarla birlikte alınacak tedbirlere ilişkin açıklaması

BAŞKAN – Değerli Komisyon üyesi arkadaşlarım, milletvekili arkadaşlarım, Sağlık Bakanlığımızın değerli bürokratları, değerli basın mensupları, kıymetli katılımcılar; bugün 6'ncı Toplantımızı yapıyoruz. Daha önceki haftalarda da biliyorsunuz, her çarşamba saat 11.00 ile öğleden sonra 17.30 arasına kadar bütün gün uyuşturucu madde bağımlılığı ve yeni bağımlılık türleri konusunda özellikle devlet kurumlarımız, bürokratlarımız başta olmak üzere, bilim adamları ve konunun çeşitli paydaşlarını şu ana kadar dinledik.

Çok önemli bir konu, biliyorsunuz, sadece bir bireyi, bir ferdi, bir aileyi ilgilendirmiyor; topyekûn, toplumsal, devletler ve uluslararası bir sorunla karşı karşıyayız. Madde bağımlılığı ne yazık ki çok küçük yaşlara kadar düşmüş durumda. Bunlarla ilgili olarak biz neslimizi, özellikle Türk gençliğini, Türkiye'deki vatandaşlarımızı bu bağımlılıkla ilgili sosyal sorundan ne kadar çok uzaklaştırabilirsek, ne kadar çok koruyabilirsek ve alınacak tedbirleri de ne kadar maksimum düzeyde tutarsak sağlıklı bir toplum yetiştirmiş olacağız. Bu amaçla Komisyonumuz çalışmalarına devam ediyor. Sahada çalışmalar yapacağız. Malum bazı illerimizde -artık kırmızı renkte gözükse illerimiz var- İstanbul gibi, Ankara gibi, Adana, Mersin, Antalya, İzmir gibi illerimizde, gerçekten, uyuşturucu madde kullanımıyla ilgili oldukça yoğun bir kullanım var. İşin tedavi boyutu tabii ki Sağlık Bakanlığımızı ilgilendiriyor ancak arz ve talebin engellenmesi noktasında da yapılacak çok önemli işler var. Bu noktada da İçişleri Bakanlığımızın, KOM Daire Başkanlığımızın, narkotiklerimizin, narkotiklerimiz ve bütün güvenlik güçlerimizin, Deniz Kuvvetleri, Sahil Güvenlik, Jandarma, İçişleri Bakanlığımız olmak üzere, bütün güvenlik güçlerimizle beraber alacağımız çok önemli tedbirler olacak. Adalet Bakanlığımızın yapmış olduğu çalışmalar var, cezaların yeniden düzenlenmesiyle ilgili; torbacılardan tutun bu işin baronlarına kadar ya da en üst seviyede bu işin ticaretiyle uğraşan insanlarla ilgili, kişilerle ilgili veya kurumlarla ilgili alınacak tedbirleri de konuşacağız.

Bugünkü sunum için davet ettiğimiz bürokratlarımız var, müsteşarlarımız var. Ben öncelikle onları tanıtmak istiyorum.

(Toplantıya katılan bürokratlar tanıtıldı)

Bugün öğleden önceki oturumumuzu tamamen Sağlık Bakanlığımıza ayırdık, saat 13.30'a kadar süremiz var. Tabii, milletvekili arkadaşlarımızın, Komisyon üyesi arkadaşlarımızın soruları olacak.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Sağlık Bakanlığının sunumunu yapmak üzere ben, Müsteşar Yardımcımız Sayın Kazancı'yı davet ediyorum.

Buyurun Sayın Kazancı.

III.- SUNUMLAR

1.- Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Yrd. Doç. Dr. Elif Güler Kazancı'nın, ülkemizde yürütölen uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadele faaliyetleri ve Sağlık Bakanlığının bu süreç içindeki çalışmalarını hakkında sunumu

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI –
Sayın Başkan, çok kıymetli vekillerimiz; sizleri Sayın Bakanımız adına saygı ve sevgiyle selamlıyorum.

Ölkemizde yürütölen uyuşturucuyla ilgili mücadele faaliyetlerinden bahsedeceğim. Sayın Başkanımızın da ifade ettiğı gibi, uyuşturucu madde bağımlılığı hem bireysel hem de toplumsal açıdan sağlık sorunlarının yanında, sosyal, ekonomik ve asayiş problemlerini de beraberinde getirmektedir. Dünyada gittikçe önemi artan, çok kompleks ve topyekün mücadeleyi gerektiren bir alanda bakanlıklarımızın, sivil toplum kuruluşlarının ve sayın vekillerimizin bizlere destekleri çok önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı olarak da bu konuda Başbakanlık genelgesine istinaden bu kurulların tüm sekretaryası, koordinasyon ve eylem planlarının düzenlenmesinde görev almaktayız.

Sunumumda uyuşturucuyla mücadelede mevcut kurumsal yapı, mevcut üyeler ışığında ülkemizin durumu ve Türkiye'de uyuşturucuyla ilgili mücadele sürecinden bahsedeceğim.

Hepimizin de bildiğı gibi 9 Aralık Başbakanlık Genelgesi'yle bağımlılıkla mücadele koordinasyon yapısı oluşturulmuştur. Daha önce, Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu, Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kuruluna dönüştürölmüştür. Uyuşturucu madde izleme raporlarına göre Avrupa'daki eğilimin sadece ilaç bağımlılığı değıl, tüm bağımlılıklarla mücadele şeklinde raporlanması üzerine Başbakanlık genelgesiyle Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu oluşturuldu. Başbakan Yardımcımız Sayın Recep Akdağ'ın başkanlığında 11 bakanlıkla birlikte çalışmaktayız ve bu Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulunun altında Bağımlılıkla Mücadele Kurulu görev yapmakta ve bu kurulun da başkanlığında Meclis Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Sayın Milletvekilimiz Necdet Ünüvar'la birlikte çalışmaları yürötmekteyiz. Yüksek Kurul dört ayda bir, Mücadele Kurulu iki ayda bir toplanmakta. Yine bu kurulun altında bağımlılıkla mücadele teknik çalışma grupları görev yapmakta ve teknik çalışma grupları müsteşar yardımcılığı başkanlığında ayda bir veya iki ayda bir –genellikle ayda bir- toplantı yaparak teknik kurulun çalışmalarını yürötmekteyiz; teknik kurulda da yine daire başkanı ve genel müdür düzeyindeki teknik ekiple çalışmaktayız.

Burada da listede göröldüğü gibi 11 bakanlık ve 19 kurum ve kuruluşla birlikte yaklaşık 30 daire başkanlığı ve kurumdan oluşan bir ekiple çalışmaktayız.

Mevcut verileri paylaşmak istiyorum: Genel nüfusta ve gençlerde en az bir defa herhangi bir uyuşturucu maddeyi kullanma sıklığıyla ilgili olarak dünyada oran 205 milyon kişide yüzde 5,3; Avrupa'da yüzde 25 hatta bazı ölkelerde yüzde 40'lara varan oran söz konusu. 2011'de yapılan ve 2012'de yayımlanan Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre de ülkemizdeki oran yüzde 2,7. Nisan ayında genel nüfusla ilgili olan yeni bir araştırma analizini yayımlayacağıız. Yine 15 yaş grubunda, özellikle burada Millî Eğitimle birlikte yüröttüğümüz uyuşturucu madde bağımlılığıyla ilgili çalışmanın analizleri devam etmekte, hem genel nüfusu hem de 14-19 yaşı içeren çalışmaları da nisan ayında sizlerle paylaşacağıız inşallah.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

şimdi, ölkemizdeki duruma baktığımızda ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların dağılımları 2007'den itibaren 2016'ya kadarki artış, görüldüğü üzere aslında tedavi merkezlerindeki artışla da orantılı. Örneğın 2008 yılındaki 33 tedavi merkezi şu anda 101'lere, 3 katına ulaşmış durumda.

Uyuşturucuyla mücadele süreci ilk defa 1983 yılında AMATEM'in kurulmasıyla başlamış. Ardından 1997 yılında bu konuda Aile Araştırma Kuruluna bağılı olarak ilk defa Uyuşturucu Kullanımı ile Mücadele, Takip ve Yönlendirme Kurulu oluşturulmuş. 2002 yılında TUBİM koordinasyonunda Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi yürütölmeye başlanmış. Yine, 2004 yılında da Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliğı yürürlüğe girmiştir. Ardından, 2006 yılında TUBİM koordinasyonunda Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Belgesi ilk olarak yayımlanmıştır. Bu belge 2006-2012 yıllarını kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. 2008 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyon Raporu yayımlanmış olup bu kapsamda ölkemizdeki uyuşturucu bağımlılığı ve önleme tedbirlerini kapsayan en önemli ulusal yayınlardan biri olma özelliğini taşımaktadır. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliğı de 2013 yılında bu araştırma raporlarının doğrultusunda güncellenmiştir ve 18 Haziran 2014 yılında özellikle kanunla ilgili yapılan düzenlemelerle, cezai müeyyidelerin artırılmasıyla ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Örneğın, esrar elde etmek amacıyla kenevir ekimi suçunun cezası bir yıldan yedi yıla kadar, aynı zamanda hapis cezası da dört yıldan on iki yıla çıkarılmıştır. Yine, maddeyle ilgili imal, ihraç ve diğeri suçların cezaları da belli oranlarda artırılmıştır. Bu cezaları hızlı geçiyorum, ayrıntılı sizlerle paylaşacağız zaten.

14 Temmuz 2014 tarihinde ölkede yürütölecek bütün çalışmaların tekrar değerlendirilmesi ve ulusal anlamda stratejinin düzenlenmesi adına ve Acil Eylem Planı kapsamında 8 bakanlıkla birlikte çalışmalar başlamıştır ve 30 Ağustos 2014 tarihinde resmî psikiyatri dal hastaneleri ile bünyesinde AMATEM, ÇEMATEM bulunan sağıık hizmeti sunucularına yönelik de düzenlemeler yapılmış ve buradaki işlem puanlarına yüzde 30 ilave Resmî Gazete'de yürürlüğe girmiştir. 22 Eylül 2014 tarihinde Uyuşturucu ile Mücadelede Acil Eylem Planı Taslağı Bakanlar Kurulumuza sunulmuştur ve ardından Gaziantep'te hem Halk Sağıığı müdür yardımcıları, üniversiteden akademisyenler, kamu kurumu ve sivil toplum örgütü temsilcileriyle de bağımlılıkla mücadele çalışmalarının değerlendirme toplantısı düzenlenmiştir. 29 Eylül-1 Ekim 2014 tarihinde Uluslararası Uyuşturucu Bağımlılığı Politikaları ve Halk Sağıığı sempozyumları düzenlenmiştir. 13 Kasım 2014 tarihinde Uyuşturucu ile Mücadele Başbakanlık Genelgesi yayımlanmıştır ve 8 bakanımızın bir araya geldiğı Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu, yine 8 bakanlığımızdan oluşan müsteşar yardımcılarının katılımıyla Uyuşturucu ile Mücadele Kurulu, yine teknik kısımları çalışmak üzere Uyuşturucu ile Mücadele Teknik Kurulu oluşturulmuş; genelgeyle ilgili uyuşturucuyla mücadele çalışmalarının tüm sekretarya ve koordinasyon görevi Sağıık Bakanlığımızca verilmiştir.

Bu Acil Eylem Planı organizasyon yapısında Yüksek Kurulda 8 bakanımız altı ayda bir, Mücadele Kurulu üç ayda bir, teknik kurulların her ay toplanması planlanmıştır. Yine, bu mücadelede özellikle ilde de bu organizasyonun yürütölmesi adına yılda 2 sefer valilerimizin başkanlığında vali yardımcılarıyla birlikte il uyuşturucu ile mücadele koordinasyon kurullarının her ay toplanması sağlanmıştır. Ardından, 14 Kasım 2014 tarihinde bu Yüksek Kurulun Başkanı olarak Sayın Bülent Arınç görevlendirilmiştir ve 81 ilin vali yardımcılarıyla ilgili bu konuda sahada, yerel düzeyde çalışmaların güçlenmesi adına çalıştaylar planlanmıştır.

Yine özellikle uyuşturucuyla mücadelede medyanın, haber kaynaklarının doğru kullanılabilmesi adına medya sağıık muhabirlerinin bilgilendirme toplantısı gerçekleştirilmiştir. Ardından, 28-29 Kasım 2014'te 1'inci Uyuşturucu ile Mücadele şurası o dönem Başbakanımız Sayın Ahmet Davutoğlu'nun

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

başkanlığında gerçekleştirilmiştir ve buraya yaklaşık 2 bin kişi katılmıştır. şurada dzenlenen çalıştaylarda 111 farklı kurumdan 560 katılımcı, yine 67 kamu kurumundan 494 katılımcı, 35 farklı sivil toplum kuruluşundan 41 katılımcıyla bu organizasyonlar gerçekleştirilmiş. Aynı zamanda, 9 farklı gruptan 25 katılımcıyla -okul aile birliğinden, servis şoförlerine, mahalle muhtarlarına, hasta yakınlarına, sporculara, sanatçıları da içerecek şekilde bireysel katılımcılarla da- toplantılar zenginleştirilmiştir. Ardından, özellikle uyuşturucuyla mücadelede laboratuvar hizmetlerinin de gözden geçirilmesi adına Laboratuvar Hizmetleri alıştayı yapılmıştır ve bu çalıştayda özellikle ülke genelinde standardizasyonun sağlanması, tarama amaçlarına yönelik standartların belirlenmesi ve en önemli de doğrulama laboratuvarlarının yaygınlaştırılması ve ortak veri tabanının oluşturulması yönünde çalışmalar yapılmıştır.

Yine, uyuşturucu maddelere ulaşılabilirliğin önlenmesi konusunda özellikle okul çevreleri başta olmak üzere sokaktaki uyuşturucuyla mücadelede yeni bir birim olan Narkotimler 11 Aralık 2014 tarihinde 11 ilde faaliyete başlamıştır ve 1.512 personele narkotik temel uzmanlık kursu verilmiştir ve şu andaki il sayısı 29'a yükseltilmiştir, yeni eylem planımızda da bütün illere yaygınlaştırılması planlanmıştır.

17-19 Aralık 2014'te de Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından acil hekimlerine yönelik bağımlılık, bağımlı hastaya yaklaşım, sentetik kannabinoidler, toksik durumda yapılması gerekenlerle ilgili eğitici eğitimler gerçekleştirilmiştir. Yine, AMATEM ve ÇEMATEM gibi tedavi merkezlerinde ve acil kliniklerde çalışan hekim ve akademisyenlerin de katılımıyla Taleple Mücadele, Tedavi alıştayı yapılmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından da 13 Ocak 2015 tarihinde Uyuşturucuyla Mücadele Rehabilitasyon alıştayı dzenlenmiştir. 14 ve 15 Ocak 2015 tarihinde yine akademisyenler, Adalet Bakanlığı temsilcileri, Hâkimler ve Savcılar Yüksek Kurulu, Yargıtay Başkanlığı ve ilgili kurum ve kuruluş temsilcileriyle birlikte Uyuşturucuyla Mücadelede Mevzuat Değerlendirmesi alıştayı gerçekleştirilmiştir. 20 Ocak 2015 tarihinde Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu toplantısı gerçekleştirilmiş, burada Ulusal Strateji Belgesi, Acil Eylem Planı ve Uyuşturucu ile Mücadele Koordinasyon Kurulunun alışma usul ve esasları Yüksek Kurul tarafından onaylanmıştır. 23 Ocak ve 11 şubat 2015 tarihlerinde uyuşturucuyla mücadelede üniversite temsilcileriyle toplantılar gerçekleştirilmiştir.

Yine, Bakanlığımızın da paydaş olduğu suistimal riski yüksek olan maddelerde, bildiğiniz üzere özellikle bu maddelerde değişiklik yapıldığında suç unsuru teşkil edebilmesi için erken uyarı sistemi gerçekleştirilmiş ve Bakanlar Kurulu onayıyla da Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 9 Mart 2015 tarihinde Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı ve Strateji Belgesi 7 bakanlığımıza gönderilerek Bakanlar Kurulumuzda imzalanmıştır. Bu eylemin 12 başlık altında 95 faaliyet ve bunların uygulanmasından sorumlu toplamda 27 kurum ve kuruluş bulunmaktadır. Buradaki Acil Eylem Planı'nda uyuşturucuya ulaşılabilirliğin engellenmesi, eğitim kurumlarına yönelik tedbirlerin alınması, belirlenmiş hedef gruplara yönelik tedbirlerin alınması, özellikle danışma birimlerinin oluşturulması, tedavi mekanizmalarının güçlendirilmesi, uyuşturucu bağımlılarının kısa ve uzun süreli tedavi sonrası sosyal uyumunun sağlanması, bilimsel danışma kurumları, karar destek sistemi ve bu konudaki koordinasyonun iş birliği içinde yürütölmesi kararları onaylanmıştır.

Ardından, Türk Ceza Kanunu'nun 191'inci maddesine eklenen son fıkrayla her türlü uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin okul, yurt, hastane, kışla ve ibadethane gibi yerlerdeki ticaretine de tayin olacak cezada yeni bir artırım kabul edilmiştir.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

25-29 Mayıs tarihlerinde Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programları'nda, özellikle burada halkımızın ilk, birinci basamakta direkt danışabileceği aile hekimlerine eğitimler verilmiştir. Yine, danışma hattıyla koordine çalışacak özellikle bu merkezlerde psikososyal tedavileri güçlendirmek amacıyla 100 psikolog için sigara, alkol ve madde bağımlılığı tedavisinin klinik ve aile modülleri eğitimi verilmiştir.

İkinci grup olarak, yine aile hekimlerimize bağımlılıkla mücadele eğitim programının tüm aile hekimlerine yaygınlaştırılarak 19 bin aile hekimine, bu konudaki eğitim tüm ülkemizde tamamlanmış bulunmaktadır. Buradaki eğitici eğitim konuları bir psikiatri uzmanının motivasyonel görüşmelerden psikososyal desteğe kadar her türlü eğitim programını ayrıntılı olarak içermektedir.

8 Temmuz 2015 tarihinde Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı kurulmuştur. Alo 191'le ilgili bazı genel bilgileri vermek istiyorum. Bu danışma hattı önleme, tedavi ve rehabilitasyon mekanizmalarını destekleyerek, güçlendirecek şekilde organize edilmiş olmakla birlikte temelde hem henüz maddeyle tanışmamış gençlerin hem de madde kullanımı olan ancak henüz bağımlı hâle gelmemiş bireylerin korunmasını hedeflemektedir. Çevrelerinde hiç kimse madde kullanmadığı, yine de aile bireylerinin ileride madde kullanımıyla hiç tanışmamaları için de neler yapabileceklerini öğrenmek isteyenler, yakın çevrelerinde madde kullanan kişilere nasıl yardımcı olunabileceği konusunda, yine kendisi madde kullanıcısı olup bırakmak isteyenler, madde kullanıcısı olup o anda madde almadığı için yoksunluk yaşayanlar ve madde kullanımını bırakıp tedavi süresinde sıkıntı yaşayanların da her türlü anlamda desteğini verebilecek bir ekip tarafından koordine edilmektedir. Burada destek ekipleri New York'taki üniversitenin eğitim sürecinde birçok kez web üzerinden canlı bağlantılar da gerçekleştirmiş olup Amerika Birleşik Devletleri'ndeki uygulamalara ilişkin bilgiler de alınarak interaktif bir şekilde eğitim planlaması yapılmıştır. Aynı zamanda bu ekibin sahada da AMATEM, ÇEMATEM, Aile ve Sosyal Politikalar, SABİM ve denetimli serbestlik birimleriyle ilgili de pratik anlamdaki eğitimleri de tamamlanmıştır. Yaklaşık 32 eğitimci tarafından, akademisyen tarafından bu personellerimiz profesyonel bir şekilde eğitimden geçirilmiştir.

Yine, özellikle uyuşturucuyla mücadelede paydaşlarımız, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İŞKUR ve SGK yetkilileri ve aynı zamanda rehabilitasyonda ve danışma merkezlerinde etkin olan Türkiye Yeşilay Cemiyeti yetkilileriyle birlikte de yine karşılıklı iletişim ve eğitimler verilmiştir. Bu danışma hattında ilk kademede telefon operatörleri tarafından özellikle bağımlı kişinin düşük riskli ya da yüksek riskli olup olmadığı değerlendirilmektedir. Düşük riskli vakalar aile hekimlerine, gençler rehber öğretmenlere yönlendirilmekte; yüksek riskli olan vakalar da AMATEM ve ÇEMATEM'ler tarafından yönlendirilerek, eğer kişi kimlik bilgilerini açıklarsa randevuyla ilgili de her türlü destek kendilerine verilmektedir.

Onun dışında, danışma hattıyla ilgili olarak, özellikle burada 7/24 esasına göre çağrı karşılanmış olmakla birlikte 139.970 çağrı karşılanmıştır. Çağrı merkezi yazılımı ve takip programı oluşturulmuştur. Danışma hattı yazılımında sık sorulan sorular ve verilecek cevaplar da hazır metin olarak yer almakta olup vaka değerlendirilmesi de buradan yapılabilmektedir. Arayan kişinin ihtiyacına binaen ilgili irtibata geçirilecek birimler, sosyal uyum merkezi, aile hekimleri, psikiyatrik klinikler, AMATEM, İŞKUR, sosyal yardımlaşma vakıfları, belediye, narkotimler ve benzeri tüm ekipler sisteme tanımlanmış olup gerektiği durumlarda konu hakkında görevlendirilmiş kişilerle irtibata geçilmektedir. Danışma hattımızda çoğunluğu sosyolog, psikolog, çocuk gelişim uzmanı olmak üzere hemşire gibi sağlık profesyonelleri ve diğer fakülte mezunları tarafından toplam 110 çalışan görev yapmaktadır. Takipte olan vakalar yedinci gün, on beşinci gün, bir ay, üç ay, altı ay ve on iki ay sonra tekrar kişinin

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

izniyle geri dönüşleri yapılabilir. Yine, danışma hattımız aracılığıyla hastanın gideceğı tedavi merkezinden randevusu da tarafımızdan alınmakta, izni doğrultusunda kontrol aramalarına da devam edilmektedir.

191'deki başvuruların en çok nedenlerine baktığımızda tedavi talebi olarak gelmiştir. Yaklaşık 90 bin tedavi olarak en çok ağırlığımızı bu başvuru nedenleri oluşturmaktadır. Cinsiyete göre değerlendirdiğimizde erkek oranı yüzde 63'lerde, özellikle son yıllarda da kadınlarımızdaki yüzde 33 olan oran yüzde 37'lere çıkmış durumdadır. Yine burada, özellikle yaş gruplarına göre dağılımı baktığımızda en çok 2017 yılında da gördüğümüz oran daha çok 24 yaş, 25-35 yaş arası dilimi almaktadır. 14 yaş altı oranlara baktığımızda daha azdır.

Nüfusa göre en çok çağrı alınan iller: Başta İstanbul, Ankara, Gaziantep, Yalova, şanlıurfa, Antalya, Ağrı, Kilis, Ardahan ve Diyarbakır'dan oluşmaktadır. Nüfusa göre en az çağrı alınan iller: Karabük, Ordu, Bartın, Kütahya, Tunceli, Uşak, Artvin, Gümüşhane, Giresun ve Zonguldak'tır. En çok çağrı alınan iller: İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa ve Gaziantep olmak üzere beş büyük il olarak sıralamada yer almaktadır. En az çağrı yine: Tunceli, Bayburt, Artvin ve Karabük'tür.

Uyuşturucuyla mücadelede özellikle il kurulları, stratejik planda büyük bir önem arz etmektedir. Burada ille ilgili hazırlanan eylem planıyla ilgili koordinasyon valilik tarafından takip edilmektedir. Yine, ilçelerde de uyuşturucuyla mücadele kurulları kaymakam başkanlığında toplanmaktadır. Koordinasyon ve sekreteryası halk sağlığı müdürlüğü tarafından yürütölmektedir. Valilik tarafından yürütölen bu il kurullarında üniversite temsilcileri, meslek birlikleri temsilcileri, spor kulübü temsilcileri, sivil toplum örgütü temsilcileri, gönüllüler ve tabii ki tüm kamu kurumların üst düzey yöneticileri tarafından organize edilmektedir ve ilde Uyuşturucu Aksiyon Planı doğrultusunda tüm faaliyetler ortak yazılıma aktarılmaktadır. Kurulların yürüttüğü çalışmalar, uyuşturucuyla mücadele yüksek kurulu raporu olarak her yıl sunulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu koordinasyon yapısı ve işleyişi örnek ölkeler olarak gösterilmiş ve bu süreç kitap hâlinde basılarak ölkelere tavsiye olarak verilmiştir.

9 Aralık 2015 tarihinde Başbakanlık genelgesiyle Yüksek Kurul Başkanı Sayın Numan Kurtulmuş Başbakan Yardımcısı olarak görevlendirilmiş. Ardından, 2016-2018 Eylem Planı hazırlanmıştır ve yine 8 bakanlıkla ortak çalışılmıştır. Bu eylem planında 11 başlık altında 48 strateji, 201 faaliyet ve 31 kurum ve kuruluş burada aktif olarak çalışmıştır. Yine, eylem planının ana başlıkları, 2015'teki Acil Eylem Planını örnek olarak revize edip güncellenmiştir. Buradaki nihai amaç uyuşturucu arz ve talebinin önlenmesidir ve her türlü doğal ve sentetik uyuşturucu maddeler ve bunların üretiminde kullanılan ara kimyasalların ve kaçakçılığın, üretiminin, kullanımının, dağıtımının ve sokak düzeyindeki satışının engellenmesi ana amaç olmuştur.

Yine, talep olarak da uyuşturucu madde bağımlılığının zararlı etkileri konusunda hedef kurumları bilgilendirmek ve bilinçlendirmek. Yine, özellikle uyuşturucu bağımlılarının tedavi mekanizmalarına ulaşılabilirliğini artırabilmek için bu tedavi mekanizmalarını güçlendirerek tedavideki başarı oranını artırmak ve uyuşturucuyla mücadelede rehabilitasyon ve sosyal uyum hizmetlerinin koordine bir şekilde çalışmasını sağlamak ana eylem planının ilkelerini oluşturmuştur ve bunlar belli bir takvim ve zaman dilimi tarafından izlenmeye alınmıştır.

Doktorların özellikle madde kullananları ihbar etme yükümlölüğü kaldırılmıştır.

2016-2018 Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı'nı değerlendirdiğimizde, nihai amaç, uyuşturucu arz ve talebinin önlenmesi ve burada 333 alt faaliyetin değerlendirmesi yapılmıştır ve şu an için 2016-2018 Eylem Planı'nın genel durum yüzdesi yüzde 87'lere ulaşmıştır.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Çalışma kapsamında aksayan noktaları özellikle vurgulamak istiyorum. Kurulların çalışma usul ve esaslarının revizyon ihtiyacı sebebiyle kurulların etkin şekilde faaliyetlerini yürütememesi, o yüzden kurulların çalışma usul ve esaslarının tekrar onaylanarak genişletilmesi hedeflenmiştir. Yine, merkezde planlanan faaliyetlerinin yerele yaygınlaştırılamaması ciddi bir sorun oluşturmuştur ve bu sorunu da çözmek üzere mülki amirlerin performanslarını belirlemeye yönelik kriterler arasına girmesi sağlanmıştır.

Özellikle saha araştırmalarının belirli periyotlarda yapılamamış olması, bu konuyla ilgili planlama ve özellikle revize edilmesi gereken konularla ilgili yeterince saha araştırmalarının yapılamamış olması açısından yaklaşık 2017 yılı sonuna kadar her yıl tekrarlanacak saha araştırmaları planlanmıştır ve burada İçişleri Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığıyla birlikte ortak çalışma yürütölmesi kararı çıkmıştır.

Yine, tüm kurumların anlık olarak veri girebildiğı, sistemden otomatik olarak anlık veri çekebildiğı Karar Destek Sistemi'nin kurulmamış olması da genel tespit edilen sorunlardan biridir. Bu yıl içinde Karar Destek Sistemi aktif olacak ve tüm veriler anlık olarak tüm kurullar tarafından takip edilebilecektir. Bu işin koordinasyonunda da İçişleri Bakanlığı görev yapmaktadır.

Yine, kamuoyunun doğru zamanda, doğru şekilde bilgilendirilebilmesi için iletişim planının hayata geçirilememiş olması... Şu andaki eylem planımızda "İletişim" başlığı altında uyulurucuyla mücadelede özellikle tüm kurumlar için ortak bir stratejiyle ilgili olarak Başbakanlık Basın Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı ekiplerimiz birlikte çalışmaktadır.

Yine, bilgilendirme, farkındalık ve eğitim faaliyetleri kapsamında uygulanan programların etkinliğine dair çalışmaların yeterli seviyede yürütölmemesi de aksaklıklardan biridir. Bu nedenle, eğitimleri veren kurumlar tarafından tekrar UMK üyesi kurumlarla bir araya gelip eğitimlerin revize edilmesi planlanmıştır.

Yine, rehber öğretmenlerin bu eğitimlerde beklenen tutum ve davranışları yeterince sağlayamaması nedeniyle Millî Eğitim Bakanlığıyla tekrar ortak çalışmalar yapılmış, öğrencileri doğal ortamlarda gözleyip bu gözleme dayalı tespitleri yapacakları ve müdahalede bulunacakları bir eğitim sisteminden geçirilmesi hedeflenmiştir.

Yine, uyulurucu kullanımı sebebiyle eğitim sistemi dışında kalan gençlerin eğitime devam etmemesi ciddi sorunlardan biridir. Bu konuda Millî Eğitim Bakanlığıyla birlikte ortak çalışmalar yürütölmektedir.

Taleple mücadelede, özellikle danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon ve sosyal uyum mekanizmalarının etkin ve yaygın bir şekilde entegre hâlde çalışmadığı görölmüş, Sağlık Bakanlığı tarafından bu entegrasyonun sağlanacağı bir yönetmelik çalışması şu anda tamamlanmak üzere dir ve önümüzdeki ay içinde yönetmelik taslağı ortaya çıkarılacak, kurumlardan özellikle burada Aile ve Sosyal Politikalarla birlikte yürüttüğümüz bu rehabilitasyon süreciyle ilgili yönetmeliğin çıkmasının ardından sahada bu konuda ilgili merkezlerin açılmasına hız verilecektir.

Yine, sosyal uyum mekanizmalarının, sizlerin de bildiğı gibi, sadece hastanede değil, ardından bu bireylerin topluma kazandırılması için danışma merkezlerinin, rehabilitasyon merkezlerinin, sosyal uyum merkezlerinin bir bütüncül yaklaşım içinde hizmet vermesi önem arz etmektedir ve bu konuyla ilgili de hem yönetmelik hem de pilot çalışmalara başlanmıştır.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

şu anda, hazırlamış olduğumuz -daha önce de bahsettiğim gibi- 2017 Başbakanlık Genelgesi'yle bağımlılıkla mücadele kurullarının çalışma usul ve esasları, bağımlılıkla mücadele süreci yol haritası ve stratejik eylem planı hazırlıkları tamamlanmak üzeredir. Özellikle buradaki 4 ana madde: Uyuşturucu arzının önlenmesi, uyuşturucuya olan talebin önlenmesi, uyuşturucuyla mücadelede iletişim, uyuşturucuyla mücadelede sürecin koordinasyonu ve izlenmesi.

9 Aralık 2017 tarihinde, daha önce de bahsettiğim gibi, Avrupa ülkelerinde sadece ilaçla değıl, tüm bağımlılık bakış açısı... Özellikle davranışsal bozuklukları -kumar- internet bağımlılığını da içeren bir bağımlılık yüksek kurulu olması modeliyle ilgili olarak Başbakanlık genelgesiyle ülkemizde de Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu oluşturulmuştur ve bu kurulun çalışma usul ve esasları 23/12/2017 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Kurumlar arası koordinasyonu sağılamak, tüm sekreteryaya görevlerini yapmak üzere, özellikle eylem planlarında koordinatör bakanlık olarak Sağık Bakanlığı yetkilendirilmiş ve ilgili müsteşar yardımcısı olarak bizim uhdemizde Halk Sağılığı Genel Müdürlüğümüz tarafından eylem planları ve teknik çalışma gruplarıyla ilgili yapılanmalar gerçekleştirilmiştir. Yine, bağımlılıkla mücadelede il koordinasyon kurulları da oluşturulmuştur.

Bağımlılıkla mücadele teknik çalışma gruplarının ana başlıkları... Uyuşturucuyla mücadele; tütün, alkolle mücadele, davranışsal bağımlılıklardan teknoloji ve kumar bağımlılığıyla mücadele ve bütün bağımlılıklarla mücadelede etkin kullanılması gereken iletişim teknik çalışma grubu da bu faaliyetlerden biridir.

Bu eylem planının hazırlık sürecinde, daha önce de bahsettiğim gibi, 2008 yılında yürütölen Meclis araştırma komisyon raporu bize ciddi bir şekilde destek sağılamıştır. Ardından uygulanılan acil eylem planları, faaliyet eylem planları ve farklı ölkelerin strateji belgeleri de mevcut kaynaklar olarak bize destek olmuştur. Ardından ulusal ve uluslararası iyi uygulama örnekleri için hem Türkiye genelinde hem dünya çapında iyi örnekler incelenmiştir ve bu konudaki politika laboratuvarlarıyla ilgili olarak ilgili bakanlıklarımız, ilgili kurum, kuruluşlar, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşlarıyla toplantılar gerçekleştirilmiş ve nihai amaç ve göstergelere hizmet edecek insiyatifler ve faaliyetler belirlenmiştir. Bu kapsamda 2018-2023 Strateji Belgesi'nde 132 kişi, 28 toplantı, yedi yüz saati içeren bir çalışma süreci gerçekleştirilmiş ve uyuşturucuyla mücadele strateji belgemiz bu ayın sonunda tamamlanmış olacaktır. Nihai amacımız, toplumu her türlü uyarıcı ve uyuşturucu madde kullanımından uzak tutmaktır ve bu nihai amaca destek olacak ara amaçlar ve 176 süreç göstergeleri ve hedefleri tanımlanmıştır.

Buradaki nihai amaç göstergelerinden kısaca bahsetmek istiyorum. Burada yaş gruplarına göre uyuşturucu kullanım sıklığı hedef alınmıştır. 15 yaş üzeri genel nüfusta, 14-19 yaş, 19-25 yaş olmak üzere hayatında en az bir defa, gençliğinde son bir yılda uyuşturucu kullanma sıklığı, son bir ayda uyuşturucu kullanma sıklığı, bir de kronik uyuşturucu kullanımıyla ilgili 4 ana başlıkta, 3 yaş grubunda hedef ve göstergeler belirlenmiştir.

Bir de atık su analiziyle elde edilen, bin kişi başına gram uyuşturucu kullanım miktarı aslında çok önemli göstergelerden biridir. Ülkemizde İstanbul ve Adana'da İçişleri Bakanlığının desteğı ve Yeşilayın koordinasyonuyla birlikte yürütölen bu atık su analiziyle özellikle uyuşturucunun kullanımı, türü bölgesel anlamda tespit edilebilmekte, epidemiyolojik verilere net olarak ulaşılabilmektedir.

Yine, uyuşturucu kullanımına bağılı olarak HIV ve HCV oranındaki artışlardaki azalma, yine uyuşturucuya bağılı ölüm oranındaki mevcut duruma göre azalma ve adli olaylardaki azalmayla ilgili hedef ve göstergeler tanımlanmıştır. Özellikle bu ana amaçları koordine edecek uyuşturucuyla mücadele ve iletişim ana yapıda bulunmaktadır.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Arzın önlenmesinde, uyuşturucuya ulaşılabilirliğin engellenmesi amacıyla her türlü uyuşturucu maddeye bağlı kaçakçılığı, üretimi, kullanımı, dağıtımı ve sokak düzeyinde satışı engellemek ana hedeflerden biridir. Buna özgü olarak göstergeler ve hedefler tanımlanmıştır. Burada en önemlisi, hem kargo yoluyla hem de internet yoluyla uyuşturucu suçlarına yönelik yapılacak işlem sayısı ve buna bağlı hedefler belirlenmiştir. Aslında, buradaki genel hedeflerimizi -bu hedefler henüz açıklanmadığı için burayı doldurmadık çünkü Bakanlar Kuruluna yeni sunmuştuk- 2018 yılında son şekli verildikten sonra sizlerle de paylaşacağız. Buradaki hedefler çalışıldı bu yedi yüz saat içinde ama ana göstergelerimiz bunlar. Hedeflerimizde, temel olarak 2018 yılında mevcut durum tespiti, ardından da diğer yıllara yönelik hedefler belirlenmiş durumdadır yani şu anda boş olan yerler aslında, Sayın Başkanım ve sayın vekillerim, dolu ancak henüz paylaşılmadığı için Başbakan Yardımcımız tarafından, burada henüz sunamadık.

Arzın önlenmesinde, kara, hava, deniz posta, kargo yoluyla sınırlardan ve gümrük kapılarından uyuşturucu madde ve prekürsörlerinin ülkemize girişi ve çıkışının engellenmesi, yurt içinde nakledilmesi ve satışının engellenmesi ve finans boyutunun, özellikle terör örgütlerine finans kaynağı olmasının engellenmesi ve uluslararası iş birliği çalışmalarına destek verilmesi önem arz etmektedir. Şu haritada da görüldüğü gibi, Afganistan'dan çıkan eroinin kuzey ve Balkan rotası özellikle Türkiye üzerinden Avrupa'ya ulaşmakta ancak sentetik uyuşturucular Hollanda ve Belçika'dan direkt ülkemizi hedef alacak şekilde, özellikle sentetik kannabinoidlerin ülkemiz gençlerini hedef alan bir haritasını görmekteyiz. Buradaki tabii ki en önemli fark, sentetik kannabinoidlerin çok daha hızlı ölüme neden olması. O yüzden, bu konuyla mücadele için özellikle uluslararası stratejik iş birliklerini de güçlendirmeyi hedeflemekteyiz.

Sokak bazında mücadelede, daha önce de sunduğum gibi, 50 ilde görev yapan narkotimler yeni dönemde 81 ile yaygınlaştırılacak ve bu konuda eğitim alan personel sayısı artırılabilecektir.

Yine, atık su analizi; hâlen İstanbul ve Adana'da pilot çalışma devam etmekte, bunun riskli illere 2018 yılında yaygınlaştırılmasını hedeflemekteyiz.

Yine, uyuşturucu arzının önlenmesinde özellikle elektronik renkli reçete sistemi Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından organize edilmiştir. Daha önceki komisyonda verilen, özellikle toplumda da çok sık kullanılan diğer maddelerden pregabalin ve gabapentin... Yine bu etkin maddesini içeren ilaçlar da takip sistemi içine şubat ayından itibaren alınmıştır.

Talebin önlenmesinde özellikle hedef grupları bilgilendirmek ve bilinçlendirmek önem arz etmekte. Yine, uyuşturucu madde kullananların ve yakınlarının danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon birimlerine erişimlerini kolaylaştırmak ve bunların sosyal uyum mekanizmalarıyla yeniden topluma faydalı bir birey hâline gelmesini sağlamak özel hedeflerimiz içinde bulunmaktadır. Yine burada, kişilerin başvuru sıklığı, üç ay, altı ay ve bir yıllık temiz kalma oranları gibi göstergeler üzerinden hedefler belirlenmiştir.

Seçilmiş inisiyatifler: Topluma yönelik hazırlanmış tüm programların etkilerinin ölçülerek sonuca göre yaygınlaştırılması, ilköğretim, ortaöğretim ve lise öğrencilerine, üniversite öğrencilerine yönelik ihtiyaca binaen eğitim programlarının yaygınlaştırılması, risk gruplarına yönelik mevcut programların etkinliğinin ölçülerek etkili bir şekilde yaygınlaştırılması ve kamu kurumlarında çalışan tüm personele bunlara yönelik eğitimlerin standardizasyonu ve yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.

Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı kapsamında hâlihazırda 28 bin rehber öğretmen eğitilmiş olup 10 milyon öğrenci de bu eğitimlerden faydalanmıştır. 2018 Eylem Planımızda, tüm öğrencilere her kademede eğitimin özellikle Yeşilayla birlikte Millî Eğitim Bakanlığı tarafından

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

yapılması şu andaki eylem planlarımız içinde yer almaktadır. En son Bakanlar Kurulunda, özellikle bu 600 rehber öğretmen ve öğrencilerle ilgili olarak, her yıl bütün öğrencilere bu konuda her türlü eğitim verilmesiyle ilgili ortak bir karar çıkmıştır.

Yine, danışmanlık merkezlerinin altyapısının hazırlanması ve ülke genelinde bu konuda danışmanlık merkezinin hayata geçirilmesi, ALO 191'in etkinliğinin artırılması, ayakta tedavi merkezlerinin ulaşılabilirliğinin artırılması ve rehabilitasyon hizmetlerinin yaygınlaştırılması ana inisiyatiflerdir.

ALO 191'le ilgili ayrıntıları verdiğim için geçiyorum.

Ülkemizde, hâlihazırda 55'i ayakta olmak üzere 101 tedavi merkezimiz 1.045 yatak kapasitesiyle hizmet sunmaktadır. 2018-2023 döneminde 16 adet daha AMATEM ve ÇEMATEM tedavi merkezi planlanmaktadır. AMATEM açılması planlanan illerimiz, Erzurum, Diyarbakır, İstanbul, Kocaeli, Şanlıurfa; ÇEMATEM açılması planlanan illerimiz, Adana, Ankara, İstanbul, Samsun, Antalya, Elâzığ, Konya, Şanlıurfa, Manisa ve Kocaeli. Tedavi merkezi bulunan illerimiz 57 ilde görülmekte. 2014 yılından itibaren 2017 yılına kadar tedavi merkezleri sayımızda 3 katına çıkmış durumda.

Burada ayakta ve yatarak tedavi için yapılan başvuru sayılarının yıllara göre dağılımını görmekteyiz. Burada özellikle 2015 ile 2016 arasında başvuru sayısındaki artışın nedeni, tedavi merkezlerindeki artışla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Tabii ki burada başvuru sayılarına değil, daha çok yatan ve ayakta tedavi alan kişileri analiz ettiğimizde, bu sayının üçte 1'e düştüğünü görüyoruz. Örneğin, burada başvuru sayısı 248 binken 90 bine düştüğünü görmekteyiz; yine 2016 yılında yatarak tedavi gören kişi sayısı da 8.753'lerde.

Yatarak tedavi gören kişilerin yaş gruplarına göre dağılımına baktığımızda, genel olarak 20-29 yaş grubunda özellikle yatarak tedavinin ağırlıklı olduğunu görmekteyiz. Zaten mücadele kapsamında da hedefimiz en çok bu yaş grubu çünkü kullanım sıklığı da en çok bu yaş grubunda saptanmış durumda.

Burada da yatarak tedavi gören kişilerin eğitim durumlarına göre dağılımına baktığımızda, en büyük yoğunluğun 1-8 yıl eğitimi alan kişilerde görmekteyiz; hiç okula gitmeyenlerdeki oran belirgin olarak düşük. Yine, tedavi gören kişilerin çalışma durumlarına baktığımızda, büyük oranda işsiz olduğunu görmekteyiz.

Yatarak tedavi gören kişilerin kullandıkları esas madde türlerine göre dağılımına baktığımızda, yoğunluğu opiyatlarda görmekteyiz ama biz mücadelemizi tüm uyuşturucu maddelere yönelik yapmaktayız.

Taleple mücadelede, tedavi faaliyetlerimizde de belli planlama kriterlerimiz söz konusu. 29 sağlık hizmet bölgesine en az 1 AMATEM, bin poliklinik üstü ile 10 yataklı bir merkez, her ile en az 1 ayakta tedavi merkezi şeklinde bir planlamamız söz konusu. Yine, ayakta arındırma merkezleri de her ilde, özellikle yataklı merkezi olmayan bölgelerde arındırma merkezinin açılması...

Yataklı rehabilitasyon merkezi de ülkemizin en büyük ihtiyaçlarından biri. şu an için 4 merkez planlandı ancak son Bakanlar Kurulu toplantımızdaki kararlara göre, sayın bakanlarımızın da desteğiyle bu rehabilitasyon merkezlerinin sayısının artırılması hedeflenmekte. Yine, ayakta rehabilitasyon merkezlerinin de tüm arındırma merkezi olan yerlerde açılmasıyla ilgili yaklaşık 46 ayakta rehabilitasyon merkezi planlaması söz konusu. Dünyada uyuşturucuyla mücadelede ve tedavi merkezlerinde aslında ayakta tedaviler daha ön planda. Ülkemizde toplumsal olarak yatarak tedavinin daha iyi olacağı şeklinde bir algı söz konusu ancak dünyadaki modelleri de incelediğimizde, ülkemizde de bunu kapsayacak şekilde ayakta tedavi modelinin oluşturulması, rehabilitasyonla birlikte sosyal uyumun entegre olmasıyla ilgili çalışmamız devam etmekte.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Yeşilay tarafından yürütülmekte olan 4 adet Yeşilay Danışmanlık Merkezinin -YEDAM- yeni dönemde tüm illere yaygınlaştırılmasıyla ilgili bir çalışma söz konusu çünkü vatandaşımızın ve bu konudaki hem bağımlıların hem de ailelerinin ilk planda danışacakları bir merkez ve büyük bir tecrübeyle Yeşilay, bu konuda Aile ve Sosyal Politikalarla birlikte hızlı bir şekilde tüm illere bu danışma merkezlerinin yaygınlaşması için 2018’de ortak bir çalışma yürütmekte.

Sağlık Bakanlığı olarak bütüncül hizmet modelini önemsemekteyiz. Bildiğiniz gibi, erken tanı ve yönlendirme poliklinikte gerçekleştirilmekte, tıbbi tedaviler de hastanelerimizde ve AMATEM’lerde yürütülmekte. BAHAR Projesi dediğimiz bütüncül hizmet modeliyle hem tıbbi tedaviyi hem danışmanlığı hem sosyal uyumu hem de rehabilitasyonu bütüncül yaklaşımla içerecek bir sistem için yönetmelik hazırlığımız tamamlanmış durumda ve bunu Yeşilay, Aile ve Sosyal Politikalar ve Sağlık Bakanlığı olarak hayata geçirmek için çalışmalarımız son aşamasına geldi. Bütüncül bir modelle hastaların üç ay, altı ay ve bir yıllık remisyon oranlarının takibi ve özellikle sosyal uyum süreçlerinde Aile ve Sosyal Politikalarla birlikte, özellikle İŞKUR’la da bunun desteklenerek, bütüncül bir yaklaşımla bağımlılıkla mücadelede daha etkili olacağımızı düşünmekteyiz.

Sosyal uyum hizmetlerinde özellikle bu programların yaygınlaştırılması, güçlendirilmesi ve bağımlı çocukların sosyal uyum süreçlerine dâhil edilmesi için bu bütüncül tedavi yaklaşımı gerçekten çok önemli. Sosyal uyum hizmetlerinden, şu anda dört adet sosyal uyum merkezimiz bulunmakta. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımızın da bu yıl hedefi, tüm illere bu sosyal uyum merkezlerinin yaygınlaştırılması şeklinde.

Uyuşturucuyla mücadelede tüm paydaşlar için temel bakış açısını yansıtacak, ortak bir iletişim stratejisini oluşturacak, kamuoyunda da ortak faaliyetleri yürütecek bir strateji belgesini hazırlamış bulunmaktayız. Burada, toplumun uyuşturucu konusundaki farkındalık düzeyi, ortak iletişimi kullanan paydaşların yüzdesi, özellikle uyuşturucuyla ilgili yapılan haberlerde olumlu haber sayısının olumsuz haberlere oranı, yürütülen faaliyetlerin kamuoyundaki bilinirlik düzeyindeki artış, toplumsal kaygı düzeyi ve toplumda bu konudaki olumlu algı düzeyiyle ilgili göstergelerimizi tanımladık ve ortak bir strateji ve iletişim kılavuzu hazırlanma aşamasında. Tüm paydaş kurumlarla birlikte gerek yazılı gerekse görsel ve sosyal medyada ortak bir şekilde uyuşturucuyla mücadele faaliyetlerinin tanıtılması ve bu konuda iyi uygulama örneklerinin de teşvik edilmesiyle ilgili inisiyatifler planlanmış ve tüm bu iletişim stratejisinin ülkede yaygın bir şekilde toplumda etki yaratacak şekilde ilgili akademisyen hocalarımızla birlikte sağlık politikaları olarak çalışmalarımızı gerçekleştirdik. Daha önce Yeşilayla birlikte Basın-Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü tarafından 1.500 yerel basın mensubuna bu konuda iletişim eğitimleri yapılmış ve bu iletişim faaliyetleriyle ilgili eleştirel haberlerde ortalama yüzde 55 düşüş sağlanmıştır. Sonuçta, bütün mücadele sürecinin koordinasyonu, izlenmesi ve değerlendirilmesi hem merkez hem taşra açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık Bakanlığımız bünyesinde koordinasyon yürütülerek ortak projeler, bölgesel değerlendirme toplantıları ve eylem planı kapsamında kurulların onayladığı projelerin hedeflere ulaşma oranları da takip edilecektir. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kuruluna bunlar, Sağlık Bakanlığımız bünyesinde oluşturulan alt stratejileri izleme faaliyetleri tarafından aylık olarak Yüksek Kurula iletilecek, ilgili projelerin sahiplerine bu konuda destek verilecek ve üst kurullara sunulan raporlar üst kurul tarafından değerlendirilerek teknik kurullar tarafından ayrıntılı bir şekilde çalışılacaktır.

Arz ederim.

Sanıyorum öbür sunumu da hazırladık Sayın Başkanım, vaktimiz varsa onu da kısaca...

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Sorularımızı soralım, sonra ona geçelim.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEşAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI
– Nasıl uygun görürseniz.

BAşKAN – Çok teşekkür ediyoruz Sayın Müsteşar Yardımcımıza.

Diğeri sunumu yapacak arkadaşımızın sunumu aynı çerçevedeyse Sağlık Bakanlığımızla ilgili konularda milletvekili arkadaşlarımız soru soracaklar.

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEşAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI
– Aynı çerçevede, sorulara geçebiliriz.

BAşKAN – Vaktimiz de epey ilerledi o nedenle sorulara geçeceğiz.

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcımız Sayın Kazancı, uyuşturucuyla mücadele konusunda Sağlık Bakanlığımızın günümüze kadar yapmış olduğu çalışmaları, Yüksek Kurulun yaptığı çalışmaları dile getirdiler.

şimdi, müsaade ederseniz milletvekili arkadaşlarımız, ben birkaç tane de not aldım, onları öncelikle bir sorayım, sonra da sorulara geçelim; söz vereceğim size.

şimdi, Sayın Kazancı, Türkiye’de bir kez uyuşturucu kullanım oranı yüzde 2,7. Bu rakam ne kadar doğru? Sizin yaptığınız çalışma var mı? Bu istatistik, gerçekten, Türkiye’deki 15 ila 64 yaş arası uyuşturucu kullanımını yansıtıyor mu? Bu konuda bir açıklama yaparsanız iyi olur.

2014 yılında 1. Uyuşturucu ile Mücadele şurası toplanmış, aradan dört yıl geçti; hani birincisi varsa bunun ikincisinin de herhâlde olması gerekiyor idi; niye toplanmadı acaba?

Kamu Hastaneleri Kurumunda acil hekimlerine uyuşturucu kullanımıyla alakalı eğitimler verilmiş. Bunların bir standardı belirlendi mi? Geri dönüşümler nasıl, hani bunun standart bir ölçümü oldu mu, ne kadar faydalı oldu? Acillerde yine bu eğitim verdiğiniz doktor arkadaşların görevleri devam ediyor mu, yoksa başka yerlerde mi görevlendirildiler?

Hastanelerde uyuşturucu madde kullanımıyla ilgili suistimallerle alakalı sıkıntılar var -bunu daha önce de dile getirdik- özellikle ameliyathanelerde. Bu özellikle opioid türü tedavi amaçlı kullanılan maddelerin sağlık çalışanları arasında kullanımında bir suistimal var, bunu hepimiz biliyoruz. Bunlarla ilgili bir önlem veya bir çalışmanız var mı?

şimdi, Alo 191 hattının açılışına ben de katılmıştım 2015 yılında bakanlarımız, milletvekili arkadaşlarımızla birlikte. O günden bugüne 139.970 çağrı karşılanmış. 2015’ten 2018 yılına kadar -yaklaşık neredeyse üç yıl olacak- geri dönüşleri nasıl aldınız? Faydası oldu mu gerçekten Alo 191’in? Kadınlarda daha az arama oranı var, bunun sebebini öğrenmek istiyoruz. Bir de en çok ve en az çağrı alan illerin özelliklerini çalıştınız mı yani bunlarla ilgili bir analiz yaptınız mı?

2016-2018 Eylem Planı hazırlandı, uyuşturucuya arz ve talebin önlenmesi amaçlanıyor. 201 faaliyet yapılmış, bu 201 faaliyetin içerisinde biz sonuç olarak ne elde ettik? Bir de bu BAHAR Projesi’nden çok kısa bahsettiniz, benim anladığım kadarıyla -yanlışsa düzeltin lütfen- sanki Sağlık Bakanlığı izin verecek yani buralar özel merkez mi olacak, kimler açacak, denetlemesini Sağlık Bakanlığı mı yapacak veya Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda bir devlet kurumu olarak mı çalışacak?

şimdi Sayın Ekici’ye söz veriyorum.

Buyurun.

AKİF EKİCİ (Gaziantep) – Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Elif Hanım’a sunumundan dolayı teşekkür ederim.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Sayın Başkan, değerli arkadaşlarım; tartıştığımız çözüm önerisi aradığımız konu, ülkemizin geleceği için gerçekten çok önem arz eden bir konu. Çok değerli bürokrat arkadaşlarımız da hazırlanmışlar. Şimdi, biz eğer yapılanları dinlersek burada bir sonuca varamayız. Konuşuruz, konuşuruz, daha önceki komisyonlarda olduğu gibi -ben ilk gün de söyledim- tozlu raflara bir dosya hazırlar, bırakırız. Şimdi ben şunu rica ediyorum eğer arkadaşlar da uygun görürse: Yapılanlar... Tabii ki bu, ülkenin geleceğiyle ilgili çok önemli bir sorun, bu, koca bir devlet, bunun üzerine gidecek ve çalışmaları yapacak. Bunu da kim götürecektir? İlgili bakanlıklar götürecektir, bürokratlar götürecektir. Bunları burada “Şu yapılmış, bu yapılmış.” diye saatlerce anlatırsak hiçbir yere varamayız. Yapılanları anlatmak yerine eksik kalanları, yapılmayanları ve çözüm önerilerini tartışırsak daha yararlı olacak diye düşünüyorum. Yaklaşık bir saattir Müsteşar Yardımcısı Hanımefendi... Çok güzel, iyi faaliyetler, iyi şeyler yapılmış, güzel şeyler bunlar, takdir edilen şeyler yapılmış ama bunları biz takip ederiz, bütün arkadaşlarımız başka yerlerden de elde edebilirler. Eğer böyle devam edecekse ben çok yararlı olmayacağı kanaatindeyim. Yani bizim istediğimiz şu, arkadaşlar da uygun görürse: Yapılanlar değil -kısaca yapılanlardan bahsedilebilir- bundan sonra eksik kalan, yapılmayan, çözüm önerileri olarak neler var, onların üzerinden tartışsak daha yararlı olur diye düşünüyorum.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN – Sayın Yurdakul, buyurun.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Sayın Başkan, değerli milletvekilleri, sayın bürokratlar; hoş geldiniz.

Ben güzel sunumunuz için teşekkür ederim. Tabii, biz akademisyen olduğumuz için önce pozitif eleştiri yapıyoruz ama sonra negatif eleştirileri de mecburen yapmak zorundayız çünkü bu Komisyonun çok değerli olduğuna inanıyorum.

Şimdi, Hocam, yapılan bu dört yıllık programla... Yani anladığım kadarıyla 2014 yıllarında falan başlamış ve bu dört yıllık programla ilgili geri bildirim aldınız mı? Yani sizin uyguladığınız bu programda başarı oranı nedir? Ne yaptınız yani?

Şimdi, eğer yaptıklarınız yeterliyse ve bu içeriklerin hepsi başarılıysa o zaman ben şöyle anlıyorum: Bu Komisyonun, o zaman, tekrar kurulmasına niçin gerek duyuldu? Çünkü çok detaylı hakikaten. Teorik olarak çok mükemmel. Ama bizim yaptığımız hata şu Sayın Müsteşar Yardımcım: Hep teorikten gidiyoruz, pratik yani uygulanış ve geri bildirim almıyoruz. Yani en büyük sorunumuz o diye düşünüyorum. Mesela insanlara “İletişim nedir?” diye sordukları zaman herkes şöyle diyor: “Ben kendi düşüncemi karşı tarafa ilettim.” Bu iletişim değildir Hocam. Karşı tarafa ilettiğiniz konuyu siz tekrar geri alabiliyor musunuz? Yani uyguladığınız yöntemlerde dört beş yıl içerisinde ne yaptınız da geri başarı oranını elde ettiniz? Ne oldu yani? Çünkü bu kadar kişiyi eğitmişsiniz, 2 milyon öğrenci, veliler, öğrenciler falan... O yüzden bu Komisyonun -eğer gerçekten başarı oranı yüksekse- hiç kurulmasına bile gerek yok. Bu kadar yoğun, çok yoğun program, her hafta toplanıyoruz sabahdan akşamlara kadar, gerek yok o zaman bu Komisyona diye düşünüyorum.

İkincisi, farklı hatlar var. Mesela jandarma için 156’yı arıyoruz, polis için 155, acil 112, çocuk istismarı 183, uyuşturucu 191. Bunu gerçekten vatandaşlarımız nasıl biliyorlar, yani nasıl akıllarında tutuyorlar? Mesela Sağlık Bakanlığıyla ilgili tek bir hat kullanılamaz mı? Ben mesela çok ilgilenmesem 191’i –uyuşturucu- bilmem vallahi.

Ben geçen Komisyonunda da söyledim, köprü altında uyuşturucu kullanan birisini gördüm, 191’i bilmiyordum, direkt polisi aradım. O polis yönlendirme yaptı gibi. Yani dolayısıyla bunun daha kolay bir yolu...

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Ayaktan 240 bin, yatarak 13 bin hastamız AMATEM’lerde tedavi almış. Burada rehabilitasyon ne durumda Hocam? Rehabilitasyon nerede yani? BAHAR Projesi diyorsunuz, Recep Bey de sundu ama sonuç ne? Sonuçlarda şöyle diyorsunuz: Şu yapılacak, bu gelecek ama dört yıl geçmiş. Yani ben sizin için söylemiyorum. Yani uygulanan program çerçevesinde, bu hep böyle. Geçen bürokratlar sundu, gene aynı. Hep “Yapacağız, edeceğiz.” gibi. Dolayısıyla ben özellikle rehabilitasyon istiyorum. Ayaktan rehabilitasyonu Sağlık Bakanlığının kurma zorunluluğu olduğuna inanıyorum çünkü rehabilitasyon olmadan siz istediğiniz kadar AMATEM’leri artırın, başarı gelmez diye düşünüyorum.

Bir ikincisi de, benim kendi, şahsi düşüncem, şurada bir hata var: “20-24 yaşlarına odaklandık.” diyorsunuz. Bu eksik; yanlış değil ama eksik. Niçin? Çünkü ergenlik çağına gelen insanlarda doğru, artıyor, 20-24’te sorunlar başlıyor, işsizlikten, diğer tüm sorunlara ama bunun esas sebebine inmemiz lazım. Esas sebebi ne? Ta çocukluk dönemindeki olaylar. Yani önceden eğitim vermemiz gerekiyor. İşte, ne eğitimi vereceksiniz? İşte, iletişim eğitimi vereceksiniz, ondan sonra diğer eğitimleri vereceksiniz, farkındalık yaratacaksınız, bunlar gibi. Dolayısıyla ben özellikle Bakanlığımızın pratiğe ve geri bildirimine yönelmesini ve hızlı davranmasını talep ediyorum.

Çok teşekkür ederim.

BAŞKAN – Ahmet Hoca’mıza teşekkür ediyorum.

Şimdi 4 milletvekili arkadaşımız daha soru soracak.

Cevapları alalım Müsteşar Hanım.

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI – Sayın Başkan, değerli milletvekillerim; kesinlikle biz de sizinle aynı fikirdeyiz. Öncelikle bu Komisyonunda ben de yeni görevlendirildiğim için tabii ki bu süreçte sunumu hazırlarken ben de geçmişte değerlendirdim.

Tabii ki Sayın Vekilim, öncelikle size katılıyorum. İlk defa aslında böyle bir Komisyon toplantısı oluyor sanıyorum. Yani daha önce böyle bir Komisyon toplantısı gerçekleştirildi mi? Belki farklı bir platformda olmuş olabilir Sayın Vekilim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Buna benzer sunuları dinledik ama biz.

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI – Kesinlikle size bu konuda katılıyoruz yani burada sabahtan beri anlattığım, hep şunlar yapıldı ve bunlarla ilgili işte, belirli göstergeler, hedeflerle ilgili tanımlamaların olmadığını ben de kendim de bizzat aslında raporu değerlendirirken gördüm. Şimdi yeni hazırladığımız eylem planında özellikle gösterge ve hedeflere bu geri bildirim yani belli oranları koyarak net bir şekilde değerlendirmemiz mümkün olacak çünkü bugüne kadar bütün raporları değerlendirdiğimizde mevcut durumla ilgili verilerin yeterli olmadığını gördük.

Yine, Recep Akdağ Bakanımızla ortak çalıştığımız programlarda değerlendirme yaptığımızda gösterge ve hedeflerde belli yüzde oranlar üzerinden gitmeyi hedefledik çünkü eğer bunu gerçekleştirmezsek dediğiniz gibi ne derece bu hedeflere ulaştığımızı sayısal veriler olmadığı müddetçe değerlendirmemiz mümkün değil. Örneğin hedefimizi yüzde 10 koyduysak bu hedefe ulaşmış ulaşmadığımızı değerlendirmemiz daha doğru olacaktır. Önceki eylem planlarında “yapılması, edilmesi” şeklinde hedefler ve stratejiler var ancak bunların gösterge oranları belli değil Sayın Vekilim. O yüzden şu anda teknik kurulla bu gösterge ve hedefleri yüzde oranlar üzerinden çalışıyoruz çünkü bana sorduğunuz bu soruların cevabını şu aşamada özellikle önceki hedeflerle vermem mümkün olamıyor maalesef çünkü yüzde oranlar üzerinden hedef göstergeler tanımlanmamış.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Uyuşturucu sıklığı konusunda elimizde 2012 raporu var. İçişleri Bakanlığı tarafından yapılan araştırma nisan ayında... 15-64 yaş genel nüfustaki uyuşturucu kullanım sıklığının son durumu bu yıl nisan'da açıklanacak. O yüzden henüz bizimle de paylaşmadıkları için bu oranı size net olarak sunamamaktayım.

Yine, Millî Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülen 14-19 yaş grubu da 2017-2018 öğretim döneminde yapıldı, o da mart ayı sonu gibi bitecek. Yani sonuçta tüm gençleri ve tüm nüfusu ilgilendiren analiz, ülkemizin raporu, 2012'den altı yıl sonra açıklanmış olacak. Önceki hedef planlarda her yıl ya da iki yılda bir gibi bir planlama yapılmadığı için yaklaşık beş yıllık arada bir... Hani kriterlerle ilgili net bir veri elimizde yok. Ancak yeni belirlediğimiz stratejide bundan sonra 14-19 yaş arasında her yıl, genel nüfusta da iki yılda bir bu çalışmanın yürütülmesiyle ilgili karar alındı. Bundan sonra her yıl bununla ilgili net veriler elimizde olacak.

İkinci şûra da alt faaliyetler şeklinde. Sanıyorum Daire Başkanımız bu konuya daha hâkim. Ben göreve yeni başladığım için ikinci şûra sürecini bilemiyorum. Kendisine sözü devrediyorum.

BAŞKAN – Buyurun.

2.- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanı Dr. Sertaç Polat'ın, 1. ve 2. Uyuşturucu ile Mücadele Şûraları, Sağlık Bakanlığının uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadeledeki diğer çalışmaları hakkında sunumu

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Sayın Başkanım, kıymetli vekillerim; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Öncelikle, birinci şûradaki temel amacımız şuydu: 2015 Acil Eylem Planı olduğu için özellikle tüm kesimlerin aslında sesini dinlemek ve problemleri tespit etmektir. Çok kalabalık olduğu ve sonrasında da çalıştaylar yapmak ihtiyacı olduğundan dolayı bu eylem planı hazırlık sürecinde bunun öncesine alındı ve aslında çok detaylı olarak o çalıştaylar olarak bahsedilen tüm programlar o şûranın alt çalışma başlıklarıydı ve aslında şûranın amacını orada gerçekleştirmek mümkün oldu. Genel, detaylı, şûrayla alakalı olarak da bu eylem planına son şekli verildikten sonra, tüm kesimlerin fikirleri metne yansdıktan sonra inşallah onu da sayın bakanlarımız kendi takvimlerine göre organize edecekler efendim.

Türkiye nereden nereye geldi yani dört yılda ne yapıldı, aslında sayın vekillerimizin odaklandığı nokta çok haklı çünkü vatandaşlarımız da bunu soruyor, Sayın Başbakan Yardımcımız da ilk olarak bize bunu sordu. 2015 acil eylem planının temel amacı zaten başındaki isimden de belli olduğu gibi acil olmasıydı ve biz ilk çalışmalara başladığımızda henüz Türkiye'de gerçekten derli toplu koordine bir yapı yoktu ve bu yapısal değişimlerin gerçekleşmesi gerekiyordu. Bunun için öncelikle yapılması gereken faaliyetlere ağırlık verildi ama en önemli eksiği ve ihtiyaç oydı ki evet -sizin de bahsettiğiniz gibi- elimizdeki verileri ve ölçme değerlendirme kriterlerini netleştirememiştik çok hızlı hareket edilmesi gerektiği için ve aslında yaptığımız müdahalelerin de belli bir süreden sonra davranış değişikliğine dönüşeceğini bildiğimizden dolayı da aslında dört senenin sonunda yapılması gerekiyordu ama bazı çalışmalar, bizim de eksiğimiz, evet yapılamadı. Özellikle okullardaki çalışmada çok zaman kaybettik, sorunlarda da onu yazdık. Bununla alakalı olarak şu anda, çalışma inşallah nisan ayında bitiyor. Yine, genel nüfusla alakalı çalışmada da birtakım aksilikler yaşandı, bunu da gerçekleştirmedik. Haklısınız, dolayısıyla elimizdeki o baz veriler olmadığı için Türkiye'nin nereden nereye geldiğini ölçme şansımız maalesef olmuyor. Ama tedavi verilerine baktığımız zaman çok ciddi manada bir artış var mıdır sayıda? Hayır, yoktur yani korkacağımız... Evet, kesinlikle çok önemlidir, çok ciddi bir problemdir ama kabaca

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

bir tespit yapılabilir mi? Tedavi verilerinden yapılabilir. Tedavi verilerine baktığımız zaman çok ciddi manada bir sıçrama yaşanmamıştır, en azından öyle gözüküyor, şu andaki eldeki verilerle ancak bu kadar açıklayabiliyoruz efendim.

Bir diğeri Sayın Başkanım, Alo 191’in değerlendirmesi yapıldı, Alo 191’de çağrıya ulaşılamamak gibi bir durum söz konusu değil, bunu Dünya Sağlık Örgütü’ne yaptırdık üstelik yani dış değerlendirme olsun diye, Sağlık Bakanlığı kendisi değerlendirmesin diye. O raporu da siz Komisyon üyelerimize biz detaylı olarak arz edebiliriz. Yaklaşık 150 sayfalık bir rapor, orada özellikle vatandaşın memnuniyet oranından hizmet alanların odak görüşmesine kadar çok detaylı bir rapor hazırlandı. O odak görüşmesinde de memnuniyet oranlarının yüzde 90’lar civarında olduğunu tespit ettik. Çünkü danışma hattının aslında temel görevi şu...

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Ne zaman tespit ettiniz acaba?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Geçen sene efendim.

Alo 191’de beklenti şu değil, tabii arayan kişinin uyuşturucuyu bırakması değil, kamuoyuna özellikle biz aslında slaytlarda detaylı olarak vermemizin sebebi oydu. Hedef kitlemiz bizim, vatandaşın kafasındaki soru işaretlerini çözmek. Ben nerede tedavi olabilirim? Nasıl bir tedavi görebilirim? Bundan sonraki süreç nasıl ilerleyecek? Biliyorsunuz bundan önce sosyal güvencesi olmayanlar tedavi olmakta çok ciddi sıkıntı yaşıyorlardı ve Alo 191 burada devreye girerek diğer kurumlarımızdan, sosyal yardımlaşma vakıflarından, Sağlık Bakanlığının diğer kaynaklarını kullanarak bunların tedavi süreçlerini de hızlandırmaya çalışıyordu. Dolayısıyla Alo 191 aslında orada bir eksiği kapattı. Ama yeterli mi? Değil, işte yeni eylem planımızda da bunun etkinliğinin artırılması, özellikle danışma merkezleri ve tedavi merkezleriyle tam entegrasyon sağlanarak hastaların bire bir takibi ve yaşam koçluğu dediğimiz, yanında olabilecek mekanizmayı da üstlenmesini sağlayacağız Sayın Başkanım.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Tedavi başarısı?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Efendim, tedavi başarısıyla alakalı yeni bir komisyon kuruldu, şu anda ülkemizdeki başarı oranları yüzde 15-20’ler civarında.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Kaç?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT - Yüzde 15-20’ler civarında ama bu tam Türkiye’nin bütün tedavi merkezlerini bire bir, tek komisyon, dışarıdan yani tedavi merkezlerinin kendi verilerini deklare ettikleri, yayım yaptıkları veriler değil, bütün komisyonun standart bir yöntemle tüm tedavi merkezlerini denetleyeceği ve ölçebileceği bir yapıyı da inşallah bu 2018-2023 eylem planıyla oluşturacağız efendim.

BAŞKAN – Teşekkür ediyorum.

Sayın Tunç...

ALİM TUNÇ (Uşak) – Teşekkür ediyorum Başkanım.

Sunumunuzdan dolayı teşekkür ediyorum değerli arkadaşlar.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Şimdi, soruların bir kısmı soruldu ama özellikle 2014'te başlayan ve 2018'e kadarki süreçte genellikle organizasyon ya da bütün bakanlıkların bir araya getirilmesiyle ilgili bir süreç geçirilmiş sizin de söylediğiniz gibi. Bununla ilgili tabanda kurulduğunda bir veri hazırlama olmadığı için de bugün ölçme değerlendirmeyi ona göre yapamamaktayız, bence bu önemli bir eksiklik. Şu an için bütün yetki Sağlık Bakanlığında dediniz koordinasyon olarak.

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI
– Koordinatörlüğünde Sayın Vekilim.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Bu yönetmelikle ilgili ben değinmek istiyorum. Özellikle rehabilitasyon merkezlerinin oluşturulmasıyla ilgili, yönetmelikte, sanki Aile Bakanlığını bekliyoruz gibi bir şey söylediniz mi yoksa ben öyle mi algıladım?

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI
– Şöyle ki: Rehabilitasyonda paydaş kurumlarla da yönetmeliğimizi paylaşıyoruz yani çünkü süreç tek Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilmeyecek çünkü sosyal uyum merkezleriyle de entegrasyon sağlanması planlandığı için Sayın Vekilim, onların yönetmeliğiyle de çalışmaması için sadece görüşe sunduk, yoksa bütün koordinasyonu biz yapıyoruz.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Ben şunu merak ediyorum yani 2014'ten beri AMATEM, ÇEMATEM'leri kurduk ve arındırıyoruz ama bu süreçte bu rehabilitasyon merkezlerinin kurulmaması önemli bir eksiklik ve Sağlık Bakanlığının yapması gerekenlerden biri olarak düşünüyorum. Ve bununla ilgili en azından bugüne kadar bazı uygulamalarda hep pilot uygulamalar yapılmıştır. Yani yönetmelik çıkmadan da belirli pilot uygulamalar yapılamaz mıydı ya da pilot uygulama yapmayı düşünüyor musunuz Bakanlık olarak? Çünkü yüzde 15-20'lerde bir başarı var, belki bu başarının daha da artmamasının rehabilitasyon merkezlerinin olmamasından kaynaklandığını yani tekrar bu işe girmelerinin bundan kaynaklandığını... Çünkü tekrar piyasaya o hastalar atılmış oluyor.

Bir de özel rehabilitasyon merkezlerinin açılmasını da bu yönetmelikle sağlayacak mısınız?

Ben teşekkür ediyorum.

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI
– Sayın Başkanım, cevap vereyim mi?

BAŞKAN – Buyurun.

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI
– Özellikle bu kurulla ilgili yetki Başbakan Yardımcımızda. Sağlık Bakanlığı olarak diğer bakanlıklarla ilgili sekretarya görevini ve koordinasyonu yürütmekteyiz.

Kesinlikle sizlere katılıyoruz, rehabilitasyon merkezlerinin kurulmaması gerçekten tedavi sürecinin tam uygulanamamasını sağlamış durumda. Arındırmadan sonra bağımlı kişilerin başvurabileceği bir merkezin olmaması tedavi başarısını düşürmekte. Bununla ilgili yönetmelik çıkmadan biz bir pilot çalışmaya başladık. İstanbul'da Erenköy hastanemizde Rabia Bilici Hocamız -zaten hem komisyonlarda hem yönetmelik aşamasında hep birlikte çalıştığımız bir hocamız- hastanesinde bununla ilgili süreci başlattı.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Ne kadar oldu?

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI
– Yaklaşık iki ay oldu sanırım. Çok yeni çünkü yönetmeliğe de dediğim gibi son bir yılda hız verilmiş durumda ve süreçte de iki aydır uygulama söz konusu. Tabii ki bu uygulamada da bazı sıkıntılar söz konusu, rehabilitasyon sürecinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından da karşılanmasıyla ilgili

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

eksiklikler söz konusu. Yani hastanede bu uygulamaya başladığınız zaman bazı yapılması gereken terapiler ve psikososyal, eğitsel faaliyetler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından da ödeme kapsamında, SUT kapsamında olmadığı için hastanedeki bu süreçlerin yönetilmesinde de bazı aksaklıklar yaşanmakta, biz bunları Bakanlar Kurulu ve yüksek kuruldaki ilgili bakanlarımıza da ilettik çünkü süreç sadece sağlık hizmeti olarak değil, diğer bakanlıkların da kapsamıyla yürütülebilecek bir süreç.

Özel bir rehabilitasyon merkezi düşünülmemekte, bunun kamu tarafından yürütülmesi gereken bir hizmet olarak, şu anda bu şekilde bir karar alınmıştır ancak bu konuyla ilgili istişareler devam etmekte. Önümüzdeki hafta tekrar bu konuyla ilgili toplantı yapılacak. Yeşilay, Aile ve Sosyal Politikalar, Sağlık Bakanlığımız, Başbakan Yardımcımızın başkanlığında rehabilitasyon süreçleriyle ilgili, ülkemize bu rehabilitasyon hizmetini hızlıca kazandırmak adına, hedefleri üç beş yıla yayarak değil de bir yıl içinde, iki yıl içinde bu işi hızlıca çözmek için ne yapılması gerekiyor, bu rehabilitasyon sürecinin mali tablosu nedir, Sosyal Güvenlik, Maliye Bakanlığıyla ilgili, ortak, hızlıca bu hafta toplantı yapıyoruz. Bunun mali tablosunu da çıkararak ya Sağlık Bakanlığının bütçesi ya da Aile ve Sosyal Politikalar tarafından karşılanması için Maliye Bakanlığından da destek almamız gereken bir süreç. Çünkü biliyorsunuz yeni yıllla ilgili bütün, özellikle stratejik eylem planlarına göre Maliye Bakanlığından aldığımız ödenek ve bütçeler belli, bu süreci bir yıl içinde tamamladığımızda nasıl bir mali tabloyla karşılaşp bunun hızlıca olması konusunda da tüm bakanlarımız hemfikir hâлиндeler, bunu hızlıca hayata geçirmeyi hedefledik.

BAŞKAN – Sayın Emir...

MURAT EMİR (Ankara) – Ben her zamanki gibi çok kısa konuşacağım.

Şimdi, ben de yani duruşumu belirtmek açısından, söylendi ama bu önemli bir konu. Cidden burada tabii çok teşekkür ederiz, güzel sunumlar oluyor ama aslında bu sunumlara ihtiyaç yok burada, diğer sunacak arkadaşlar için de çok kısa geçilebilir. Biz burada muhalefetiyle iktidarıyla aslında bunun ulusal bir sorun olduğunu ve sıcak siyasetin konusu olmadığının çok farkındayız. Dolayısıyla burada eksiklerimizi ortaya koymak ve sizin bize, biz bir rapor yazacağız, bakın, şunun üzerinde durun, bizim şunlara da ihtiyacımız var demenizi bekliyoruz. Çünkü biz bunun üzerinden sizin ihtiyaçlarınız neyse onu karşılamaya dönük Meclisi çalıştırma niyetindeyiz. Dolayısıyla buraya dikkat etmekte yarar var.

İkinci nokta, istatistikler tabii özellikle üzerinde durduğum noktalar. Mesela bir istatistiğin altını çizeyim çünkü istatistiği yorumlamak çok önemlidir. Eğitim seviyesi çok düşük olunca hatta okuma yazma olmayınca uyuşturucu bağımlılığı neredeyse hiç yok. Yani şimdi bunu bir kenara koymak lazım, şimdi daha sonra başka konuları tartışırken yani istatistiğin doğru anlaşılmazsa yanıltıcı olabileceğini göstermek açısından bence önemli bir nokta.

Yine, buradan hareketle, bir şey sormak istiyorum size: Slaytlardan birisinde daha önce ve 2016’da –çok hızlı geçti, göremedim- başvuran kişi sayısı ve tedavi sayısı vardı. Ve ben, 2016, burada bir sorun var. 2016’da başvuran kişi sayısı artıyor, neredeyse 2 kat artmış ama tedavi başvurusu azalmış. Yani eğer 2016’da, 2015’e göre müthiş bir tedavi yöntemi bulup da bu başvuruları bir anda tedavi edemediysek bu istatistik yanlış.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN – Teşekkür ediyoruz.

Buyurun.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Öncelikle ben bu grafiği izah etmek isterim efendim.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Bu aslında aynı kişinin 2,5 defa bizim tedavi merkezimize başvurduğunu gösteriyor. Bunun içerisinde kontroller de var. Aslında bizim istediğimiz bu rakamın artması. Yani kontrol sayılarının...

MURAT EMİR (Ankara) – Sorun o değil. 2015-2016 arasındaki farkı anladım.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Buranın hepsi 2016 efendim, 2015 yok burada.

Yani birinci grafiği ayakta tedavideki tekil kişi 92.665; 248.000 ise vaka sayısı. Yani 248.000 işlem yapılmış bizim ayakta tedavi merkezimizde.

Bu şunu gösteriyor efendim: Yani kontrol sayılarımızın arttığını ve aslında bizim istediğimiz bir noktaya geldiğini. Ama yataklı tedavi merkezi için bunu düşürmek istiyoruz. Niye? Aslında iyi tedavi edip insanların yatmaya olan ihtiyacını azaltmak istiyoruz. Bunda da başarılı mıyız? Bir nebze başarılıyız. Çünkü daha önce 6 defa, 7 defa, hatta arkadaşlarım “Burada 20 defa yatan hastalarımız var.” diyor. Bu rakam düştü. Şu anda da gördüğünüz gibi 1,5 katına kadar düşürdük. İnşallah bu rakam daha da düşecek.

Bu rehabilitasyonla alakalı süreç, evet, bahsettiğiniz gibi çok geri kaldı. Ama bizim aslında bunu kapatabilmek için AMATEM’lerimizin içerisinde hemen detoksifikasyon, arındırma tedavisinin ardından kısmen de olsa rehabilitasyon hizmeti verdiğimiz AMATEM’lerimiz var. Ama bunun yeterli olmadığını bildiğimiz için “sosyal uyum mekanizması” adı altında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından hızlıca bu rehabilitasyon mekanizması hayata geçirildi. 4 tane merkezimiz, işte Antalya, İstanbul...

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Gittiniz mi hiç oraya?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Evet efendim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Ne yapıyor biliyor musunuz?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Öncelikle kişinin risk değerlendirmesi yapılıyor. Risk değerlendirmesinden sonra kişinin neye ihtiyacı varsa, iş edindirme veya sosyal aktiviteler, motivasyonel görüşmelerle birlikte...

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Bunları gerçekten inanarak mı söylüyorsunuz?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Evet Sayın Vekilim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Böyle bir şey yok yani.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Sayın Vekilim, etkinliği konusunda tereddütler varsa muhakkak ki bunları bilimsel olarak ölçmek lazım. Bilimsel olarak ölçmeliyiz, bunda eksikimiz var ama gözlemsel olarak orada bir hizmetin kötü veya iyi gittiği noktasında şu an için belki raporlara girecek elimizde detaylı bir veri yok. Yani o sizin de bir gözleminiz var, işte Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımızın da bir gözlemi var, bizlerin de bir gözlemi var, hastalarımızın da bir gözlemi var. Bunu, haklısınız, bilimsel olarak ölçmek lazım.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Antalya rakamlarını ister misiniz?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Sosyal uyumla alakalı mı?

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Evet.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Diğer taraftan, efendim, Rehabilitasyon Yönetmeliği özele açılıp açılmaması noktası. Burada ilk planlama aşamasında çünkü -sizler de biliyorsunuz efendim- çok suistimale açık bir konu. Doğrudan özele açılması ve planlama yapılmadan elimizdeki kaynakları da özele açıp çok iyi denetleyemezsek, sahanın çok hassas olduğu bir dönemde bunu yaygınlaştırsak kontrol edemeyiz endişesi var. Bunun için ilk başta akredite edilmiş sivil toplum kuruluşlarımızla bu çalışmanın yürütmesi -işte Türkiye Yeşilay Cemiyeti gibi- bu çalışmanın birlikte devam ettirilmesi, sonrasında, ihtiyaç hâlinde, eğer ihtiyaç görülemezse kamu ve sivil toplum tarafından özele açılması. Çünkü burası para kazanılacak bir alan olmamalı. Sizler de biliyorsunuz, uyuşturucu bağımlılarını tedavi etmek tamamen gönüllülük işi. Yani eğer kişi gerçekten oraya kendini adarsa ve gerçekten faydalı olmak isterse faydalı olabiliyor, yoksa “Ben buradan para kazanayım, insanlar gitsin, üç ay yatıralım, çıkaralım.” dedikleri zaman hiçbir fayda sağlanmıyor. Bunun için ilk aşamada özele çok açma taraftarı olmadı yönetimimiz.

Arz ederim.

BAŞKAN – Sayın Dülger.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Sayın Başkan, teşekkür ediyorum söz verdiğiniz için.

Sayın Müsteşar Yardımcım, sizlere de sunumunuzdan dolayı teşekkür ediyorum.

Eleştirilerimiz hiçbir zaman subjektif değil, bir kere bunu kabul edelim. İçimizde taşrada sağlık müdürlüğü yapan var mı, müdür yardımcılığı yapan var mı? Neden soruyorum? Valiliklerimizde il koordinasyon kurul toplantılarımız vardır bizim. Ben otuz yıl öncesinden bugüne kadar o toplantıları şu şekilde tarif eden bir insanım: “-cektik, -çıkttık; -cağız, -çığız” toplantıları. “Yapacağız, edeceğız; yaptık, ettik...” Sonuç? Buradayız.

2008 senesinde hazırlanan rapor bize kaynak teşkil ettiyse, bunlar eyleme dönüştüyse, bizim burada oturmamız boşuna. Biz neden buradayız? Bu, bir.

İkincisi: Evet, zaman kaybımız oldu. Hepimiz şapkamızı önümüze koyduk, takke düştü kel göründü. Bu, hepimiz için geçerli. Peki, kaybolan nesillerin hesabını nasıl vereceğiz? Bu bizim de çocuğumuz olabilir, başkasının çocuğu da en az bizimki kadar kıymetlidir.

Bu hafta sonu bana, memleketimde, seçim bölgemde, bir uyuşturucuya bulaşmış 3 çocuk babası, annesinin, ölmesi için dua ettiği birisini getirdiler. Milletvekilim ya, sağlık müdürümüzü aradım, ne yapacağımızı, nasıl çaba sarf edeceğimizi sordum. En yakın Gaziantep AMATEM’e, öncelikli olarak psikiyatri servisine sevk edileceğini, oradan da randevu alınacağını, randevuyla kabul edileceğini söylediler.

Şimdi size soruyorum, kendimize soruyorum: Evet, özel sektöre çok tehlikeli bir alan. Peki, devletin denetleyiciliği, devletin düzenleyiciliği nerede kaldı? Bugün 21’inci yüzyılda, 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu’na ve Kamu İhale Kurum Yasası’na göre yapılacak iki iş kalmıştır: Bir tanesi adalet, diğeri güvenliktir. Devlet o zaman denetleyiciliğini yapsın, özele versin ya da buyursun kendisi yapsın.

“Mali tablo çıkarılacak.” dendi. Mali tablosu çok belli. Geleceğimiz, istikbalimiz... Dolayısıyla her şeyde konuşuruz, biz Afrin’i de alacağız, Menbiç’e de gireceğiz, hepsini yaparız ama biz bunu çözemsek inanın ki o tankın içindeki asker bağımlılıkla mücadelede eğer kaybedilmişse o tankın içerisinde bu maddeyi kullanıyor arkadaşlar. Buraya sizin gibi komisyon üyesi arkadaşlar, kurul

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

üyeleri arkadaş geldiklerinde askerde –arkadaşlarım beni sanıyorum doğrulayacaklar- bu maddenin kullanıldığından bahsettiler. Her gelen kurul üyesi kendi alanından anlatıyor yaptıklarını. Dolayısıyla geçirilecek, kaçırılacak bir tek salise, bir tek rabiamızın olmadığına inanıyorum.

Şimdi, geri dönüşün yapılmadığından bahsediyorsunuz. Ben istatistikçi değilim ama kaba nüfus artış hızıyla bu konudaki artış-azalış arasında hiç mi bir korelasyon yok, hiç mi bir illiyet bağı yok; onu merak ediyorum.

Şimdi, doktorların ihbar yükümlülüğü kaldırıldı, doğru mu, yanlış mı anladım?

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI – Doğru.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Peki, aile içi şiddetten daha mı az önemli? Neden kaldırıldı; çok merak ediyorum. Bunun gerekçesi neydi?

Bugün evimizde doğal gaz var mı? Hepimizin evinde doğal gaz var, evimizde elektrik var. Evimizde elektrik kaçağı, elektrikle ilgili bir sorun olduğunda kaçıracağınızı biliyor musunuz sayın vekillerim?

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Bilmiyorum.

MURAT EMİR (Ankara) – Google’a soruyorum.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Google amcaya soruyor. Peki, bir gün Amerika’daki Sam amca serveri kapattığı vakit, internet gittiği vakit ne yapacaksınız? Siz ilgilendiğiniz için 191’i biliyorsunuz. Hele de bu bağımlılığa düşmüş, bağımlı olmuş o çocukların veya yakınlarının...

Sayın vekilim diyor ki: “Ben hemen 155’i aradım.” Bunlar çözüm değil. TEDAŞ’ı bilmiyorsak, Alo Doğalgaz’ı bilmiyorsak... 156 Jandarma çok yaygın olduğu için bilinir, 155 bilinir ama bunun gibi bir sürü kamu kurumunun alo servisleri var. Kusura bakmayın, Dünya Bankası değil de IMF de yapsa biz de yapsak bundan bir çözüm alamayız. Ortak çağrı merkezi gibi bir düşünceye geçmek zorundayız. Orada “Neyi aramıştınız?” diye sorulur, oraya yönlendirilir. Dolayısıyla, maksadımız üzüm yemek mi bekçi dövmek mi?

Bir de mülki idare amirlerinin performans denetimine bu maddenin eklendiğinden bahsedildi. Bizim oğlan ne okur, döner onu yine okur. Mülki idare amirleri saha elemanı değildir. Mülki idare amirleri sağlık doktorlarıyla, sağlık müdürleriyle, sahadaki bu elemanlarıyla bunu ölçecektir. Dolayısıyla, bir orkestra şefidir, sahadan veri yanlış gelirse, mücadele başarısızsa bu da bir çözüm değildir. Bunu bir mülki idare amiri olarak meslek taassubuyla söylemediğimi belirtmek istiyorum çünkü sahayı biliyorum, sahada bu toplantıların nasıl yapıldığını biliyorum. Dolayısıyla, yeni bir türkü söylememiz lazım arkadaşlar. Ben deminden beri... O toplantıları 2014 yılında Sayın Bülent Arınç’ın Başkanlığında, sayın falan filanın başkanlığında... O zaman biz neden buradayız, kapatalım gidelim bu dükkânı.

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – Buyurun.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Sayın Vekilim, öncelikle eğer müsaade ederseniz mülki amirlerin performansıyla alakalı... Şimdi, her kurumumuz artık -bu 2018 Eylem Planı’nda gösterdik- nihai göstergeler ve süreç göstergeleriyle kendi personellerinin performanslarını ve aynı zamanda sahada yaptıkları faaliyetleri izleyecekler. Bir diğeri, bu izlemeyi de “Karar Destek Sistemi” dediğimiz bir yapı içerisindeki veri sistemiyle tüm bakanlıklarımız

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

görecektir. Dolayısıyla, A bakanlığında eksik giden bir şeyi B bakanlığımız da gördüğü için kurulda bunların da tekrar değerlendirilmesi yapılacak. Ama sizler de biliyorsunuz Sayın Vekilim, mahallî mülki amirlerimiz eğer bu konuyu gerçekten ciddiye alırlar ve alt amirlerini, alt idare personelinin ciddi manada disipline ederlerse bu sahada çok ciddi manada hızlanıyor ve ciddi şekilde yürütülüyor. Bunun için aslında mahallî mülki amirlerimiz, özellikle koordinasyon kurullarının başkanı olarak daha nasıl aktive edilebilir, daha nasıl sürece dâhil edilebilir, bu, bunun için düşünülmüş bir çözüm önerisiydi ama tek başına tabii ki yeterli olmayacak muhakkak ki ama elimizden gelen bir çözüm önerisi olarak bu bulunmuştu mahallî mülki amirlerine yönelik.

Diğeri: Nüfus hızıyla orantılı mı? Dediğim gibi, elimizde şu an uyuşturucu kullanıcı sayısını ölçen bir araştırma olmadığı için diğeriyle değerlendirme şansımız çok yok ama tedavi merkezlerine başvuran hasta sayısı baktığımız zaman, işte, bahsettiğim bu oranlar onunla orantılı şekilde artmıyor. Bunun için biz aslında tablonun çok kötüye gitmediğini düşünüyoruz ama muhakkak ki çok önemli yani bir çocuğumuz bile uyuşturucu bağımlısı oluyorsa buna çok ciddi tedbirler alınması gerektiğini de biliyoruz efendim. Bunun için zaten herkes ciddi manada çalışıyor.

Mali tablo çıkarılması bunun için, işte, Sayın Bakanımızın Yüksek Kurulda aldığı karar da oydu: 2023'e dayanan bir eylem planımız vardı. Sayın bakanlarımız şu kararı aldılar, dediler ki: "Bu çok acil bir şey, dolayısıyla 2023'e yayılmasın. Öncelikli olarak 2018, 2019'da hızlıca ne kadar altyapı eksiklerimiz varsa bunları hemen hızlıca tamamlayın ve bunun hiçbir şekilde bütçe karşılığı varmış, yokmuş düşünmeyelim, biz bütçemizi tanımlayalım ve karşılığını da kurumlarımıza aktaralım." şeklinde bir yaklaşım oldu, bu da biz bürokratları sevindirdi işin aslı çünkü yaptığımız işin gerçekten kaynağı olmazsa zaten yürütme şansımız yok.

Ortak çağrı merkezi olması ve kamuoyunda bilinirliğinin artırılması... Malumumuz efendim, danışma hattımız 2015 yılında, 2015'in de sonlarına doğru faaliyete girdi -2016 yılı diyelim- ve buradaki altyapının tam tamamlanıp ondan sonra da kamuoyunda bilinirliğinin artırılması gerekiyordu. Bir gecikme var mı? Var ama şu anda Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğümüz -Sağlık Bakanlığımız- 3 tane kamu spotu hazırladı ve viral videolarla şu anda bunu YouTube'da yayınlamaya başladılar. İnşallah daha da yaygınlaşacak. Bir "web" sitesi hazırladık. Bağımlılar kendi aralarında aslında bunları çok hızlı şekilde ulaştırıyorlar ama haklısınız, en önemlisi aslında bağımlı aşamasına gelmemiş, çocuğundan şüphelenen, ihtiyaç duyan ailelerin bu numaraya ulaşması. Bunun için de -dediğimiz gibi- İletişim Planı kapsamında inşallah bunlar da kamuoyuna duyurulacak.

Sayın Başkanım, bir de "İhbar yükümlülüğü niye kaldırıldı?" sorusu vardı, çok özür diliyorum, onu atladım. Burada da malumunuz, uyuşturucu kullanımı ülkemizde suç. Suç olduğu için bu kişilerin tedavi merkezlerine, danışmanlık merkezlerine müracaat ederken bir tedirginlikleri oluyor, korkuları oluyor. Eğer biz bu vatandaşlarımıza zaten ulaşamazsak -ölüm rakamlarını biliyorsunuz- işte, ölüm rakamları artıyor, ya bir köprü altında fazla miktarda uyuşturucu almış vaziyette bulacağız bu insanlarımızı ya da doğal olarak bir suç işlerken adalet veya kolluk birimlerimizin bize getirdiği şekilde karşılaşacağız. Böyle karşılaşmayalım diye tedavi merkezlerine kendi istekleriyle gelmiş vatandaşları motive ve teşvik edebilmek amacıyla bu yükümlülük ortadan kaldırıldı efendim.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Peki o zaman verem ihbarı mecburi olan bir hastalık mıdır?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Evet efendim.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Veremden daha mı az... O zaman başka bir yol bulmamız lazım.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Suç değil ama efendim.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Gelen hastanın bilmeyeceği şekilde, farklı bir yöntem bulup mutlaka bunların takibinin ve ihbarının yapılması gerektiğini... Nasıl takip yapıyorsak, nasıl belgeye, bilgiye sokuyorsak mutlak suretle bunların da bir ihbarı... Çünkü onun üzerinden ben belki barona gideceğim.

BAŞKAN – Buyurun Gökcen Hanım.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Sertaç Bey, ben teşekkür ediyorum. Tabii, 8’inci, 10’uncu defa dinlediğimiz sunumdan ötürü, ezberledik artık, hani herhangi birimiz çıkıp bu sunumu çok rahat yapabilecek hâle geldi.

Ne kadardır oradasınız siz Sertaç Bey?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – 2009’dan beri efendim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Daire Başkanlığınız da 2009’dan beri mi?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – 2012.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – “Okay.”

Yaklaşık 2004’ten beri siyaset yapıyorum, 2004’ten beri de bu sorunun içerisindeyim. Antalya zaten bölgem itibarıyla da bu noktada maalesef çok verimli bir bölge. Sizin Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek İstişare Konseyi toplantılarına katıldık bakanlarla, Başbakan Yardımcımızla vesaire, onların hepsini, o kitapçıkları hepsini hepimiz biliyoruz yani şahsen ben biliyorum, diğer arkadaşlar da vâkıf oldu. Vekilime katılıyorum, “-ecek, -acak” önümüzde korkunç bir sorun var, sizin işte söylediğiniz gibi sahaya çıkıp çıkmadığınızı... Biraz önce “Taşrada çalıştınız mı?” dedi vekilimiz “Hayır” cevabı verdiniz galiba değil mi yanılmıyorsam, telefona bakıyordum.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Taşrada çalıştım ama yöneticilik yapmadım efendim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Şimdi, il koordinasyon kurullarının raporuna hiç baktınız mı?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Evet.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Ne yazıyor orada? Sorgulamak adına söylemiyorum, lütfen, yanlış da anlaşılmasın, ortaya bir tespitte bulunacağım. İl koordinasyon kurullarının toplantılarında “Şu, şu yapılacak; bu, bu yapılacak; -cak, -cak, -cak.” Şu sayfayı geçmiyor Sayın Daire Başkanı il koordinasyon kurullarınızın raporları. Defalarca kez katıldım, gördüm, biliyorum, birincisi bu. Şimdi, il koordinasyon kurulunun raporu sıkıntılı olunca yukarı giden zincir de sıkıntılı, sıkıntılı geliyor ve sizin önünüze de “Yapıldı, edildi; yapıldı, edildi.” geliyor. Bir kere, temel problemi illerden başlayarak çözmemiz gerekiyor. Arada gidin toplantılarına katılın, bakalım ne yapıyorlar, ne ediyorlar bunlar, birincisi bu.

İkincisi, dünyadaki rehabilitasyon kısmında zaten yerlerde sürünüyoruz, bunun hiç a’sı, b’si yok. Siz Antalya’daki uyum merkezine gittiğinizi söylemişsiniz, doğru mudur, biraz evvel öyle bir ifade de bulundunuz.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Sosyal uyum merkezine gittim efendim, Antalya’ya gitmedim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Sosyal uyum merkezine hangi zamanda gittiğinizi hatırlıyor musunuz?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Antalya’ya gitmedim efendim, İstanbul’daki sosyal uyum merkezine gittim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Başka bir yere gittiniz. Ben bir rakam vereceğim size. Benim sosyal uyum merkezim açılalı yaklaşık bir sene oluyor, 14 kişi gelmiş oraya. Bakın, siz bize anlatırken “Sosyal uyum merkezleri açıyoruz, şurada da açtık, burada da açtık.” diyorsunuz, toplamda 14 kişi gitmiş, 5’i maddeye geri dönmüş, bunların 5’i AMBAUM’dan gelmiş, bizim üniversitenin merkezinden, 9’u güç bela açtığımız, Sağlık Bakanlığına yalvar yakar açtığımız AMATEM’den gelmiş. Şimdi de güç bela 15 yataklı bir kampüs yaptık yine, oraya ÇEMATEM’i açtırmaya çalışıyoruz. Önünde bir basketbol sahası, işte, bir bilardo ya da çocukların boş vakitlerini değerlendirebileceği bir şey için belediyelerimize “Bunun önüne bir tane pota yapın, bunun önüne bilmem ne yapın.” diye yalvar yakarız, çocuklar enerjiyi atmak istiyorlar sonuçta. Bunlar bizim gerçeklerimiz. Ben iktidar partisi milletvekiliyim ama benim bacağıma sarılan anneyi gördüğüm zaman benim canım yanıyor çünkü mücadele ederken bir taraftan onun çocuğunun kurtulmasını istiyorum ama önümdeki seçeneklerim belli ve bunun hesabını biz vermek zorundayız, siz vermek zorundasınız. Yani bu Komisyonun kurulma amacı da bence buydu ama hani ben bugüne kadar -zannediyorum bir toplantıyı kaçırdım- hep aynı şeyler. Hani biraz önce Cumhuriyet Halk Partili milletvekilimiz çok güzel bir şey söyledi, eksikimiz nerede varsa bunları biz bilelim ki işte bakanlıklarımızı, siyasi etki mekanizmalarımız var bizim de, onları sıkıştıralım, bunlar tamamlansın. Özel sektörü devreye sokmayacağız diye düşünüyorsunuz mesela, önce devlet yapacak; özel sektör zaten yapıyor, siz farkında mısınız? Yani ruhsatsız bir şekilde ben size Antalya’da bunu yapan 5 tane merkez söyleyebilirim şu anda. Siz diyorsunuz ki: “Hayır, özel sektör bu işin içine...” Dernekler yapıyor bunu, yatılı merkez oluşturmuş dernekler var ve orada bir ölüm olduğu zaman bunun hesabını ben Sağlık Bakanlığından soracağım; bunu da söyleyeyim size. Bu, biraz ağır bir ifade oldu ama hiç kimse kusura bakmasın çünkü orada ölen benim evladım da olabilir ki fark etmiyor, onlar da benim evladım.

YEDAM, Antalya’da tekrar açılıyor. Evet, Yeşilay bu işte daha profesyonel, daha hızlı kararlar alabiliyor. O konuda hani ben de Yeşilay’ı gerçekten tebrik ediyorum çünkü “bürokratik oligarşi” dediğimiz sistemden arındırılmış belli bir yönetici grubu var; tık, tık, tık, tık, hani bakanlıklardaki gibi süreçler zor değil, hantal değil. Şimdi, inşallah önümüzdeki ay orayı da açacağız. Orada psikolog, psikiyatr, hukukçu gibi onların istedikleri standartlar var, Antalya Büyükşehir Belediyesi ve Kepez Belediyesi destek oldu çünkü bir yerel belediye gerekiyor orada, 300 metrekarelik kapalı alanları vesairesi, bir onu deneyeceğiz ama sosyal uyum merkezleri istediğimiz seviyede kesinlikle değil. Bunun yapısını mutlaka ve mutlaka acil bir şekilde gözden geçirmemiz gerektiğini düşünüyorum.

AMATEM’lerin fiziki şartlarından bahsettik yani gitmişsinizdir, ben oradaki çalışan psikiyatr arkadaşlara da teşekkür ediyorum, ellerinden geleni elindeki şartları dâhilinde, imkânları dâhilinde maksimum yapmaya çalışıyorlar, o konuda iyi niyetle çalıştıklarına dair... Ben şu efsaneye de inanmıyorum: Yok, işte, etrafında -çok gidip geliyorum çünkü, en azından benim ilimde yok- madde satıcılarını topluyor, maddeye ulaşım kolaylaşıyor vesaire. Oranımız düşük, oranımız neden düşük? Sahadan gözlemlerimi söyleyeyim: Orada biz çocuğu kimyasaldan arındırdıktan sonra sokağa

bırakıyoruz. Yani bu uyum merkezlerinin başarısından bahsettik, orada bizim üçüncü ayağımız yok. Mesela yurt dışı örneklerini hep konuşuyoruz, yurt dışı örnekleri var ama yurt dışındaki entelektüel yapı, kültür, işte, efendim, dinî öğeler vesaire; ne olur oradan model alıp Türkiye'ye dayatmayın artık. Biz kendi modelimizi kurmak zorundayız. Yani orada ne varsa biz alıyoruz, hop getiriyoruz buraya, bazen başka alanlarda da bu yanlışla düşünüyoruz ama bizim toplumsal algımız, sosyolojik yapımız farklı. Mesela İtalya'da çok işleyen bir örnek var, evet, dinî bir vakıf aracılığıyla işleyen bir örnek var, Bakanlık da gitmiş ama ben Bakanlığın gittikten sonraki raporlarına bir türlü ulaşamadım. Sizin Bakanlık -2011'de milletvekili oldum- 2008 ya da 2009'da gitmiş arkadaşlarımız, siz de bulmaya çalışın o raporu, öyle bir rapor da yok. Oradaki örnek mesela... Gideceğiz mi bilmiyorum Başkanım, orada öyle bir program var mı, yurt dışı örneklerini...

BAŞKAN – Komisyon üyelerimizin şeyine bağlı yani çoğunluğu “gidelim” derse gideceğiz.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) - Bir de hani orada ne göreceğimizi de üç aşağı beş yukarı kestirebiliyorum. Orada tabii ki, bir dinî vakıf işletiyor burayı, Türkiye'de yapmaya kalksanız bunu kıyamet kopar. Bu da yapılsın ya da yapılmassın diye bir fikrim yok ama farklı, bizim Türk insanının sosyolojisini de dikkate alarak lütfen bunları hazırlayalım. Yani bizim yanıldığımız temel noktalardan da birisinin bu olduğunu düşünüyorum.

Bir diğer mesele, STK'lerle ilgili çok fazla -bilmiyorum- ben bir şey göremedim. STK'ler çok ciddi güç olmaya başladı bu konuda. Ne olur onları da yanınıza alın.

Medya dili korkunç. Yine konuşuyoruz “Altın vuruş yaptı.” diye. “Altın” olumlama, “vuruş” olumlama vesaire. Bunların düzeltilmesi gerekiyor.

Yine, bunu hiç duymadım, Komisyon raporlarında da yoktu, sosyal medya, YouTuber'lar, kamu spotları, e-sporcular, lütfen Bakanlığımız bu kavramlarla da tanışsın çünkü bizim çocuklarımız, birçoğumuzun çocukları artık buralardan besleniyor. 14-15 yaşında bir kızım var, “Anne, şu ‘YouTuber’ şunu gösterdi, şunu alalım mı?” diyor bana, reklam falan kalmadı artık. Yani o YouTuber'larla nasıl iletişim kurulacak? Onların destek hesapları var. Yani sonuçta kamu hizmeti yapacaklar, herhâlde yine psikologlar, psikiyatrlar tarafından hazırlanan metinler üzerinde konuşabilirler. Ne olur bunlara ulaşın, bunlar çok etkili ve verimli.

191'le ilgili zaten herkes düşüncesini söyledi. Buna gerçekten farkındalık yaratmak ve bu sorunu çözmek amacıyla... Yani hepimiz hata yapıyoruz, normal bunlar ama hani bir şeyi de... Sosyal uyum merkezi, mesela orada çok kızıyorum. “Sosyal uyum merkezi açtık.” Açtın ama işlemiyor bu, bunu bizim işletmemiz lazım. Benim derdim bu yani isim üzerinde değil, eylem üzerinde bunları bizim yapmamız gerektiğini düşünüyorum ama Bakanlığa da iyi niyetli çalışmalarından dolayı da gerçekten teşekkür ediyorum çünkü çok zor bir alan, anlıyorum. Tek bir isteğim var, “mı” gibi yapmayalım artık, başka hiçbir şey istemiyorum.

Çok teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – Teşekkürler Sayın Vekilim.

Buyurun.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Sayın Vekilim, çok teşekkür ediyorum öncelikle son cümle için çünkü gerçekten ekip, burada gecesini gündüze katarak çalışıyor, gece saat üçlerde, dörtlerde evine gidiyor, buradaki arkadaşların hepsi için ben bire bir söyleyebilirim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Biliyorum onu.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Özellikle “iletişim dili” dediğimiz ve “motivasyon dili” dediğimiz kısım da burası. Arkadaşlarımız çok zorlu bir görev yapıyorlar, bunları yapacaklar, görevleri zaten ama sizlerin desteği, sizin kamuoyunda veya toplantılardaki motive edici mesajlarınız bu çalışmayı daha şevkli ve daha cesaretli şekilde yürütmelerini sağlayacaktır. Öncelikle o cümle için çok teşekkür ediyorum.

Şimdi, sosyal uyum merkezleriyle alakalı, tabii, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımız bunu nisan ayında açmaya ve yaygınlaştırmaya başladı, henüz tam bir olgunluğa erişmiş merkezler değiller. Bundan dolayı eksiklikleri muhakkak vardır ama ilgili Bakanlığımız -eylem planında da gösterdik- bunların göstergelerini tanımladı, bir sosyal uyum merkezinden neyi planlıyor ve bunun için de bir süre geçmesi lazım yani bir yılın sonunda bir değerlendirme yapıp sonrasında...

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Hocam, 14 kişi, yapmayın, gözünüzü seveyim. 14 kişi ne yapacak? Yeşildere Mahallesi’nde çıksam sana 100 kişi getiririm. “14 kişi” diyorum. Bu sosyal uyumcuların görevi ne? Ben mi dolaşmak zorundayım kapı kapı, bunların işi değil mi bu?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Çok haklısınız Sayın Vekilim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Ben bunu buluyorsam onlar nasıl bulamıyor? Benim işim yasa yapmak.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımızdan bir arkadaşımız...

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Yani bunları bulmak bizim görevimiz değil ki.

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – Bakanlığımız bünyesinde çalışanlar vakaya gitmiyorlar, vakanın gönüllü olarak sosyal uyum merkezine gelmesi lazım.

BAŞKAN – Şimdi, bir saniye, kayda girmesi için mikrofona basmanız lazım.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – AMATEM eksik demek ki. Bir yerde bir eksiklik var, onu söylemeye çalışıyorum, onu bulmak istiyoruz.

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – Bu noktada bence problem, zor bir problem. Yani hastalık, doğası itibarıyla böyle ve AMATEM’den çıktıktan sonra ikinci bir merkeze yönlendirilmeyi hepsi kabul etmiyor, edenler geliyorlar. Ben şimdi güncel raporu aldım, evet, sayımız 15. Bu 15 vakanın 13’ü eroin bağımlısı, 1’i esrar bağımlısı, 1’i bonzai bağımlısı.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – AMATEM rakamları alınıp kaç tanesi yönlendirilmiş?

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – Yönlendirme muhtemelen ki hepsine yapılıyor çünkü biz oraya broşürlerimizi bıraktık, bizim personelimiz haftalık, on beş günde bir gidip kendilerinin tanıtımlarını yapıyorlar. Yönlendirme hepsine yapılan bir faaliyet ama hepsi gelmiyor yani bu problemi çözmemiz lazım.

BAŞKAN – Teşekkür ediyoruz.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Devam edeyim mi Sayın Başkanım?

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – Hani, dediğim gibi, bizim oradaki personelimiz kapı kapı dolaşıp vaka toplamıyor. Yani ASDEP Projesi kapsamında belki bir sorun tespiti yapılıyor, Bakanlığımızda arza dayalı bir hizmet götürülmeye çalışılıyor, hatta bu madde bağımlılığının yaygın olduğu mahallelerde bu ASDEP Projesi’nin...

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – O, onun görevi değil; o, onun görevi değil, benim görevim değil.

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – Görevi şöyle: Yani bağımlılığın doğası itibarıyla gönüllü olması şart. Yani siz insanları kolundan tutup zorla getirdiğinizde başarı elde etmiş olmuyorsunuz.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Asla, edemezsin zaten.

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – Nitekim biz zaten 15’te 10 vakanın takibini düzenli olarak yapabiliyoruz ve 15’te 10 dünya standartlarında aslında iyi bir oran olmuş oluyor.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Yüzde 15?

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – Hayır, 15 kişiden 10 kişinin takibini yapabiliyorsak yüzde 67 oranında...

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Sağlık Bakanlığının başarı oranı yüzde 15.

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – Bize gelen vakanın takip edilme sıklığından bahsediyorum.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Size değil, toplu...

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – İşte o yüzden AMATEM’e gelen herkesin bize gelmesini bekleyemezsiniz, orada başarı elde etmiş vakanın bize gelmesi mümkün olabiliyor.

BAŞKAN – Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tabii, işin rehabilitasyon ayağında daha çok.

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – Bu sistemin daha da güçlendirilmesi lazım. Evet, eksiklikler muhakkak ki var, evet çok geciktik, bunları tabii ki Bakanlık olarak kabul ediyoruz ama dünden bugüne de hemen çözülecek bir şey değil zaten, mecburen...

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Ne zaman...

AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL İÇERME DAİRE BAŞKANLIĞI UZMAN YARDIMCISI HANDAN SAZLI – 2014 yılı efendim.

BAŞKAN – Teşekkür ediyoruz.

Buyurun Sertaç Bey.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR.SERTAÇ POLAT – Efendim, tabii sosyal uyum merkezleri dediğimiz gibi çok yeni ama bir eksiklik olduğu muhakkak, daha doğrusu güçlendirilmesi gereken bir alan olduğu muhakkak. Burada, belki bizim AMATEM’lerin de gerekli motivasyonu sağlayıp o vakayı götürmesi gerekiyor. Bunun için de biz AMATEM’lerimize bir performans kriteri koyduk, dedik ki: “Artık tedavi sürecini tamamlamış kişilerin en az yüzde 70’i sosyal uyum merkezine gidecek.” Gitmezse ben onun hesabını AMATEM’e soracağım.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Bir şey yapmak lazım.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR SERTAÇ POLAT – Aynen.

Şimdi, bunu yapıyoruz ama...

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) - Genç arkadaşımız biraz şey yaptı ama ne olmalı? Ne yapmalıyız?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Aynen sayın vekilim ama lütfen bizi de mazur görün çünkü bunlar hemen bir günde olmuyor yani önce eksikliklerimizi tamamlayacağız...

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Sorunun büyüklüğünü biliyoruz.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Çok haklısınız sayın vekilim, anladım.

Burada muhakkak ki bir şeyler yapmaya çalışılıyor, bir günde olmuyor.

Şeyi söyleyeyim: Bölgede koordinasyon toplantılarını -sayın vekilim çok haklı- ilk yaptığımız dönemde sayın valilerimiz, daha doğrusu kurullarımız bir karar metni gönderiyorlardı bize, “çalışmaların güçlendirilmesi”, “uyuşturucu probleminin çözülmesi” gibi bir satırdan ibaretti; biz bunlara şimdi tekit yazısı yazarak ve de formatımızı Başbakan Yardımcımızın imzasıyla illerimize gönderdik. Ben bunu da sizlere arz edeyim.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Ne zaman?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – 2017 yılında efendim.

Daha önceki toplantıda alınmış kararlar, ne zaman çözülecek ve ne yapıldı; çıktılarıyla takip edeceğiz. İnşallah, bu problem de çözülmüş olacak.

Bir diğeri, “Sahadan haberiniz var mı?” Evet, var efendim, şöyle: Bölge değerlendirme toplantıları yaptık. Şimdiye kadar 3 kere İçişleri Bakanlığı Müsteşar Yardımcımız dâhil olmak üzere müsteşar yardımcılarımızı bizzat alarak gittik -dört günlük- ve illerimizin vali yardımcılarını davet ederek toplantıya, ilinde ne yapıyor, önce kendisine anlattırdık, sonra merkezde yapılan çalışmalarını illerimize aktardık, A ilimizde örnek bir uygulama varsa bunu da oradaki vali yardımcımıza ve diğer bürokratlarımıza anlattık. Mesela Antep’te güzel bir Oya Bahadır Yüksel Merkezi var, sizler de biliyorsunuz, oradaki uygulamaları anlattık. İşte Dante’ler kuruldu, Dante’de ne yapılıyor, bunu ilinizde nasıl kurabilirsiniz, neye ihtiyacınız var, parayı nereden alabilirsiniz, proje için nereye müracaat edebilirsiniz; bunların hepsini anlatmaya çalıştık ama dediğim gibi, bunların hepsi bir süreç sayın

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırmaları
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

vekilim, daha da devam edecek. Önümüzdeki mart ayında da yine bir bölge değerlendirme toplantısı yapılacak İstanbul’da, inşallah, 6 ilimizi de davet edeceğiz. Dediğim gibi, hem yerelde takibini yapmış olacağız hem de merkezde takibini yapmış olacağız.

BAŞKAN – Başkan, teşekkür ediyoruz.

3 milletvekili arkadaşımızın daha sorusu var.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Youtuber’larla ilgili, sosyal medyayla ilgili bir şey var mı? Kullanıyor muyuz onu? Ben sormuştum zaten sosyal medyayı. Kullanıyor muyuz onu?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Onu müsaade ederseniz arz edeyim Sayın Başkan.

Efendim, sunumda da aslında arz etmeye çalıştık, Sağlığı Geliştirme Genel Müdürlüğümüz şu anda yeni üç tane film çekti. Bunu viral videolar şeklinde hem Youtube’tan hem de diğer kanallardan, Twitter’den, Facebook’tan yayınlamaya başladı ve daha da hızlandıracaklar bunu.

Youtuber’lar konusu biraz hassas bir konu. Orada çok dikkatli gitmek istiyoruz çünkü malumunuz, onlar da birtakım ticari kaygılarla iş yapabilirler. Bu, tamamen sorumluluk ve gönüllülük üzerine yürümeli. Yeşilay, burada bizim için çok önemli, kıymetli. Bunun için Türkiye Yeşilay Cemiyeti bu çalışmaları yürütmesi noktasında görevlendirildi. Özel ile sivil toplum kuruluşu ve vakıfları birbirinden ayırmamız gerekiyor sayın vekilim. Bizim özel dediğimiz şey tamamen ticari amaçlı ticari kuruluşların bunu yapmasına engel olmaya çalışacağız ama vakıf, gönüllük ve dernek hesabıyla, tıpkı Türkiye Yeşilay Cemiyeti gibi akredite olmuş kurumların rehabilitasyon hizmetleri içerisinde yer alması hiçbir şekilde bizim de itiraz ettiğimiz bir nokta değildir efendim.

Az ederim.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Araya giriyorum ama şu kamu spotu çok önemli Hocam. Yani kamu spotu yaparken fayda-zarar oranını çok iyi hesap etmeniz lazım. Uyuşturucu spotları diğer kamu spotları gibi değildir, ben bir doktor olarak bunu söylüyorum. Orijinal, Youtube’ta, kamu spotunda bu konunun uzmanlarıyla bir araya gelip... Oradaki bir virgül bile veya “ve” kelimesi bile teşvik anlamına gelebilir, çok dikkatli olmak lazım. Bu süreçte, Dimyat’a giderken evdeki bulgurdan da olma hesabı olabilir.

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI – Sayın vekilim, bu konuda ilgili bilim adamlarıyla, aynı zamanda, bağımlı kişilerle birlikte bu videolar izlendi, bilim kurullarıyla tartışıldı, o şekilde planlandı. Her sözcüğü, her görüntüyü bu şekilde değerlendirmeden geçirdik.

BAŞKAN – Buyurun Sayın Başkan.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Sayın Müsteşarım, çok teşekkür ediyorum.

Özellikle Sayın vekilim, siz de bizim duygularımıza tercüman oldunuz çünkü bu konuda “medya kampanyası” denildiği zaman ilk akla gelen “Hemen bir kamu spotu yapılınsın.” oluyor; maalesef uyuşturucu böyle bir alan değil. Çok teşekkür ediyorum. Biz de bunu uzmanlarımızla tartıştığımız zaman, aslında kamu spotlarından uzaklaşıp doğrudan odak, yapılan çalışmaların, çaresiz kalınmaması gereken noktaların anlatılması gerektiğine karar verildi, aynı zamanda da odak görüşmeleri yapıldı. Bunlarda yaş gruplarına göre ortaokul, liseden başladı, üniversite dâhil odak görüşmeleri yapıldı,

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

hangisinin etkili bulunduğuna, hangisinin yapılması, uygulanması gerektiğine karar verildi. Hatta bir film daha çekilmişti. Herkes bunun etkisiz ve aslında çok sert olduğuna karar verdi, çektiğimiz filmi derhâl geri çektik, hiçbir şekilde yayımlandı.

Arz ederim efendim.

BAŞKAN – Sayın Sürekli...

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) – Teşekkür ediyorum.

Sunumlar için teşekkür ediyoruz. Evet, emek sarf ettiniz, gayet güzel hazırlanmış, güzelce de burada ifade ettiniz ama tabii bu araştırma komisyonu kurulurken de ilk toplantıda da diğer arkadaşlarımız da ifade ettiler, siyasetüstü bir komisyon. Biz, sonuç odaklı çalışıyoruz. Raporumuz da herhâlde bazı konularda bayağı eleştirel olacak yani şimdiden belli olmaya başladı. O sebeple, bizim yaptığımız buradaki eleştirileri kişisel olarak algılamayın, biz sorunun çözümü açısından kurumsal eleştiriler yapıyoruz. Bugüne kadar gözlemlediğimiz konu şu: Bu madde bağımlılığıyla mücadelede en başarılı kurum İçişleri Bakanlığı. Taleple ilgili konuyu da uhdesine almış, reklam filmi de çekiyor, sağlık bölümüyle de ilgileniyor, İçişleri Bakanlığı lokomotif olmuş. İçişleri Bakanlığının görevi, esasında arzla mücadele, onda da başarılı, orada kalması lazım ama boşluktan dolayı onlar hakikaten çok başarılı çalışmalar yapmışlar ki sunumda da burada gördük onları. Onlara hiçbir eleştiri getirmedik, arkadaşlar hazırды, eleştiri de getireceklerdi, burada kimse bir şey ifade etmedi, takdirle karşıladık. Demek ki doğru yapınca da takdirle karşılıyoruz ama Sağlık Bakanlığının hem koordinatör hem bu işin lokomotif olması lazım ama maalesef olmuyor.

Bir de bu madde bağımlılığıyla mücadeledeki bu süreçte bürokrasiye boğulmuş durumdayız. Biz “Bürokrasiden kaçalım.” diyoruz, Cumhurbaşkanlığı hükûmet sistemine geçiyoruz, bürokrasiye boğulmuşuz; -cek, -cak, kurullar, kurullar, eylem planları ama somut hiçbir şey yok. Raporda da yazarız inşallah Komisyon uygun görürse, sadeleştirmemiz lazım, daha somutlaştırmamız lazım, yol haritasını belirgin hâle getirmemiz lazım.

Evet, arkadaşlar ifade ettiler: İl koordinasyon kurulu. Ben de ilimde, rica ettim Sayın Valimden, katıldım, hiç, koskoca İzmir kırmızı alarm veriyor, İzmir’de hiç faaliyet yok. Toplantı gündeminde de yine de somut olarak Emniyet ve Jandarma verileri ortaya koydu; onun dışında, Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımız somut bir şey ortaya koyamadı. Bunları düzelterek, onun için bu Komisyon var.

Arkadaşlarımız da ifade ettiler, siz talep edin, bize yol gösterin, biz de çalışalım, raporumuza bunları dederim.

Diğer bir konu: Komisyon toplantılarında -demin Gökçen arkadaşımız da bahsetti- dile getirildi, özel STK’lar, dernekler rehabilitasyon merkezi açıp hasta kabulüne ve ücret almaya başlamışlar. Böyle iddialar var. “İddia” diyorum, somut bir şey görmedik. Bunları araştırıyor musunuz? Bunları denetliyor musunuz? Bunları kim denetliyor? Bunlara ceza, kapatma... Tabii, değil ceza, direkt kapatma olması lazım. Çok büyük bir sorumluluk. Bu konuda net bir cevap istiyoruz yani bunlarla ilgili faaliyetlerin nelerdir?

Diğer bir konu: AMATEM’lerde görevlendirilecek personelin yetersizliği, personel az deniliyor, bunların özlük haklarının ayrıca düzenlenmesi gerektiği ifade ediliyor.

Yine akademisyenlerden, psikiyatr ana bilim dalında madde bağımlılığıyla ilgili bir yan dal oluşturulması talebi var. Bunları konuşalım, bunları çalışalım. AMATEM’leri güçlendirelim, arkasından tabii ki sosyal uyum merkezlerini de güçlendirelim.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Lütfen, şunları kayda geçirelim: Siz de bürokratsınız ama bürokrasiden vazgeçeceğiz. O kadar sunumlar, o kadar şeyler... Daha sadeleştiririm, somut, A, B, C, tamam ve bunları “check” edelim, kontrol edelim, mesafe kaydedelim diyorum.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN – Teşekkür ediyoruz.

Madde ve Teknoloji Bağımlılığı bölümü olarak herhalde, değil mi?

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) – Evet, akademisyenlerden öyle bir talep var.

BAŞKAN – Tamam.

Buyurun Sayın Müsteşar Yardımcım.

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD.DOÇ.DR. ELİF GÜLER KAZANCI -Biz de sizlere katılıyoruz kesinlikle. Bu ilk toplantımızdı. Bu Komisyonun bizi böyle gerçekten motive etmesi ve eksiklikleri, çözüm önerilerini daha ön plana getirecek bir şekilde ve bürokrasiyi koymadan inşallah bir dahaki toplantıya bu şekilde hazır geleceğiz. Dedğiniz gibi, il kurullarında çıkmayan kararlar sonuçta illerden başlayarak... Çünkü, ildeki sıkıntılar dolayısıyla sizlere... Sonuçta hepimizin evlatları var. Bu konuya sadece bürokrat olarak değil, bir anne kimliğimizle, bir baba kimliğimizle girmek ve sahiplenmek konusunda hemfikiriz. İnşallah diğer toplantıda daha farklı bir yaklaşımla geleceğiz.

BAŞKAN – Sayın Adıyaman...

MEHMET EMİN ADIYAMAN (İğdir) – Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Değerli milletvekili arkadaşlarım, değerli bürokrat arkadaşlar; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Arkadaşlarımın da ifade ettiği gibi, aslında sorun komplike bir sorun, çok derin bir sorun ve toplumumuzun bütününe ilgilendiren bir sorun. Dolayısıyla, kategorik olarak ben bir şeye tabii tuttuğumda... Ben tabii doktor arkadaşlar kadar işin uzmanı değilim, ben hukukçuyum, bu nedenle işin tedavi, rehabilitasyon boyutunu vesaireyi bilmem. Ama şöyle, belki kategorik olarak ayırabiliriz. Şimdi, uyuşturucu komplike bir sorun olduğuna göre öncelikle önlem boyutu var yani daha uyuşturucuya bulaşmadan önce biz toplumumuza genel anlamda, işte istatistiklerde de ifade edilen yoğun olarak gençlik kesimini ve çocukları nasıl koruyabiliriz, önlem düzeyinde. Belki diğer kısmı ise bulaştıktan sonra tedavi ve rehabilitasyon boyutu yani nasıl uzaklaştırırız; önlem ve tedavi. Bir başka boyutu var, pazar boyutu ya da diğer değimiyle arz-talep ilişkisi, satıcı ve kullanıcı yani işin ticaretini yapan ama işe bulaşan, zehirlenen, tüketen. Yine adli bir boyutu var, cezai boyut. Cezalandırıyoruz, yaptırım uyguluyoruz caydırıcı olsun diye ama cezaevi süreci boyunca bir caydırıcılık yaratılıyor mu? Belki bu boyutuyla bakmak gerekiyor. Dolayısıyla, bu komplike sorun birçok bakanlığı da ilgilendiriyor. Böyle baktığımız zaman, mesela, ceza ve yaptırım boyutu Adalet Bakanlığını ilgilendiriyor, önlem ve tedavi boyutu belki Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Gençlik ve Spor Bakanlığını, Milli Eğitim Bakanlığını yani çok boyutlu sorun. Dolayısıyla, meselelere bu perspektifle baktığımız zaman yine sahada etkili olmak bakımından bir devletin ya da bürokrasinin eylem ve faaliyetleri var ama bir de sivil toplum boyutu var. Yani, kategorik olarak böyle böldüğümüzde biz burada Komisyon olarak gelen bürokrat arkadaşların bize sunumları elbette çok faydalı, çok değerli, çok kıymetli ama kendimi örnek göstererek ifade ettiğim gibi, bir hukukçu olarak ben olayın çok öyle detayları, “Şu icraatı yaptık, bu icraatı yaptık.” noktasında değilim. Elbette her bakanlık belli boyutta kendi alanıyla ilgili bu soruna çözüm üretmeye çalışacaktır hiç şüphesiz, üretiyordur da ama bizim Komisyonumuzun esas amacı icra değil, yasamadır. Biz sizin sahada bu faaliyetleri yürütürken karşılaştığınız sorunları aşma noktasında hukuksal ne tür düzenlemeler yapabiliriz, önünüzü nasıl açabiliriz ya da bu sahada bu çalışmalarını, bu

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

eylem ve faaliyetleri yürütürken eksik gördüğünüz, “Keşke şu husus da olsaydı, mevzuat şuna da el verseydi.” diyebileceğiniz hususları daha somut, daha anlaşılabilir ve doğrusu biraz da gerekçeleriyle yani “Şöyle, şöyle bir düzenleme olsa, şu, şu tedbirler alınsa ama sebebi de şu, gerekçesi de şu çünkü biz sahada şunu, şunu yaparken, şu sıkıntıyla karşılaşyoruz, sonuç alıcı olmuyor.” gibi daha somut gelinirse hem biz meseleleri kavramış oluruz hem de o konuda arkadaşlarımızın da izah ettiği gibi, mesele bir partinin, bir siyasi partinin, bir düşüncenin ya da sınıfsal şeyin sorunu değil, bütün toplumun sorunu. Biz de bu anlamda Meclis üzerinde raporlarımızla etkili olmaya çalışırız.

Özet olarak, sunumların daha kısa ve özlü olması, eksikliklerin somut olarak ortaya konulması ve bunun yanında somut önerilerin olması bizim açımızdan daha faydalı ve randımanlı olacak diye düşünüyorum.

Sorum yok.

Teşekkür ediyorum hepinize.

BAŞKAN – Teşekkür ediyorum.

Sayın Tunç...

ALİM TUNÇ (Uşak) – Sayın Başkanım, teşekkür ediyorum.

Biraz girdim, çıktım, bazı arkadaşların konularını, cevaplarını tam alamadım belki ama özellikle konuyla ilgili Sağlık Bakanlığının veya tüm kurumların çalışmalarının bir tespit olması anlamında söylüyorum: Madde bağımlılığı hepsini kapsıyor yani sigarayı, alkolü, özellikle de uyuşturucuyla mücadeleyi veya teknolojiyle ilgili ama bütün toplumun konsensüs sağladığı ve arkasında durduğu tek konu uyuşturucu özellikle. Çünkü, sigarayla ilgili kanunlar çıkardık, aslında çok iyi kanunlar çıkardık ya da alkol kullanımıyla ilgili de belirli tedbirler, yasalar çıkardık ancak uygulamadaki noktaları da hep birlikte biliyoruz. Yani, uygulamayı sıkılaştırdığımız takdirde de toplumun bunun arkasında durmadığını da görüyoruz. Veya alkolle ilgili olduğunda işte özel hayata müdahale gibi algılanıp bunda yeteri kadar toplumsal olarak desteği sağlayamayabiliyoruz ama madde bağımlılığıyla ilgili burada bütün toplumun destek olduğunu hep beraber görüyoruz. O nedenle, şu anda çok iyi eleştiriler de yaptık ama bazı haksızlıklar olmasın yani sağlıkta yapılan –hekim olarak bunu biliyorum- hizmet sektörüdür ve uzun süreli bir iştir. Yani, polisler hemen yakalıyor, sonuç alabiliyor ama sağlıkta yapılan hizmet süreci ve sonuç itibarıyla evet, doğruya doğru. Ama şunu da söyleyelim: Gelen noktalarda polislerin –kayda girmesi açısından bunu söylüyorum- bana gelen bilgilerde, özellikle polisler verilen primden dolayı bu primlere bağlı olarak torbacıların yakalanmadığı, sürekli olarak satıcıların gözetildiği, satıcıları yakalayıp torbacılarla kanka oldukları yönünde. Yani bireyseldir bu, genellenemez ama bunlarla ilgili de tedbir almak ya da bunu da göz önünde bulundurmak gerekir diye düşünüyorum. Onun için de bugüne kadar yapılan çalışmalarda toplumun bilinçlendirilmesi ve toplumun desteğinin alınmasıyla ilgili de önemli adımlar atıldığını, bunu da Sezar’ın hakkını Sezar’a vermek gerektiğini düşünüyorum.

Ben bundan sonraki çalışmalarımızda da burada yasal düzenlemeler ne kadar yaparsak yapalım bunu toplumla birlikte hareket ederek yok edebileceğimizi düşünüyorum.

Teşekkür ediyorum çalışmalarınızdan dolayı.

BAŞKAN – Evet, çok teşekkür ediyorum.

Başka soru yoksa...

Buyurun Sayın Adıyaman.

MEHMET EMİN ADIYAMAN (İğdır) – Bu arada aklıma bir şey geldi de -özür dilerim- Alim Vekilimin konuşmasından sonra.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

Polis örneğini verdi, aslında önemli bir noktaydı. Evet, bir teşvik şeyi belki bu alanda çalışan polisleri daha çok harekete geçiriyor. Sağlık alanında özel olarak, spesifik olarak da bu uyuşturucu alanında hizmet veren personeli -genel anlamda söylüyorum- doktorundan personeline kadar, böyle bir özel, nasıl söyleyeyim, özel bir hizmet sektörü yani örneğin o alanda... Çünkü, zorlu bir iş, uzun bir çalışma süresi, belki saati bile çoğu zaman belli olmuyor dolayısıyla ortalama o alanda çalışan personellerden farklı bir ayrıcalık tanıma nasıl bir katkı, fayda sunar? Bu konuda gözlemlerinizi ve deneyimlerinizi almak isteriz.

BAŞKAN – Teşekkür ediyorum Sayın Adıyaman.

Cevap verecek misiniz Sayın Başkan?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Sayın Vekilim, çok teşekkür ediyorum.

Şimdi, öncelikle, eylem planı ilk uygulamaya girdiği aşamada AMATEM’lerimizin normal aldıkları katkıyı yüzde 30 artırdık. Dolayısıyla hastanelerimizde kısmi de olsa bir iyileştirme yaptık ama yeterli mi? Değil, artırılması gerekiyor. Sayın Vekilime çok teşekkür ediyorum, bu konuda desteğinizi de tabii ki almak isteriz. SGK’de, SUT’de fiyatların artırılması, rehabilitasyon aşamasındaki fiyatlandırmanın koyulması ve bundan sonraki süreçte de yine fiyatların yükseltilmesi önemli bir katkı olur bizler açısından.

“İçişleri Bakanlığı iyi çalışıyor, Sağlık Bakanlığı kötü çalışıyor.” veya “Sağlık Bakanlığı iyi çalışıyor, İçişleri Bakanlığı...” Bunların hepsini biz bir bütün olarak alıyoruz, herkes elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışıyor efendim. Sağlık Bakanlığının sürecinde -anladığım kadarıyla aslında başarısız olarak gözüken- tedaviyi yapamıyor görülüyor ama tedavi bu işin sadece yüzde 10 veya 15’lik kısmını oluşturuyor maalesef. Çünkü en önemli kısmı aslında bizim koruyucu, önleyici hizmetlerimiz ve oraya ağırlık verdik. Zaten aslında eylem planının –biz o detaylara onun için girmedik- en çok ağırlık verdiği kısmı, bugün Yeşilay, Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığının içerisinde olduğu bu eğitim modüllerinin oluşturulması ve önleme tarafının ağırlıklı şekilde çalışılmasıydı. Ha tedavi merkezlerinde iyileştirmeler olmadı mı? Gördüğümüz gibi işte 32 iken sayı şu anda 101’lere kadar çıkmış ama daha iyi olmalı, muhakkak ki daha iyi olmalı, bundan daha iyi çalışmalıyız, daha hızlı çalışmalıyız, sizlerin desteğiyle daha da hızlı çalışalım efendim.

BAŞKAN – Sayın Dülger...

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Özelde bir şey sormuştum. Bana bir öneriniz var mı? Geldi, yardım istiyor, AMATEM randevu veriyor ama 3 çocuklu bir baba elden gidiyor, annesi dua ediyor ölsün diye. Ne yapabilirim? Acil bir durum.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Efendim, Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı işte tam aslında bunun için kuruldu. Yani gece vakti size ulaşan, seçim bölgenizden size ulaşan arkadaşlarımızın doğrudan bilgilerini alıp, AMATEM’lerimizle irtibata geçip, randevusunu alıp kişiyi oraya yönlendiriyoruz.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Bunlara randevu yok mu? Randevu veriyor üç ay sonraya, iki ay sonraya. Randevuda bir sıkıntı yok, onu ben de alırım.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Şunu söyleyeyim hemen Sayın Vekilim: Eğer randevu süresi çok uzunsa bir başka merkezimizde onu değerlendirmeye

**Yuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

çalışıyoruz. İşte 191 danışma hattı, o entegrasyon onun için önemliydi. Eğer bu bilgiler bize ulaşırsa danışma hattımız aracılığıyla, atıyorum, Antep doluyorsa o arkadaşımızı İzmir’de veya başka bir yerde, daha az süreli randevusu olan bir yere bir şekilde yerleştirip tedavisini sağlayabiliriz.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Nasıl yerleştiriyorsunuz, yol parası yok? Ailesi Antalya’da yaşıyor, yer yok, Manisa’ya göndermek gerekiyor, nasıl göndereceğiz onu?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – İşte burada da sosyal yardımlaşma vakıflarıyla irtibata geçiyoruz, kendi Sağlık Bakanlığı ambulanslarımızla sevk ediyoruz veya eğer ciddi manada kendisine, çevresine zarar verecek pozisyondaysa...

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Ambulansla sevk imkânsız.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – ...mahkeme kararlarıyla zorunlu tedavi kararı alıp bir başka yerde tedavisini sağlayabiliyoruz, ki daha geçtiğimiz dönemde İstanbul’a...

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Ben size yirmi dokuz sene önce yaptığım bir uygulamayı anlatayım.

Yirmi dokuz sene önce kaymakam olarak çalıştığım bir ilçede bir bağımlı vardı. Polis zoruyla yakaladım, Manisa’ya gönderdim, tedavisini yaptırdım. Çıktıktan sonra geldi, belinde, cebinde satırla beni –ben vakıftan verdim parayı- öldürmek için dolaştı. Ha sonradan tedavi oldu, falan ayrı bir olay.

Şunu demek istiyorum: Eğer konuya eğilmiyorsanız, eğilen birileri yoksa, vakfın yönetim kurulu toplantısına gider, mütevellî heyet toplantısına gidiyor... Oradaki Alo 191’in başındaki kişinin bu konudan duyarlılığı çok önemli, bir sürü birbirinden bağımsız parametre var. Dolayısıyla sorunun büyüklüğünü biliyoruz ama mevcut bu yapıyla eğer bir şey yapabilseydik 2018’den itibaren üç yıl bu konuda seferberlik ilan etmezdik. Bakın, geçtiğimiz gün seferberlik ilan ettik, değil mi?

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – Sayın Enç...

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Ben tabii çok eleştirdim, sert eleştirdim. Şunun da altını çizeyim de akşam en azından vicdanım rahat bir şekilde başımı yastığa koyayım.

Dünya Sağlık Örgütünün bir ödülü var, en iyi sağlık uygulamalarından bir tanesi de Türkiye örneği, bağımlılıkla mücadele örneği. Nasıl becerdik bilmiyorum ama bu da iyi bir şey. Ben onun için de teşekkür ediyorum.

Geçmiş dönemde Hüseyin Bey vardı sizden önce, emekli oldu, değil mi?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Birlikte çalışıyorduk, yine müsteşar yardımcımızdı, emekli oldu.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Mücadelesi çok gayretliydi.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Çelişiyor Dünya Sağlık Örgütünün ödülü.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Ama o da enteresan, başarılı da bulunan... Biz mi çok hırpalıyoruz, yoksa gerçekler mi bizi hırpalıyor? O da ayrı mesele.

Ben teşekkür ediyorum hem Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına hem de Sağlık Bakanlığımıza. Başka kurum yok galiba.

**Üyüşürücü Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI YRD. DOÇ. DR. ELİF GÜLER KAZANCI
– Yeşilay var.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Yeşilayı zaten –yanlış anlamayın da- ayrı tutuyoruz.

Teşekkürler.

BAŞKAN – Evet, kayıtlara girdi.

Sayın Yurdakul...

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Enç’in son lafı üzerine mecburen bunu söylemek zorundayım.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Muhalefet, evet.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Hayır, muhalefet değil. Muhalefet olarak da kabul edebilirsiniz ayrıca.

Şimdi, bu anlatılanları, söylenenleri... Tüm milletvekilleri, muhalefet veya iktidar şu ifadeyi size kullanıyor: Bu Komisyon siyasetüstü bir komisyondur. Eleştirdiğimiz noktaların sizinle hiç alakası yok, çalışanlarla alakası yok. Bizim amacımız üzüm yemek, sistemi düzeltmek. O yüzden hiç üzerinize alınıp savunmaya girmeyin, pozitif, eksiklik neyse.

Ben şuna katılmıyorum: Dünya Sağlık Örgütünün bu bağımlılıkla mücadelede en başarılı Türkiye... Kesinlikle kabul etmiyorum.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Hayır “en başarılı” diye bir şey yok, en başarılı ülkelerden bir tanesi, ödül aldılar.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Bu ödülü aldılar, biliyorum ödül aldıklarını ama bunun doğru olduğuna inanmıyorum. Eğer gerçekten doğru olsa başarı yüzde 15’te olmaz. Geri bildirimler olmalı, parametreler konmalı, eksiklikler tamamlanmalı ve benzeri ve hızlı gidilmeli. Yani bir ödül vermek... Ha, tamam, ödül aldık, başarılı; kesinlikle ben buna katılmıyorum.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Tedavide başarılı olarak değil o, önleyici tedbirlerle, farkındalıkla ilgili yani.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Yani bu proje için, dört yıllık bir proje için...

ALİM TUNÇ (Uşak) – Bence ülkemize böyle haksızlık etmemek lazım.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Hayır, Dünya Sağlık Örgütünden...

ALİM TUNÇ (Uşak) – Ama bu farkındalık... Sigarayla ilgili de biz ödül aldık.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – O ayrı.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Bununla ilgili de alabiliriz ama biz tüm, topyekûn olarak bir mücadeleye girdik.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Tamam, ödül alabilirsiniz. Siz benden sonra konuşun.

Dünya Sağlık Örgütü sadece ödül vererek değil, geri bildirimler konusunda biz pozitif bir şey elde edebiliyor muyuz? Veyahut da bu uyuşturucuyla, bağımlılıkla ilgili mücadelemiz için, manevi, maddi özellikte projeler için destek veriyor mu? Ben buna bakarım. Yoksa yani bir proje yaptım, tamam... Zaten kendi Türk yapımızı, sistemimizi biz kuruyoruz, onun için yetenekli gençlerimiz, tecrübeli insanlarımız var, Bakanlıkta da var Sağlık Bakanlığında –ben doktorum, biliyorum- her bakanlığımızda da var. Ama eksiklikleri bizim dile getirmemiz lazım daha iyiye gidelim diye. Yoksa o vermiş, bu vermiş diye hiç önemli değil.

BAŞKAN – Evet, teşekkür ediyorum.

Zamanımız da doldu, iki dakikamız var Başkanım, çok uzamasın.

Buyurun.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 1

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Anlaşıldı Sayın Başkanım.

Öncelikle, Dünya Sağlık Örgütünün bizi örnek olarak gösterdiği şey, başta da söyledim... Aslında her kurumumuz kendine göre bir şeyler yapıyordu, bu multisektörel ve birlikte çalışma kültürünü geliştirdiğimiz için. Aslında o kurumu, bu kurumu ayırmamamızın sebebi o, bizi örnek göstermesinin sebebi o, Sağlık Bakanlığının koordinasyondaki başarısını örnek gösterdi. Yani bugün Türkiye Yeşilay Cemiyetinin rolleri net tanımlandı, Yeşilay kendi rollerinde çalışıyor; Millî Eğitim Bakanlığının rolleri tanımlandı, o rollerde çalışıyor. Yani artık İçişleri Bakanlığı kamu spotu yapmıyor veya işte Sağlık Bakanlığı artık gidip de arzla alakalı kısma girmiyor. Yani bizi örnek gösterdikleri taraf bu taraf.

Diğer taraftan, tedavi merkezlerindeki başarı oranları dünya ortalaması zaten yüzde 20’lerde, yüzde 10’larda. Dolayısıyla çok yüksek, yüzde 50’lerde bir remisyon oranı maalesef yok bu bağımlılıkta. Ondan dolayı... Ama şunda kesinlikle haklısınız: Eksiklerimiz var mı? Var. Ama elimizden geldiği kadarıyla, hatta daha fazlasıyla çaba gösteriyoruz bunu artırmak için.

Nasıl değerlendiriyoruz? Keşke elimizde 2014’te başladığımız zamandaki taban değerler olsaydı bunları size net olarak gösterebilecektik, “Dünyadaki uyuşturucu kullanım hızı şu kadar artarken ülkemizde bu hız artmıyor.” ya da “...düştü.” diyebilecektik. Ama maalesef bunu şu anda veremiyoruz efendim.

Dolayısıyla haklı olduğunuz bir şey var, biz de kendimizi o yüzden size savunamıyor... Yani savunmaya da geçmek istemiyoruz ama elimizde baz bir değer yok, sadece elimizde tedavi verileri var, o tedavi verileri de bunun çok ciddi manada artmadığını gösteriyor yani o artış hızını göstermiyor.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – İnşallah öbür sene.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Bir dahaki seneye...

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANI DR. SERTAÇ POLAT – Yani şöyle yapılacak tabii: Bu sene bütün o veriler elimize geçecek, inşallah ondan sonraki dönemde de bunun etkilerini göreceğiz. İşte, sigarada dört senede gördük yani sigara kullanım oranları ancak dört senede düşebildi.

Arz ediyorum efendim.

Saygılarımla.

BAŞKAN – Teşekkür ediyorum.

Şimdi, bu teorik sunumlar güzel. Bu sunumlarınızı gönderirseniz Komisyon üyesi milletvekili arkadaşlarımıza dağıtacağız. Burada istenen, tabii ki pratikte neler yapılabilir. Tabii, sizin bir bürokrat olarak yapmanız gereken görevler var, sizlerin yapması gereken görevler var. Bu Komisyon birtakım önlemler alacak ve araştırmalar yapacak. Siz de böyle klasik bürokrat formatında değil de yani hiçbir şeyden çekinmeden, açık açık, böyle hani hem bir bürokrat olarak hem bir aydın olarak hem de uyuşturucuya karşı duyarlı bir vatandaş olarak bu sunumlarınızla ilgili önerilerinizi Word formatında bize iletin. Biz de raporlarımıza bunları dercedeceğiz. Alınması gereken önlemler nelerdir, bunları da tek tek sıralarsanız memnun oluruz.

Sağlık Bakanlığımızın bütün bürokratlarına, Müsteşar Yardımcımıza, daire başkanlarımıza katıldıkları için ben tekrar teşekkür ediyorum.

Öğleden sonra saat iki buçukta toplanmak üzere toplantımıza ara veriyorum.

Kapanma Saati: 13.32

İKİNCİ OTURUM

Açılma Saati: 14.39

BAŞKAN: Yılmaz TEZCAN (Mersin)

BAŞKAN VEKİLİ: Kerem Ali SÜREKLİ (İzmir)

SÖZCÜ: Gökçen ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya)

KÂTİP: Lütfiye İlksen CERİTOĞLU KURT (Çorum)

BAŞKAN – Değerli milletvekili arkadaşlarım, Uyuşturucu Madde Bağımlılığı ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak Bağımlılığın Nedenlerinin ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonumuzun 6’ncı Toplantısının İkinci Oturumunu açıyorum. Toplantı yeter sayısı vardır

Bugün gündemimizde Profesör Doktor Zehra Arıkan Hocamızı, Doçent Doktor Cüneyt Evren Hocamızı, Uzman Doktor Arzu Çiftçi, Uzman Doktor İsmail Volkan Şahiner olmak üzere, konusunda uzman 4 akademisyeni ve doktor arkadaşlarımızı dinleyeceğiz.

İlk sunumu, Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesinden Profesör Doktor Zehra Arıkan uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisiyle ilgili yapacaklar.

Hocam, hoş geldiniz.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Hoş bulduk.

BAŞKAN – Öğleden önce de biz Sağlık Bakanlığımızın bürokratlarını dinlemiştik. Öğleden sonraki oturumumuzda da akademisyen ve hekim arkadaşları dinleyeceğiz.

Sunumunu yapmak üzere değerli hocamızı davet ediyoruz.

Buyurun.

3.- Prof. Dr. Zehra Arıkan’ın, uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesinde bu konuda yapılan çalışmalar hakkında sunumu

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Çok teşekkür ederim.

Gazi Üniversitesinin böyle bir birimi var, yaklaşık herhâlde yirmi yedi yıldır oranın sorumlusuyum, çalışıyorum. Mümkün olduğunca anlatmaya çalışacağım, bağımlılık tedavisi istendi benden çünkü.

Ben öğrencilerime anlatırken “Bağımlılık bir beyin hastalığıdır.” diye anlatıyorum çünkü özellikle biyolojik tarafı çok ağır olan bir hastalık. Sanki sosyal boyutu fazlaymış gibi geliyor ama biyolojik tarafı ağır olan bir hastalık. Zararlı sonuçlarına rağmen tekrarlayan bir madde kullanımı söz konusu. Aslında, bağımlılar durdurabiliyorlar kendilerini ama başladıkları zaman devamlı kullanma ihtiyacı hissediyorlar. Onun için, durdurulabilir ancak başlayınca bu kısır döngü yeniden başlıyor.

Tabii ki çok büyük sorunları var toplumsal, ailevi, bireysel ama bir şeyi de unutmamak lazım, kronik ve ilerleyici bir hastalık. Bir bağımlı, madde kullanımını durdurduğunda hastalık durmuyor, hastalık devam ediyor. Aynı şeker hastalığı gibi, siz tam düzeyini ayarlıyorsunuz ama eğer tedaviyi bırakacak olursa şeker tekrar alevleniyor. Bağımlılık da aynı şekilde giden bir hastalık. O nedenle belki çocuklar, gençler bir nedenle başlıyorlar buna, belki merak oluyor, özenti oluyor, şu oluyor, bu oluyor ama biliyoruz ki beyni bozuyor.

Şimdi, nasıl bozuyor? Beyinde özellikle ödöl sistemini etkiliyor bütün bu maddeler, kullanılanlar çünkü ödöl sistemini etkilemeyenlere bağımlı olunmuyor. Ödöl sistemini hangi yollarla etkilerlerse etkilesinler, sonuçta “nucleus accumbens” dediğimiz ödöl merkezinde sonlanıyor iş, ödöl merkezini

etkiliyor. Bu maddeler bir şekilde kullanıldıklarında ödül merkezinde bizim zevk maddemiz olan dopamini çok hızlı bir şekilde yükseltiyorlar. Hızlı şekilde yükselince kişi rahatlıyor, kendine göre keyif alıyor bundan ve tabii ki beyin bu deneyimi tekrar tekrar istiyor ve sonuçta kişide “Üzöldün mü? Madde kullan. Sevinecek misin? Kullan. Keyif mi almak istiyorsun? Kullan.” gibi, beynin verdiği emirlerle -çünkü kısa yoldan bir rahatlama aracı oluyor bu- ortaya çıkıyor ancak keşke böyle kalsa. Böyle kalmıyor çünkü bir dönem sonra “nucleus accumbens”deki, bu ödül merkezindeki dopamin salgılayan hücreler bozulmaya başlıyor, yozlaşmaya başlıyor ve bunun üzerine dopamin salgısı azalıyor. Dopamin salgısı azalınca beyin geri bildirimle diyor ki: “Rahatlamak için biraz daha kullan, biraz daha iç, daha sık iç, biraz daha kullan.” Ve bu her kullanılan şey oradaki hücreleri yeniden bozduğu için bu kısır döngü tekrar edip duruyor. Yani kişi zaten söylüyor “Ben anlamıyorum, niye kullanıyorum bunu bu kadar.” diyor ama bu gelen emirler sürekli böyle geliyor.

Şimdi, bizim sıkıntımız, bu yozlaşmayı düzeltmemizdir. Tıbbi olarak bugün bir çözümümüz yok, o yozlaşmayı düzelterip beyni eski hâle getiremiyoruz. Onun için de bağımlılık yaşam boyu gidecek bir hastalık. Bu nedenle koruma, önleme çok önemli çünkü bağımlı olmayabilirsiniz ama olduktan sonra yaşam boyu bir hastalık sahibi oldunuz demektir.

Zevk ile zarar arasında kişi gidip geliyor. Madde kullanıyor, biraz keyif alıyor ama zararları da var, zararlarını da çekiyor. Ne zaman ki zarar ağır basıyor, o zaman tedavi olmak istiyor. Keyif ağır bastığı sürece her zaman için kullanmak istiyor. Hatta zaman oluyor bırakıyorlar, zaman geçiyor, zararları unutuluyor, o keyifler akılda kalıyor ve bunlarla ilgili beynin de biyolojik dürtüklemeleri olduğu için, bizim “craving” dediğimiz yoğun madde arama davranışları, istekleri olduğu için -ki bu da biyolojik- bu nedenle de kişi tekrar tekrar madde kullanmaya gidebiliyor. “Hocam, vallahi bilmiyorum. ‘Bir kere kullanayım.’ dedim, gene başladım” “Arkadaşımı gördüm, canım istedi gene başladım.” “Kullandığım yerlerde geziyordum, çok canım istedi, gene başladım.” diyor. Hatta, mesela eroin bağımlısı birisi anlatıyor bana “Evde annemin şu alüminyum folyoyu gördüm, canım istedi, gittim aldım, içtim.” diyor.

Gidip almalar filan şöyle oluyor: Madde koskocaman bir mıknaş, bunlar da küçük birer metal parçası, o şekilde bir çekimi var maddenin. O nedenle de bağımlılık tedavisi... Hep diyoruz ki: “Bağımlılık hastalığı remisyon ve relapslarla giden bir hastalıktır, iyilik ve kötülük dönemleriyle giden bir hastalıktır. Tedavi? Tedavi yaşam boyudur, bunu unutmamak gerekiyor.

Şimdi, tabii ki bu zararı fark ettirebileceğimiz, bizim “motivasyonel görüşmeler” dediğimiz görüşmelerimiz var ama hasta da fark ederek gelebiliyor bunu ve eğer bizim hastalarımızın deyimiyle dibe çöktüyse, dibe vurduysa o zaman tedavi istiyor kişiler. Ha, bunun dışında başka şekilde tedavi istemeler de var elbette ama dibe vurduğu zaman en uygun zaman demektir, o zaman kişi de tedaviyi istiyor.

Şimdi, bağımlılık tedavisini şöyle belirleyebiliriz: Biyolojik ve psikososyal tedaviler birlikte oluyor. Siz bunları birlikte yapmayacak olursanız bağımlılık tedavisini yapamıyorsunuz zaten, mümkün olmuyor. Bağımlılık tedavisi dediğimiz şey ise, bir sürecine baktığımızda, kullandığı maddelerin zehirlenmeleri oluyor, bunların tedavisini yapmanız lazım. Bizim “arındırma” dediğimiz, kişi maddeyi kullandı, kesti, bu sefer yoksunluk belirtileri ortaya çıktı, bunları bir normale getirmeniz lazım. “Rehabilitasyon” dediğimiz, ayık ya da temiz yaşama uyum sağlamaları lazım, onu yapmanız lazım ki burada bir dizi psikososyal tedaviler ve artı ilaç tedavileri var. Ayrıca “relapsin önlenmesi” dediğimiz yani kişinin yeniden madde kullanmayı önleyebilmesi için de yine psikososyal tedaviler ve ilaç tedavileri var. Neredeyse rehabilitasyon ile relapsın önlenmesi birbirinin içine geçmiş şekilde oluyor daha çok.

Şimdi “arındırma” dediğimiz... Çoğu kere hastalarda ayakta da yapabiliyoruz bu tedaviyi. Bazen ciddi durumlar varsa o zaman yatarak da yapabiliyoruz. Ortalama iki ile dört hafta sürüyor bu dönem. Bu dönem ne yapıyoruz? Fiziksel bir stabilizasyon sağlıyoruz kişide. Hem maddenin yoksunluk belirtileri ortadan kaldırılıyor hem de o dönemde fiziksel olarak da olan sorunlar ya da ruhsal olan sorunlar da gözden geçiriliyor ve bunların tedavisine gidiliyor. Çoğunlukla, hem biyolojik hem de psikolojik birçok testi yaptığımız dönemler bu dönemler ve daha sonra ise buna biz müdahale ediyoruz. Bu bir tedavi değil, hastanelerde bugün yaptığım şeyler ya da AMATEM’de yaptığımız bu, müdahale, arındırma tedavisi yapıyoruz. Ondan sonra başlayan rehabilitasyon döneminin olması lazım ki kişilerin madde kullanmasını engelleyebilsinler, kendilerini kontrol edebilsinler. Bu nedenle de rehabilitasyon döneminde daha çok artık yoksunluk belirtileri yatışmıştır, kişinin ayık yaşama ya da temiz yaşama uyum sağlayabilmesi için eski bilgi ve becerilerinin tekrar canlandırılması ya da yeni bilgi ve becerilerin kazandırılması olur bu dönemde. Onun için işte bu dönemde grup terapileri vardır, bireysel görüşmeler vardır, uğraş tedavileri vardır, spor vardır, birçok şey devreye koyulur ki kişi madde dışında yaşamından haz alabilsin, yaşamını düzenleyebilsin. Ayrıca, bu dönemde maddeye karşı koyabilmesi için kişisel gücünün de artırılmasına yardımcı olunur bu becerilerle. Nasıl hayır diyecek, maddeden nasıl uzaklaşacak, birisi teklif ederse nasıl “Ben kullanmıyorum.” diyebilecek ya da oralardan nasıl temiz bir şekilde kaçabilecek; bütün bunlarla ilgili bir dizi davranışçı ve bilişsel terapiler vardır, onlar kullanılır ama bu yetmez çünkü hastaların biyolojik olarak beyinleri belki “İç bunu, iç bunu, iç bunu, iç bunu.” o biyolojik bir şeydir ve bu biyolojik “İç bunu, iç bunu, iç bunu, iç bunu.”yu durdurabilmeniz için de ilaç tedavileri gerekir. Özellikle, eroin bağımlılarında bunu çok iyi görürüz. Biz onları ya eroinin benzeri ilaçlarla idame tedavisine alırız ya da eroinin tam zıddı olan ilaçlarla tedaviye alırız, istekle ancak bu şekilde baş edebilirler yoksa bakarsınız, bir ay bırakır, iki ay bırakır, üç ay bırakır, ondan sonra tekrar başlamış demektir. O nedenle de hastaların kontrol altında kalmaları önemlidir. Bir ay içmediği zaman bir kişi, biz buna “erken remisyon” diyoruz ama bir yıl hiç madde kullanmadıysa o zaman “tam remisyon” diyoruz. Tam remisyon, tam iyilik hâli, bizim ulaşmak istediğimiz yerdir çünkü birinci seneyi başarmışsa yaşam becerileri artmış demektir, kendisini maddeye karşı koruyabilmiş demektir, o yoğun isteklere “Dur.” diyebilmiş demektir, bundan sonrasını götürme şansı daha çok demektir. O nedenle de rehabilitasyon programları çoğunlukla bir yıllık programlardır, ondan sonra devam edenler ise daha çok relapsı önlemek için yani tekrar madde kullanımını önlemek için olanlardır. Bununla ilgili de tüm dünyada bir sürü şeyler var, grup terapileri var, Adsız Alkolikler grubu var, destek grupları var, Adsız Narkotikler var, destek grupları var. Buralarda her bir seferinde toplantıya gittiklerinde kendilerini, şöyle çıkar mesela, derler ki: “Ben bir alkoliğim.” ya da “Ben bir madde bağımlısıyım.” Toplantı böyle başlar. Bu, şunun için önemlidir, madde bağımlısı olduğunu ya da alkol bağımlısı olduğunu kendine hatırlatması gerekir, bunu unutmaması gerekir, unuttuğu takdirde yeniden başlayacak demektir.

Şimdi, bunları biraz anlattım işin içinde.

Tabii ki bu tedavi oldukça ederi olan bir şey. Mesela, Gazi Üniversitesinde bizim eski rektörümüz bağımlılık kliniğini kapatırken bana şunu dedi: “Hocam, siz kâr etmiyorsunuz ki.” Biz “Ülke çapında kâr ediyoruz. Eğitim için gerekli.” dediysek de “Bize sıcak para lazım.” dedi, kapattı bizim servisimizi, hâlen açmakta zorluk çekiyoruz.

GÖKCEN ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya) – Ne zaman?

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Üç yıl önce.

Hâlen üç yıldır açamadık. Bu rektörümüz “Açacağım.” dedi bize, yer gösterdi ama daha açamadık. Mesela, bu en yakın benim yaşadığım bir örnek.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

Evet, ederi çoktur çünkü yaşam boyu süren bir hastalıktır ama eğer suçla ilgili kısmına bakacak olursak, sağlık harcamalarına bakacak olursak maddeyle ilgili, o gençlerin gerekli güçlerini, kendi güçlerini kullanamadıklarını ölçecek olursak çok “cost effective”tir yani pahalıdır, ilaçlarımızın da bir kısmı pahalı ama “cost effective”tir. O nedenle de tedavinin muhakkak düzgün ve düzenli yapılması gerekir.

Tedavi: Ayakta yaptığımız tedaviler var, gündüz hastanesi programında sabah gelip akşam gittikleri ya da haftada birkaç gün gelip gittikleri programlarımız var, yatarak yaptıklarımız var. Bazılarının yatması gerekir. Rehabilitasyon merkezleri... Şimdi Türkiye’de de inşallah kurulacak, elimiz daha sağlamlaşacak çünkü onun yönetmeliği hazırlandı. Ve tedavi toplulukları... Bizde yok, yurt dışında olan, mesela İtalya’dan bir örnek vardı, gelip anlatmışlardı, o bir tedavi topluluğuydu. Orada insanlar geliyorlar, oturuyorlar, yaşıyorlar, çalışıyorlar, bir yandan da maddeyle ilgili tedavilerini sürdürüyorlardı.

“Yatırarak hangilerini tedavi ediyorsunuz?” diyorsanız: Ayaktan tedavilerin başarısız olduğu durumlarda bazen o hastayı ortamından kurtarmak gerekir çünkü o ortamda tekrar tekrar madde kullanması daha kolay olabilir. Şiddetli tıbbi ya da psikiyatrik sorunları varsa çünkü maddeler oldukça yoğun psikiyatrik sorunlara neden olur, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikozlar, ciddi psikozlar ortaya çıkarabilir ya da belirgin tıbbi rahatsızlıklar vardır. Hastalarımız bakımsız celebiler gibidir neredeyse, neresini tutsanız elinizde kalır. O nedenle, onların tedavisi gerekir. Psikososyal destekleri yoksa o zaman da hastaneye yatırırız biz, bir dönem için onlara destek olabilelim, sonra da yapabildiğimiz, sağlayabildiğimiz desteklerle yürüyelim. Şiddetli ve uzun süreli bir bağımlılık varsa, yüksek doz kullanmışsa, uzun süre kullanmışsa dışarıda kolay bırakamazlar, o nedenle de onları yatırarak tedavi etmemiz gerekir.

“Tedavide neyi hedefliyorsunuz?” diyorsanız: Tedavide bizim için en önemli olan şey o bir yıllık remisyon dönemidir. Bizim kliniklerimizin başarıları çoğunlukla bununla ölçülür, dünyada da bu böyledir çünkü bu, yaşam boyu giden bir hastalıktır, öyle bitmeyecektir ama bizim istediğimiz nedir? Madde kullanımı bırakılsın, ayık ya da temiz kalabilsinler, mümkün olduğunca bunu uzatabilelim çünkü bir hastanın bir gün bile içmemesi bizim için kârdır, iki gün içmemesi daha da önemli bir şeydir çünkü o zaman ayıklığa, üçüncü güne aday demektir, beşinci güne aday demektir. Onun için de programlar çoğu kere –destek gruplarında da böyledir- yirmi dört saatlik programlarla gidilir “Bugün içmeyeceğim, bugün kullanmayacağım, yarın Allah kerim.” Eğer yarına yetişebilirse, yarın gene “Bugün içmeyeceğim.” deme şansı olur çünkü bu şekilde gidilir. Hastaların fiziksel, psikiyatrik, sosyal yönden desteklenmeleri önemlidir tedavinin hedefleri arasında. Destek grupları oluşturulup bunlar güçlendirilmelidir. Türkiye’de Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler grubu var. Alkolikler grubunun çok büyük bir kısmı bizim kliniğimizden, Gölbaşı’ndan çıkmıştır ve Türkiye’de 44 ilde var, yaygınlar. Onların şöyle bir şeyleri de var: Düşenin hâlinde düşen anlar hesabı, Nasrettin Hoca’nın hesabı, birbirleri için empatiyi çok daha iyi yapabiliyorlar.

Ve olası zararların azaltılması... Dünyada birçok zarar azaltma programı var. Aslında, tedavi bir azaltmadır zaten çünkü “Ne kadar içmezse kâr.” diyorsanız, bir gün içmeyi göze alıyorsunuz demektir, içebilecek demektir. Onun için de o maddesiz geçirdikleri süre bizim için oldukça önemlidir.

Çeşitli modeller var ama şunu unutmamak lazım: Biyopsikososyal modellerdir ama tıpta bir şey vardır, hastalık yok, hasta var, hastanıza göre de esnemeniz gerekir. Madde bağımlılığıyla, madde kullanımıyla ilgili olan çalışanlar, evet, kuralları vardır çünkü madde kuralsızdır, kural tanımaz, bakarsınız, ailelerde de öyledir. Hasta der ki: “Bıraktım, vallahi billahi içmeyeceğim.” Aile çok inanır ona, hep birlikte hareket etmeye çalışırlar, hatta ödüller verirler, “Sen içme şunu alacağım, bunu

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

edeceğim...” bir bakarsınız, bir anda tekrar içilir, yeniden hayal kırıklığı olur. “Hocam, şunu yapsak mı?” diyen var, annenin madde getirdiğini biliyorum benim kliniğime, o var yani öyle bir hastalıktır bu, her şeyi sömürür, hastayı sömürür, hastanın yakınlarını sömürür, toplumu sömürür. Onun için, belli kurallar içinde gitmesi lazım tedavinin ama “Kurallar esnemez.” diye bir şey yoktur. Bizim kliniğimize alkol bağımlıları içmeden gelirler, yatarlar ki yoksunluk belirtilerini bir an önce görelim, tedaviye başlayabilelim ama bizim, meyhaneden de aldığımız hastamız vardır, neredeyse yirminci senesinde, içmiyor hâlen, öyle takip ettiğimiz hastalarımız da vardır. O nedenle, hastaya göre olacağını unutmamalı ve bireye odaklı olmalı ve yaşam boyu süreceğini de unutmamanız gerekir. Benim yanımda çalışan bir alkol bağımlısı var, şu anda on altıncı yılında, içmedi ama o da der: “Yarına garantim yok Hocam, on altı yıldır götürüyorum, inşallah daha da götürürüm.” diye düşünür.

Tabii, davranış bağımlılıkları da var ve biz onların üzerinde hiç durmuyoruz gibi ama işte patolojik kumar var gördüğümüz, internet var baktığımız zaman, spor da bazen bağımlılık oluyor, bu şekilde oluyor, hatta bazı ilaçlar da kullanılıyor, suiistimal ediliyor, alışveriş de bir bağımlılık gördüğünüz gibi. “Bunlarda ne yapıyorsunuz?” diyorsanız, benzer şekilde, ilaç artı psikoterapileri var, daha çok davranışçı bilişsel terapilerle gidiliyor.

Tekrar söylemek gerekirse: Bağımlılık önlenebilen bir hastalıktır ve muhakkak korumaya, önlemeye daha çok ağırlık vermemiz gerekir çünkü hastalığı baştan yok edebiliriz. Son zamanlarda yeni tedaviler de var, daha çok girmedi şeyi ama gelecek, ikinci faz, üçüncü faz çalışmaları yapıldı, immünoterapiler var, aşı tedavileri geliyor yakında çünkü eğer o aşılarda, mesela, kokaine karşı bir antikor üretilirse ve o verildiyse, kişi kokain aldığı zaman beyne gitmeden onları tutacak, böylelikle bağımlılık başlamamış olacak. İmmünoterapiler gelecek vadediyor, umarım çok kısa zamanda onlar da olur diye düşünüyorum.

Benim anlatacaklarım bu kadar. Sormak istedikleriniz varsa...

BAŞKAN – Değerli Hocamıza bu güzel sunum için çok teşekkür ediyorum.

Sorusu olan değerli milletvekili arkadaşlarımız var.

Sayın Yurdakul, buyurun.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Güzel ve kısa sunumunuz için teşekkür ederim Sayın Hocam. Sizin çalışmalarınızı çok detaylı olarak, ben de bir Gazi Üniversiteli olarak biliyorum.

Şimdi, çok önemli bir cümle söylediniz Sayın Hocam -keşke şu anda Sağlık Bakanlığının yetkilileri de, sabahki gelen yetkililer de burada olsalardı- “Arındırma tedavi değildir.” dediniz.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Müdahaledir, tedavinin başlangıcıdır. Arındırmadan olmaz ama daha çok müdahaledir.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Evet. O zaman şu soru aklıma geliyor: Acaba -ülkemizdeki öneriler arasında şöyle diyorlar, “AMATEM’leri, ÇEMATEM’leri arturalım.” diye çaba içerisine giriyorlar ya- AMATEM’i artırmak yerine öncelikli olarak rehabilitasyon merkezlerini artırmak, bu yönde hareket etmek daha mı doğru olur? Bu birinci sorum.

İkinci sorum: Sayın Hocam, sizin uyguladığınız tedavi yöntemiyle bir yıllık relaps oranına bakılıyor aynı sigara benzeri, doğru.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Remisyon oranı.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Başarı oranı nedir? Gazi Üniversitesinde başvuran bir madde bağımlısına ne zamana randevu veriliyor? Siz rehabilitasyonu nasıl uyguluyorsunuz?

Üçüncü sorum ise ülkemizde -sizin açınızdan değerlendirildiği takdirde- hem bu tedaviler hem de diğer, ruh sağlığı açısından yeterli psikiyatrist ve psikolog var mıdır?

Teşekkür ederim.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – AMATEM’lerin olmasında yarar var, şöyle olmasında yarar var: Daha önceleri benim asistanlığım döneminde 3 taneydi bu, daha sonra 8-9’a çıktı ve öyle de kaldı. Olmasında yarar var çünkü bağımlı karar verdiği zaman tedaviye almak zorundasınız ya da yakalandığı zaman çünkü denetimli serbestlik aracılığıyla gelen zorunlu tedaviler de var biliyorsunuz şimdi, hatta ben çocuklarda da zorunlu tedaviden yanayım 18 yaş altında. Çünkü onlara diyorsunuz ki: “Sen bilirsin, bırak.” ama “Oy verme, ben bilirim.” diyorsunuz. Bu bana böyle ters geliyor. Onun için de çocuklarda da bağımlılık için zorunlu tedaviler olması lazım. Şimdi, zaten Sağlık Bakanlığı da biraz ona meylettir zaten, öyle gidiyor. AMATEM’lerin olmasında yarar var çünkü size, buraya Van’daki hasta gelemiyor, orada olması lazım. Urfa’da var, evet, biliyoruz, var. Van’da İran’dan gelen bir sürü madde kullanılıyor, oradan biliyoruz. Onun için oralarda olması lazım yani o müdahalenin yapılması lazım ki rehabilitasyona geçebilelim. Ama rehabilitasyonda güdük kaldık biz yıllarca ve o nedenle de yeni rehabilitasyon çalışmaları başladı. Bildiğim kadarıyla -yönetmeliğin için de ben de vardım-yönetmelik hazırlandı ve işleme konulacak, artık pratiğine geçilecek bunun. Bu da iyi bir şey çünkü yol alıyoruz. Ama benim şöyle bir endişem de var, size söyleyeyim: Biz bağımlılık tedavisiyle uğraşırken koruma ve önlemeyi unutuyoruz, koruma ve önleme asıl bizim yapmamız gereken şey. Biz yüzde 2’yle, 3’le uğraşırken... TUBİM’de yapılan çalışmanın sorumlusu benim, o “Türkiye’nin yüzde 2,7’dir.” diye çıkanın sorumlusu benim yani o çalışmaları ben yürüttüm. Yüzde 2,7 olabilir ama biz öbür tarafı riske atıyoruz, onun için de koruma ve önlemeye daha çok ağırlık vermemiz gerekiyor, biliyoruz ki bağımlılık yaşam boyu sürecek.

Tedavi, modellerine göre değişir. Benim kliniğimin kapanmadan önceki başarı oranı yüzde 30’dur, 100 hastamdan 30 kişi bir yıl demek ki içmiyordu, bunun da çoğu alkol bağımlısıydı. Alkol bağımlıları ile madde bağımlılarının arasında bir fark var: Alkol bağımlılığı ortalama beş, on yılda bağımlılık yapar ve bu sonucunda da hastalarınız size çoğunlukla 30 yaşın üzerinde, 40 yaşın üzerinde gelirler ama madde bağımlısı 16 yaşında, 17 yaşında, 20 yaşında geliyor. Baktığınızda onların yaşam becerisi ile öbürlerinin yaşam becerisi farklı; çoğu kere alkol bağımlılarına bakıyorsunuz, liseyi bitirmişler, üniversiteyi bitirmişler bazıları ama madde bağımlılarından liseyi bitiren yok, orada terk ediliyor çoğu kere, hele eroin kullanıyorsa, başka şey kullanıyorsa okul diye bir şey kalmıyor madde şey yapıldığı zaman -okul kalmıyor- aileyle ilgili şeyler kalmıyor, kendisine yaşam becerisi öğretecekleri dönemde maddeyle uğraşıyorlar. Ondan sonra o çocukların tedavide kalması çok zor oluyor.

Bir de şöyle bir şey var, STK’lar var şimdi. Orada burada çıkıyor ikide bir: “Biz bağımlılığı tedavi ederiz; şöyle ederiz, böyle ederiz.” Böyle bir tedavi olmaz, bağımlılık biyolojik bir hastalıktır. Eğer hekim tedavi etmeyecekse bunu, siz hiçbir yerde tedavi edemezsiniz. Tedaviyi birlikte yürütmek gerekir. Psikososyal tedaviler artı biyolojik tedaviler birlikte olacak. Diyorsunuz ki bana: “Psikiyatristler yeterli mi?” Psikiyatristlerin içinde madde bağımlılığıyla ilgilenmek isteyen var mı acaba, bir sorun bakalım. Çok az çıkar. Bu gönüllü bir hizmettir, gönüllüdür, gönül vermeniz gerekir. AMATEM’lerde eğer gönül verenler çalışırsa farklı olur, gönül vermeyenler çalışırsa daha farklı olur çünkü zor bir alandır, hastanız size tekrar dönüp dönüp gelecektir. Birçok hekim... Halk arasında bunu anlamayanları ben hiç yadırgamıyorum çünkü doktorlara anlatamıyoruz çoğu kere biz bunu. Bu, biyolojik bir hastalıktır, psikososyal tedavilerin burada yeri vardır çünkü yaşam becerisi öğretmemiz gerekiyor. Biz hastamıza başka şeyden keyif almayı öğretemezsek... Hapı da zaten kullanacak, ilaç kullanıyor, istek yok; eroin bağımlısı ilaç kullanıyor, istek yok, diyor ki: “Hocam ot gibi yaşıyorum.” Ot gibi ne kadar yaşayacak

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

ki? Günün birinde ilacı bırakıp tekrar başlayacak. Onun için, bizim onlara psikososyal tedavileri muhakkak yapmamız lazım, muhakkak rehabilitasyon lazım, orada geç kaldık ama diyorsanız ki: “Bu hastalık biter mi?” Bitmez, bu hastalık bitmez. Koruma önlemeyi öyle bir şey yapmalıyız ki madde demeden koruma önleme yapmalıyız. Bir de o var yani.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – “Rehabilitasyon” derken ne öneriyorsunuz konunun uzmanı olarak? Mesela, Hakkârî’de bir rehabilitasyon merkezi, Urfa’da bir rehabilitasyon merkezi falan mı yani ne öneriyorsunuz siz?

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Eğer gerekirse öyle kurulacak, ihtiyaca göre kurulacak çünkü bakın, bunlar neredeyse bir yıllık tedaviler diyoruz. Bazen hastalar üç günde bir gelir oraya, bazen haftada bir gelir, bazıları ayda bir gelir, bazıları üç ay süreyle yatarlar. Rehabilitasyon öyle bir şeydir. Hepimizin yaşam beceresi birbirimize benzemez yani hepimizin yoğurt yemesi farklıdır, bir problemi çözmemiz farklıdır ama madde bağımlılarının problem çözmeleri zordur, onlar için problemi çözmek madde kullanmak demektir. Canın mı sıkıldı, git. Olumsuz duygular inanılmaz maddeye meylettirir. Onun için de bu yaşam becerilerini, o davranışçı bilişsel terapilerimizi, işte uğraş tedavisini, sporu, iş edindirmeyi bunun içine koymak zorundayız. Onun için de ne kadar gerekiyorsa o kadar rehabilitasyon merkezi açacağız.

Bir şey söyleyebilir miyim?

BAŞKAN – Buyurun.

CEZA VE TEVKİFEVLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ DENETİMLİ SERBESTLİK DAİRE BAŞKANLIĞI SOSYAL HİZMET UZMANI BURCU DİKTAŞ KARTAL – Hocama ek olarak bir şey söylemek istiyorum: “Çocuklara zorunlu tedavi uygulanmıyor.” dedi Hocam.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Uygulanmıyor demedim, yeni başladı onlar.

CEZA VE TEVKİFEVLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ DENETİMLİ SERBESTLİK DAİRE BAŞKANLIĞI SOSYAL HİZMET UZMANI BURCU DİKTAŞ KARTAL - Ha, yeni başladı, evet. “Uygulanmasını öngörüyorum.” dedi.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Onu zaten orada öngören bendim, denetimli serbestlikte de öngören bendim. O şekilde başladım.

CEZA VE TEVKİFEVLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ DENETİMLİ SERBESTLİK DAİRE BAŞKANLIĞI SOSYAL HİZMET UZMANI BURCU DİKTAŞ KARTAL – TCK’nın 191’inci maddesine bağlı olarak çocuklara da uygulanıyor yani zorunlu tedavi var şu anda.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Ayrıca başka bir şey daha var. Sadece denetimli serbestlikten geleni değil, ailenin getirdiklerini de tedaviye almak zorundayız.

Başka bir şey daha var. Denetimli serbestlikle hapishaneye giriyor çocuklar. Hapishanede de o tedavilerin ve rehabilitasyonun olması gerekir yoksa biz onları adi suçluların yanına koyduğumuzda tedavi etmiyoruz, sadece cezalandırıyoruz, başka bir şey olmuyor.

BAŞKAN – Sayın Dülger...

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Hocam, teşekkür ediyorum çok güzel özet ve kısa, vurgulayıcı sunumunuzdan dolayı.

Bir şey öğrenmek istiyorum kendimce okuduklarımla. Sizin alanınıza girdiğimizi sakın düşünmeyin.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Estağfurullah.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – “Vücuttaki yol açtığı tahribat giderilmediği müddetçe, protein eksikliği midir, başka ne eksikliğiyse o giderilmediği müddetçe, yerine, o doldurulmadığı yani tabiri caizse sıvanıp doldurulmadığı müddetçe bulma imkânını edindiği anda kullanır.” diyorlar. Bu, doğru mudur?

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Doğru.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) – Çünkü bunu... Konuşmanızın başına yetişemedim, kusura bakmaym. Cezaevinde on sekiz ay kalmış birisiyle bir görüşme yaptım. “Dışarıda 2 çocuğum 1 eşim bekliyordu, on sekiz aydan beri beni görmediler ama beni almaya gelen kişiye, kayınbiraderime, zaten biliyorsunuz bunlar inanılmaz zekidirler ve yalan söylerler çünkü kendilerini o tarafa motive etmişlerdir, o yalana inandırdım, gittim, malı kullandım, malı aldım ve sonra evime gittim.” dedi. Ben bunu şuna bağlıyorum sizin dediğiniz gibi, yani vücuttaki o tahribat giderilmediği müddetçe, boşluk doldurulmadığı müddetçe...

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - İstek, çok yoğun istek var arzular var yani Türkçeye “aşerme” diye çevirdik ama aşerme gibi de değil yani o çok yoğun. Ben size bir örnek anlatayım, birçok yerde anlattım. Hastalarla, çocuklarla grup terapisi yapıyoruz, 10 kişi filanlar. Oturdular bana şeyi anlattılar “Hocam biz ne berbat yaşamışız, şimdiye kadar annemizi, babamızı ne kadar üzümüüz, madde ne kadar berbat bir şeymiş, şimdi düşünebiliyorum, uyuyorum, hissediyorum, algılıyorum. Ben bir daha kullanmam.” “Şöyle yapacağım, böyle yapacağım.” diye kendilerine göre önlemler de aldılar. Çünkü biz acil yapacaklarınız neler diye orada birazcık onları da öğretmeye çalışıyoruz. Bahçeye, dışarıya çıktılar. Yukarıdan birisi dedi ki: “Mal var, atayım mı?” Çocukların hepsi oraya üşüştüler. Biz alamadık içeriye, o çocuklardan 2 kişi de kaçtı oradan. Madde böyle bir şey, maddenin inanılmaz çekim gücü var. Çünkü beyin “Bunu kullan.” diyor. Onun için de “Biz hastalığı bitiririz, tedavimiz şöyle olur, böyle olur.” diyemiyoruz biz hep remisyon ve relaps diyoruz. Şeker hastalığı gibi düşünün bunu. Şimdi kullanmıyor ama kullanmayacak diye bir şey yok.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) - Ortamı bulduğu anda...

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Yirmi iki yıldır içmeyen hastam içti. Bir hastalık var dediler ona, sonra o hastalık da çıkmadı “Ben öleceksem bari içeyim.” dedi. İlk aklına gelen şey bu oldu, düşünebiliyor musunuz?

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) - Teşekkür ederim.

İkincisi: Özel sektöre bakış açınız nedir? Mademki yetişemiyoruz kamu olarak -sabahki oturumda da aynı şeyi söylemişim- çok tehlikeli bir alan ama devletin hem yol gösterici hem denetleyici fonksiyonunu bir araya getirdiğimizde bunu başaramaz mıyız?

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Bakın, denetlemeyi düzgün yaparsak...

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) - Çünkü biz yetişemiyoruz hocam.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Tabii tabii. Hayır, ben ona karşı değilim, “Özel teşebbüs şunu yapmasın.” diyemem, karşı değilim ona ama denetimi düzgün yapılacaksa ve iyi kurulacaksa bunlar olur yoksa başka türlü yürütülemez. Yoksa “Özel teşebbüs yapmayacak.” diye bir şey yok.

MUSTAFA HİLMİ DÜLGER (Kilis) - Üçüncüsü de zorunlu olarak zorunlu tedavi.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

Şimdi, kişinin kendi iradesinden bahsediyoruz ama iradesine hâkim olmadığını da hemen anında söylüyoruz. Bugün verem hastalığı sosyal yönleri de olan bir hastalık diyerek, ne diyoruz, hem takibi gerekli hem bildirilmesi zorunlu hastalıktır. Neden sadece denetimli serbestlik? Bana göre hepsinin de zorunlu tedaviye yönlendirilmesi gerekir. Bu konuda böyle bir enstrümanın olması gerektiğine inanıyorum.

Dördüncü olarak da bu sosyal uyumdan bahsediyoruz. Mutlak surette... Bizim engelsiz yaşam merkezlerimiz var Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımıza bağlı eğer oradaki gibi hizmet alım ihalesiyle bu konunun eğitimini almamış, yetkin olmayan insanlar eliyle yaparsak başarı şansımızın da yine çok düşük olacağına inanıyorum.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Ben de öyle düşünüyorum yani bu konuda ehil insanları artırmamız lazım, gerçekten özel teşebbüste de devlette de ehil ve gönüllü insanlar olursa düzgün gidecek bu iş çünkü gönüllülük işi. Hastalara niye biz “Onlar istesin.” diyoruz? Çünkü o zaman tedaviye katılımları çok daha iyi oluyor. Zorunlu tedavilerde bizim motivasyonel görüşmelerimiz var, onları mümkün olduğunca motive edip tedaviye çekmeye çalışıyoruz zaten yani. Maddeyle düşündükleri kafayla maddesiz düşündükleri kafa çok farklı. Mesela siz biraz önce bir şey söylediniz “Yalan söylerler.” dediniz ya, bütün hastalar madde kullanırsa yalan söyler ya da madde kullanmaya hazırlanırsa yalan söylerler yoksa söylemezler. Ne gereği var ki? Ama madde kullanmaya hazırlandıysa ve madde kullanıyorsa yalan söyler, bu zatürreenin öksürmesi gibidir, zatürree öksürür bağımlı da yalan söyler, bu bir belirtidir zaten.

BAŞKAN – Teşekkür ediyoruz.

Sayın Sürekli...

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) – Teşekkür ediyorum.

Evet, kısa, net, öz bir sunumdu, çok faydalandık.

Şimdi AMATEM’lerle ilgili siz de ifade ettiniz ama çok net olarak. Türkiye’deki şu anda AMATEM’lerdeki uygulanan metotlar, alınan sonuçları nasıl değerlendiriyorsunuz?

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Şimdi AMATEM’lerde sadece müdahale yapabiliyoruz, rehabilitasyon yapamıyoruz.

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) - O konuyu geçtim. O bölüm, müdahale bölümü nasıl gidiyor?

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Şimdi, müdahale yaparız, o mesele değil bizim için çünkü yoksunluk belirtileri bellidir, yapacaklarımız bellidir, bunu her psikiyatrist yapar, yapılmayacak bir şey değildir o. Ama bağımlı hastayı takip etmek farklı bir şeydir, işte onun için o rehabilitasyon, işte remisyonun önlenmesi vesaire gelince öyle olur. Çünkü siz bir bağımlı hastayla çalışmaya başladığınızda nüfusunuza kaydolar. Benim cep telefonum hepsinde vardır; suistimal ettiler mi şimdiye kadar? Etmediler, kimse etmedi suistimal, ihtiyaç olunca ararlar ama bilirler ki onlar telefon ettiğinde ben de açarım. Biz bunu sağlayabilirsek o zaman olur tabii ama bu bir gönüllük işidir ben bu alanda gönül vermiş birisiyim yani. O nedenle...

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) - O bağlamda da bir şey söyleyecektim, evet.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Bu önemli bir şey. Ama yoksunluk belirtilerine tedavi, müdahale yapılabilir, yapılamaz bir şey değildir, her psikiyatrist de bunu eğitim sırasında öğreniyor zaten.

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) - Gönüllük esası dediniz burada görev alacak uzmanlarımız için. Şu anda yaptığınız çalışmalarda özlük haklarıyla ilgili talepler var burada çalışmak isteyenlerin. Bir de yan dalla ilgili akademisyenlerin talepleri var. Buna değinebilir misiniz kısaca?

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Şimdi, yan dal olmasında yarar var bunun, istiyoruz çünkü onu. Eğer öyle olacak olursa bir kere bu alanda eğitim süresi uzayacak bir. İkincisi; gönüllüler gelecek buraya ve oradan daha donanımlı çıkacaklar yan dal olmasında yarar var. Bizim ülkemizde yok bu. Ama diyorsanız ki özlük hakları, evet, AMATEM’lerde çalışan psikiyatristler diğerlerinden daha az maaş alıyor mesela baktığınızda. “Daha riskli bir alanda çalışıyoruz.” diyorlar. Benim çok yakın bir psikiyatrist arkadaşım var, çok severim, beni de yetiştirendir yani öyle baktığım zaman. Bana madde bağımlısı gönderirken der ki: “Zehra, köy kasaba olmaz ama hadi bir de buna bak bakalım.” Böyle de ön yargılarla uğraşılır. Hekimler içinde bile, psikiyatristler içinde bile vardır bu ön yargılar. O nedenle tabii ki özlük haklarının iyileşmesi orada, onlar için bir motivasyon olacaktır, çok iyi olur öyle bir şey.

BAŞKAN – Hocam, yurt dışında nasıl yan dal yapıyorlar var mı örneği?

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Yurt dışında, evet, bağımlılıkla ilgili bağımlılık dalı var. Mesela Avustralya’yı size örnek vereyim. Mesela dahiliye bölümünden de geliyor, psikiyatri bölümünden de geliyor, üzerine iki yıl bağımlılık yan dalı yapıyorlar.

BAŞKAN - Teşekkür ediyoruz.

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) – Teşekkür ediyoruz.

BAŞKAN - Sayın Adıyaman...

MEHMET EMİN ADIYAMAN (İğdır) – Teşekkür ederim Başkanım.

Teşekkür ederim Hocam, güzel bir sunumdu, öz ve net, anlaşılır.

Hocam, siz özellikle ömür boyu süren bir hastalık ve biyolojik bir hastalık...

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Evet.

MEHMET EMİN ADIYAMAN (İğdır) – Şimdi, dolayısıyla hasta bir kere bulaştı mı yani o hastalığı kaptı mı deyim yerindeyse...

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Bağımlılık oluştu mu, evet.

MEHMET EMİN ADIYAMAN (İğdır) – Oluştı mu artık ömür boyu sürecek.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Yani kontrol etmesi gerekiyor kendisini.

MEHMET EMİN ADIYAMAN (İğdır) – Bunun psikolojik ve biyolojik tedavi boyutunu anlaşılır bir şekilde çok güzel izah ettiniz. Şeyi merak ediyorum, bütün o deneyimler içerisinde henüz bulaşmadan önce yani önleyici düzeyde hem devlet olarak hem sivil toplum olarak o deneyimlerinizden çıkararak bizlere ne önerebilirsiniz? Örneğin bu önleyici... Hep önleyici diyoruz ama önlemek için de ne yapıyoruz? Örneğin ne tür faaliyetlerimiz var hem sivil toplum olarak hem devlet olarak? Bu anlamda somut olarak önereceğiniz, sunacağımız ya da yasal düzenleme anlamında... Neticede biz yasama Meclisiyiz.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN - Şimdi yasal düzenlemeden ziyade el ele verirse olur diye düşünüyorum ben bunu. Çünkü Nasrettin Hoca’nın hesabı gibi oluyor, yağ var, şeker var, un var helva yapıp yemiyoruz; ben öyle düşünüyorum yani burada. Şimdi Japonya’da madde bağımlılığı daha az. Orada neler yapıldı diye bakıldığında belediyelerin bu işe çok hizmet verdiğini görüyorsunuz ve belki bir yandan bu anlatılırken maddeyle ilgili zararlar vesaireler, bunu hep şey olarak söylemiştik biz “Ne olur okullara bizi konferansa çağırma.” olmuyor, o özendirici oluyor. Biz madde dediğimizde, madde şöyledir dediğinizde, acaba böyle mi diye bakıyor genç. ya da ben internette şunu buldum.” diyor. Mesela, bana geliyorlar “Hocam siz esrar bağımlılık yapar diyorsunuz ama internette şöyle şöyle yazıyor, hiç de bağımlılık yapmıyor, ilaç olarak da kullanılıyor bu. Bak marihuana klinikleri de açılmış Amerika’da yirmi sekiz eyalette, siz niye bize bir maddeye bağımlı diyorsunuz, iki sene de ceza

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

veriyorsunuz?” diyorlar, soruyorlar çocuklar. Onun için biz madde demeden bunu yapabiliriz; mesela, “Cola içmeyin zararlıdır.” demek yerine “Süt için faydalıdır.” demek daha doğru. Cola dediğinizde zaten bir özendiriyorsunuz.

Biz maddeyle ilgili koruma önleme programlarını böyle yapmalıyız diye düşünüyorum. Dünyada bakıldığında koruma önleme programı yapan bir sürü ülke var, birisi de bize “Şöyle yaptık da biz maddeyi yok ettik.” diyemiyorlar. Yani, öyle bir şey yok ama madde demeden yapabilirsek, kendi ülkemizin risk faktörlerini belirleyebilirsek, o risk faktörlerine yönelik koruma önleme programları yaparsak daha iyi olacak. Yoksa şuraya astık “Maddeye karşı el ele verelim.” madde dedik gene dikkat ediyor musunuz; her bir şeyde bu çok özendirici bir şey, madde inanılmaz özendirici bir şey. Benim kızım Hollanda’ya gitti bir spor yarışmasına, orada işte biliyorsunuz belli yerlerde satılıyor bunlar ve kullanılıyor, dönüşünde “Anne sen bu kadar anlatmasaydın kesin orada içebilirdik.” dedik, bana bunu söyledi benim kızım döndüğünde. Büyük kızımın zamanında polisler gidip anlatıyorlardı okullarda, “Anne polis geldi anlattı, maddeleri de gösterdi; vallahi nerede satıldığını bile söyledi, şeytan git şuradan bir al, bir bak tadı nedir?” dedi. Bir bakmayla başlıyor zaten her şey. Onun için bizim, bunlar yerine... Müfredatımıza koyabiliriz, zararlarını diğer sağlığa zararlı maddeler gibi anlatabiliriz, çocuklarımızı eğitirken yaşam becerileri çok olacak şekilde yetiştirebiliriz.

Siirt’e gitmiştim, oranın Tillo bölgesi esrar kullanımının çok olduğu bir bölge. Ayrıca Siirt çok fakir de bir şehir. Mesela, orada “Siirt akademisi” diye bir şey kurmuşlardı, çok da güzel işliyordu çünkü orada çocuklar dershaneye gidemiyorlardı, çocuklar geliyorlar orada matematik öğretmeni geliyor bir şey veriyor, doktor geliyor bir şey anlatıyor, mühendis geliyor bir şey anlatıyor, aynı zamanda bir kütüphane kurmuşlar bilgisayarı öğretiyorlar ve kütüphaneden yarım saat kitap okuyana o bilgisayarı iki saat kullanma hakkı veriyorlar. Sportif faaliyetleri vardı. Diyanetten de görevli istemişler, Diyanet “Bizim görevlimiz yok size temizlik görevlisi verelim.” demiş, gerçi o da uymuş yani temizlik çok önemli bizim için. Öyle bir yerd. Polislerle, mühendislerle, doktorla çocuklar sarmaş dolaştı gitmiyordu oradan. Oranın güvenliğini kamerayla yapmışlar, kameraların sorumluluğunu da, 5-6 tane hırsız çocuk varmış onlara vermişler gayet güzel koruyorlardı. Müzik vardı, sanat vardı, işte kitap vardı, ders vardı ve anneler geliyorlar yemek pişiriyorlar orada, çalışanlar yiyordu. Bir de sanırım oranın bir çimento fabrikası var, onlar da üstlenmişler oranın giderini, sürekli pişen bir çorbalı vardı, çocuklarla gelip çorba da içiyorlar, karınlarını da doyuruyorlardı. Bu, o bölgede yapılmış bir önleme koruma yöntemiymiş, her şeyden korur ve önler. Yani, tek, madde olarak düşünmeyin bunu, yaşam biçimi diye düşünün.

BAŞKAN – Profesör Doktor Zehra Arıkan Hocamıza çok teşekkür ediyorum bu güzel sunumları için.

PROF. DR. ZEHRA ARIKAN – Ben de teşekkür ederim.

BAŞKAN – Şimdi de Doçent Doktor Cüneyt Evren, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM biriminden.

Cüneyt Hocam, siz de hoş geldiniz.

4.- Doç. Dr. Cüneyt Evren’in, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM biriminde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin yürütülen faaliyetler hakkında sunumu

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Hoş bulduk efendim.

BAŞKAN – Bu arada Cüneyt Hocamızın da doğum günümüzü, doğum günü vesilesiyle de kendisine hayırlı, bereketli, uzun, sağlık içerisinde ömürler diliyoruz.

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Amin, çok teşekkür ederim.

Sayın Başkanım, değerli vekiller; doğum günümde buraya davet ettiğiniz için teşekkür ederim.

Ben uzun süreden beri bu klinikte görev yapıyorum, Yirmi iki seneyi geçmiş aslında baktığım zaman. Ülkemizdeki en eski klinik, 1983 yılında Yıldırım Aktuna tarafından kurulan bir klinik. Aslında en önemli şey burada, Yıldırım Aktuna ileri görüşlü bir insanmış, o zamana kadar da bağımlılar tedavi ediliyordu ama genel psikiyatri hastalarıyla beraber aynı ortamda tedavi edilirken gerçekten ayrı klinikte, gönüllülük esasına göre tedavilerine başlama fırsatı vermiş.

Demin de konuştuk, Zehra Hocam da bahsetti, önemli bir şey bence, bütün problemlerin altında öyle veya böyle yatan şey bu hastalara karşı olan ön yargı, onların damgalanmaları ve stigmatize edilmeleri. Bu nedenle biliyoruz, hakikaten psikiyatristler arasında en az çalışılmak istenen alan bağımlılık alanı baktığımız zaman, bu alanda çalışan insan sayısı çok az ve gönüllülük esasıyla çalışılması çok önemli. O dönemde Yıldırım Aktuna hakikaten çalıştıracak klinik şefi bulmakta zorlanmış ve “Göreceksiniz ülkemizde en önemli problemlerden biri olacak bağımlılık.” diye ikna etmeye çalışıyormuş.

Büyük bir klinik, hem eski hem de ülkemizdeki en büyük klinik. 4 kattan oluşuyor, üstteki 3 kat 24’er yataklı, en üstteki iki tanesi madde bağımlılığı tedavisi, onun altındaki alkol bağımlılığı tedavisi, en altta da özellikle “bakım” dediğimiz daha çok alkol ve bazen de benzodiazepin türevi bağımlılıkların tedavi edildiği, öncelikle bir yakın gözlem altında bulundurulduğu klinik var. Toplam 84 yataktan oluşuyor klinik. Bu binada yine -burada görülüyor ama- 4 tane de madde polikliniğimiz söz konusu.

Yatışlara bakarsak yıllara göre, aslında kabaca alkolde bir denge var yani yıllık 500 gibi bir rakamdan bahsediyoruz, maddede yatan hasta sayısında bir artış söz konusu binlere ulaşmış durumda yani 500 alkol, bin madde gibi, yıllık da yatak kapasitesine göre 1.500 gibi yatış söz konusu oluyor son dönemde.

Personel sayımız oldukça iyi baktığımız zaman diğer kliniklere göre ama tabii bu değişebiliyor örneğin iki gün önce bir psikiyatristim zaten emeklilik dilekçesini vermişti, bir diğeri de hastanenin başka bir bölümünde ihtiyaç olduğu için -umarım geçicidir- alındı. Yani sonuçta, tabii AMATEM’lerin bulunduğu hastanelerin koşullarına göre çalışanların sayılarında da değişiklikler oluyor. Hastanın bize başvurması yeterli; bu, yıllardır böyle. Son dönemde MHRS sistemine de dâhil ettik, yani Merkezi Hekim Randevu Sistemine de dâhil ettik, bir yıl olmadı daha henüz, oradan da randevuyla alıyoruz ama randevuları muayene ediyoruz fakat yine de her başvurana o gün başvurduysa mutlaka muayene ediyoruz ve tedavisine en azından ayaktan başlayabiliyoruz. Bu önemli çünkü bağımlı hastalarımızın motivasyonu olduğu zaman onları kaybetmemek lazım, tedaviye bir şekilde sokmak, onları tedavinin içine tutmaya çalışmak gerekiyor. Onlardan istediğimiz şey madde etkisinde olmamaları, entoksikasyon durumunda olmamaları çünkü bize kendi bırakma isteklerini dile getirecekler; dolayısıyla bilinçleri yerindeyken, kendilerindeyken bunu ifade etmeleri gerekiyor; onlardan başka bir şey istemiyoruz aslında.

Bu, madde polikliniğinin görüntüleri. Kayıtlar var hastalarla ilgili; dolayısıyla her geldiklerinde daha önceki kayıtları izlenerek, oradaki notlar takip edilerek hasta hakkında bilgi sahibi olunabiliyor eğer poliklinikteki çalışan arkadaş değiştiyse.

Polikliniğe gelen, başvuran hastalarımızı önce muayene ediyoruz hem tıbbi hem de psikiyatrik muayenesini yapıyoruz; örneğin, bir alkol bağımlısında diyelim karaciğerle ilgili bir şey olabilir, buna yönelik bizim baş edemeyeceğimiz bir sorun varsa yönlendiriyoruz. Madde hastalarında; örneğin, enjeksiyon yapanlarda bazen apseler oluşabiliyor, enfeksiyonlar oluşabiliyor, birçok farklı tıbbi şeyler olabiliyor, bunları ayırt etmek gerekiyor. Bizim baş edebileceğimiz düzeydeyse yatışını yapıyoruz, takibini ve konsültasyonlarını sonra yaptırabiliyoruz ama baş edemeyeceğimiz düzeydeyse öncesinde o konsültasyonları yapıyoruz.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

Yine psikiyatrik tanılar, eş tanılar çok yüksek oranlarda görülüyor bağımlılarda, özellikle depresyon. Bunun dışında, maddenin yol açtığı birçok psikotik tablolar da ortaya çıkabiliyor. Bunların da başta ayırt edilmesi özellikle gerekiyor.

Bunun dışında iki tane temel, ayaktan ve yatarak tedavi şeklimiz var. Aslında tüm dünyada bağımlılığın temel tedavi şekli ayaktan, eğer yatış için gerekli bir endikasyon yoksa. Tabii, Zehra Hocam bahsetti, sosyal endikasyon olabilir, hani bulunduğu ortamdan uzaklaştırmak, evet belli ölçüde ama taburcu olduğunda da yine aynı ortama dönecekse bunun bir anlamı yok tabii ki. Yani o sırada o ortamın da değişiyor olması lazım. Bunun da altını çizmek isterim.

Ayaktan da yatarak da eğer ihtiyacı varsa, iki temel aşama diyebiliriz. Başta “arındırma” dediğimiz yani yoksunluk belirtilerinde mücadele, daha çok belki ilaç ağırlıklı tedavi, daha sonra da psikososyal tedavilerin ağırlıklı olduğu ama yine de ilaç tedavilerinin de söz konusu olabileceği dönem. Her ikisinde de ayaktan da yatarak da aynı şekilde tedavi söz konusu.

Ayaktan tedavi eğer tercih edildiyse, arındırma sonrasında hastalara ayaktan terapi programımız var. Alkol için ayrı, madde hastaları için ayrı, bir de eroin “opioid” kullanan hastalar için bir tedavi şeklimiz var “buprenorfin-nalokson” kombinasyonu “suboxone” isminde. Onun da grupları, ayaktan terapi programları ayrı.

Bunun dışında, yatarak tedavi acil... Aslında alkol ve “benzodiazepin”ler dışında maddenin acil tıbbi endikasyonu yok, yatış endikasyonu yok. Bir tek alkolde “delirium tremens” dediğimiz bir tabloya girme ihtimali var kişinin, ölüme sonuçlanabilir. Onun dışında, diğer tüm maddelerde yoksunluk, evet, sıkıntı verici oluyor hastalara ama aslında, temelde baktığımız zaman tıbbi aciliyeti yok. Yine de duruma göre acil yatış yapılabiliyor ya da randevu sistemine göre hastalara yatış randevusu veriliyor. Yatarak tedavi sonlandıktan sonra da yine tüm hastalara -her kat ayrı ayrı, B1, B2, B3 katları ayrı ayrı- ayaktan terapi programı öneriyoruz. Hastalara en az bir yıl bu programa katılmalarını öneriyoruz. Çünkü bu süreç onların davranış değişikliğini geliştirmeleri için gerekli olan bir süreç aslında.

4 poliklinik madde dışında, hemen karşı binada lokalize olan alkol ve sigara poliklinikleri var, 2 alkol, 1 sigara. Onlardan çok bahsetmeyeceğim.

Daha sonra “opioid idame tedavisi” yani eroin kullanan hastaların ayaktan takip edildiği ve “buprenorfin” ilacının kullanıldığı, uzun süreli, hastanın ihtiyacı olduğu sürede kullanılan bir tedavi. Bunun polikliniği ve denetimi servisi polikliniğimiz ayrı, hastanemizin iç bahçesi dediğimiz ayrı bir bölümde. Bir de aslında hiç yok deniyor ama bizim yıllardır, yirmi beş yıldır süregiden bir rehabilitasyon programımız var -hastanemizin hemen yanında, ayrı, ufak bir bina- Bağevi Rehabilitasyon Programı’mız. 10 kişiye kadar kapasitemiz var. Aslında hiçbir destek yok baktığımız zaman. Öğle yemeği bile bir şekilde hastaneyle anlaşarak, konuşarak ayarlanıyor hastalar için. Kendi imkânlarıyla gelip gidiyorlar. Nasıl? Ondan bahsedeceğim. Mesaiye gelir gibi pazartesiden cumaya kadar bizimle geliyorlar, mesainin sonunda onlar da ayrılıyorlar. Bu sırada klinikteki terapilerine, terapistleriyle görüşmelerine devam ediyorlar. Bir yandan ayaktan tedavi programı devam ediyor ama bir yandan da bağevindeki programa da katılıyorlar.

“Opioid idame” tedavisinden bahsettim. “Buprenorfin-nalokson” kombinasyonu ülkemizde de 2010 yılından beri kullanılıyor. Bunun için ayrı bir yere taşıdık ve ayrı bir yerde takip ediyoruz o hastaları. Raporlarının ve reçetelerinin yazılması söz konusu oluyor. Son altı aydır biz de uygulamaya başladık, “naltrexone” uzun cilt altı formu var, bellek dediğimiz. Hastalar “çip” olarak adlandırıyorlar bu tedaviyi. Volkan Hoca bundan bahsedecek diye biliyorum dolayısıyla ayrıntısından çok bahsetmeyeceğim. Bu da arındırdıktan sonra ya da “suboxone” tedavisini, uzun süre idame tedavisini kestikten sonra kullanmaya başlattığımız bir tedavi yöntemi.

Poliklinik sayılarına baktığımız zaman, aslında ilk başvurularda da genel bir artış var senelere göre. Bunların hepsini topladığımız zaman madde başvurularında artış söz konusu. Tabii bu tekrar artışlar da dâhilinde. Yani bu demek değildir ki sayı artıyor. Büyük bir ihtimalle, bunların bir kısmı da zaten kontrol altında ve polikliniğe kontrol için düzenli gelen, tedavisini yazdıran hastalarımız.

Tedavi başarısında aslında burada -bana göre, en çok değerlendirebileceğimiz- en önemli şeylerden biri ayaktan terapi programına katılım. Burada madde ve alkol için ayrı yazdık. En son, 2017 senesi için örneğin maddede katılım 200 kadar, yeni, ilk kez terapiye katılmış; diğer 2.344 rakamı terapiye kayıt yaptıran ilk terapiler dışındaki sayılar. Benzer sayılar da 121 ilk terapi ve 1.315 de alkol kullanım bozukluğu olan hastalar için geçerli.

Hastalar gelmediği takdirde aslında bunlar kullanmaya başladı anlamına gelmiyor. Bize gelmiyor olabilirler fakat yine de alkolden ya da maddeden uzak kalmış olabilirler. Bunu aşmanın tek yolu tabii telefonla o kişilere ulaşmaya çalışmak. Bu çalışmayı yapmıştık, alkol bağımlılarında -altı ay için de yapmıştık- bir senenin sonunda baktığımız zaman 156 kişiyi tedaviden sonra takip etmişiz, bir senenin sonunda tekrar görüşüp tekrar görebildiğimiz 102 kişi olmuş. Bunların da yüzde 62'si tekrar alkol kullanmaya başlamış görülüyor. Bu rakam aslında, baktığımız zaman, dünyadaki orana göre de iyi bir oran, yüksek bir oran diyebilirim.

Bu da “opioid” bağımlılarını takip ettiğimiz bir çalışma, altı ay süreyle takip ettiğimiz bir çalışma. Daha yüksek rakamlara ulaşmaya çalıştık. 392 kişiyi takip etmişiz. Hastalar için taburculuk sonrasında ilk üç ay, özellikle de ilk ay tekrar madde kullanma için çok riskli. Çünkü birçok problem onları bekliyor, henüz halledemedikleri, işte demin dediğim gibi, gene aynı ortamlarına geri dönme ihtimalleri var. Burada da neredeyse yarısı idame tedavisine devam etmiş ancak geri kalan devam etmemiş. Devam etmemesi demek, madde kullanmaya başladı anlamına gelmiyor ama o kısmı bilemiyoruz diyebilirim. Burada altı ay olduğunda oran yani idame tedavisi altında kalanların oranını da yüzde 26,8 olarak saptamışız. Yine aynı şeyi söyleyeceğim, bu oranlarda üstelik biz çok daha katı kriterler koyarak değerlendirmemize rağmen, yurt dışındaki çalışmalarda hastaların sadece tedavide kalması yeterli yani madde kullanması, eroin kullanması önemli, önemli olan hastaları tedavide tutmak. Ki şimdi baktığımız zaman geçmişe -bu daha önceki bir çalışma- ben de buna katılıyorum, oranlar ortalamanın üzerindeki oranlar diyebilirim.

Bu, özellikle bakım, izlem servisimiz; 6 tane yoğun bakım özellikleri taşıyan bir klinik, 6 tane de 2'şer yataktan oluşan 3 oda, müşahade odası söz konusu. Daha çok, dediğim gibi, alkol ama bazen madde hastalarını da buraya yatırabiliyoruz özellikli durumlar olduğu takdirde, burada gözlem altında tutmamız gerektiği takdirde.

Diğer üç kat aslında benzer özelliklere sahip, B1, B2, B3. Burada ortam tedavisi, kurallar söz konusu, kurallarla tanışıyor hastalar ki yaşamlarında kurallar yok, tekrar burada saat ve zamana uymak durumundalar. Kendilerine bakıyorlar, öz bakımlarına özen göstermeleri gerekiyor, kendi yaşadıkları ortamlardan sorumlular ve birlikte hareket ediyorlar, birlikte karar alma durumları söz konusu.

Tüm bu servislerde her sabah yarım saatlik “günaydın” toplantıları yapılıyor. Bu günaydın toplantıları daha ağırlıklı servis içinde yaşanan, kendi aralarında yaşadıkları sıkıntılar, aksaklıklar vesaire olmak üzere yine de tedavilerinden de konuşulabiliyor. Yani politika konuşulmuyor, fiziksel ya da ruhsal sıkıntıları konuşulmuyor çünkü o vizitelerde konuşuluyor. Her gün uzman mutlaka her katta vizite yapıyor hastalara.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

Öğleden sonraları bilinçlendirme oturumları başlıyor. Aslında toplam 16 bilinçlendirme oturumu söz konusu, 6 tane kadari serviste yatarken uygulanıyor, daha sonrası taburculuk sonrası yine tamamlanıyor, ardından da grup terapilerine dönüştürülüyor bu toplantılar. Dedğim gibi, ayaktan terapi süresi, en az bir sene gelmelerini öneriyoruz.

Aile bilinçlendirme toplantılarımız var. Bu, çok önemli bence. Şimdi ailelerin de kafalarında birçok soru var. Biz hastalara da söylüyoruz. Yani bir masa, bir sandalye gibi aslında tedavinin üç ayağı var; kendileri, biz -bir tedavi merkezi- ve onlara destek olacak olan kişiler, aileleri, çevreleri. Dolayısıyla ailelerin iyi niyetle iyi bir şey yaptıklarını sanarak bazen yaptıkları şeyler aslında hastaları tekrar madde kullanmaya sürüklüyor. Dolayısıyla bu anlamda hastaların bilinçlendirilmesi, nasıl hastalar bu tedavi süresinde nasıl bir hastalıkları olduğunu öğreniyorlar, bağımlılığın nasıl bir hastalık olduğunu, yaşam boyu süren, kronik ama ayık kalmanın mümkün olduğu bir hastalık olduğunu, demin Zehra Hoca'nın da anlattığı gibi, ailelerin de bunu bilmesi gerekiyor. Bazı şeylerin onların iradesinin dışında, iradeyle alakası olmadığını ve beyinde aslında yapısal veya işlevsel değişiklikler olduğunu, hastanın da aslında bunlarla mücadele ettiğini biliyor olması gerekiyor. Her hafta mutlaka yapılıyor, 2 tane toplantıya katılmalarını istiyoruz ailelerin. Bir sınırlama getirmiyoruz, ona destek olan herkes buna, bu toplantıya katılabilir çevresinde, komşusu ona destekse komşusu da katılabilir.

Kendine yardım gruplarından biz de destek alıyoruz. Bir hafta Narkotik Anonim, bir hafta da Adsız Alkolikler geliyor kliniğe, hastalarla toplantı düzenliyorlar. Bizde de “ex-user” dediğimiz eski madde kullanıcıları spor hocası olarak çalışıyor, onlar da onlarla beraber katılıyorlar. Bir tedavi yönteminin, demin Zehra Hoca'nın bahsettiği gibi, böyle bir imkânın da olduğunu, böyle bir tedavi yönteminin de olduğunu onlara göstermek için çünkü bazılarına hakikaten o tedavi daha uygun gelebiliyor. Bazı hastalar hem bize gelmeye devam ediyor hem onlara devam edebiliyor. Son 2 grup gelen mesela Adsız Narkotiklerdeki kişilerden benimle görüşmeye gelenlere baktığımızda aslında bizim tedavi ettiğimiz “Suboxone” idame tedavisi altında, o kesildikten sonra bir yandan da bu kendine yardım gruplarına katılan hastalarımız.

Bir tenis kortumuz var hemen binamızın yanında. Burada daha çok voleybol oynuyorlar uygunsa şartlar. Hastanemiz yeşillikler içinde çok güzel bir hastane, günde 2 kez yürüyüşe çıkıyor her kat ayrı ayrı. Her kat, o 3 kat birbiriyle temas etmiyor yani birbiriyle görüşmüyorlar, bağlantı kurmuyorlar. Bağ evine gittikleri zaman örneğin ayrı ortadaki grup olmuyor, yürüyüşte de yine birbirlerine denk gelmiyorlar, saatlerini, zamanlarını hep ona göre ayarlamış durumdayız.

Ayaktan terapi programı çok önemli. Bu demin gösterdiğim çalışmalarda başarıyı belirleyen en önemli etkenin aslında bu ayaktan terapi programına katılmanın olduğunu gördük. Hastalar da bunu fark ediyorlar zaten. Yani eğer başlarsa sonra ondan faydalanacaklarını anlıyorlar, onlara iyi geldiğini anlıyorlar ve devam ediyorlar genellikle bir sene boyunca en az ama yıllardır, beş senedir, on senedir takip eden hastalarımız da söz konusu. Çeşitli yöntemler uygulanıyor bu grup terapi şeklinde yapılan ayaktan terapi programlarında. Bilinçlendirme olarak başlıyor ve sonra psikodramanın da uygulandığı etkileşim grupları şeklinde dönüyor.

Doğum günleri kutlanıyor. Yeniden doğmak yani ayık olarak her sene kutluyorlar, her biri grup içinde kutlamalar yapıyorlar yeni yaşlarını.

Evet, bağ evinden biraz bahsetmek istiyorum. Örneğin, işte, eski kullanıcı “ex-user” dediğimiz 2 kişinin resmi var, biri emekli oldu, yerine başka birisi çalışıyor şimdi. Bizim hastanemizde, kliniğimizde tedavi gören ama yine yirmi küsur senedir bizimle beraber çalışmış olan kişiler. Onların varlığı çok önemli oluyor çünkü hastaların da önünde başarmış, ayık kalan kişiler var. Onların söylediği belki yeri geliyor, bizim söylediğimizden çok daha önemli oluyor hastalar için. Bağ evinden görüntüler, bağ

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

evinin içinden... İçine kendileri bakmak durumundalar, her türlü ihtiyaçlarını kendileri karşılıyorlar. Onlarda da sabah günaydın toplantıları oluyor her gün yarım saat. Dedğim gibi, kendi terapi gruplarına katılmaya devam ediyorlar.

Tabii, bu bağ evi programı aslında topluma uzak kalan, iletişimleri de bozulan hastaların tekrar ilişki kurlmaları, sosyal yaşama tekrar adapte olmaları için önemli. Buradan da çok faydalandığını düşünüyoruz hastaların, olumlu geri dönüşler oluyor. Zaten demin bahsettiğim “ex-user”larımız da bu süreçlerden geçen kişiler olmuştü.

Bağ evinden görüntüler yine... El işi uğraşları var, halı dokuma şeyi. Bahçemiz var orada, çeşitli sebzeler yetiştirebiliyorlar. 2 tane köpeğimiz var, tamamen bakımları onlara ait her şeyiyle. Sabahtan akşama kadar orada... Belediyeden meslek edinmeyle ilgili kurslara yönlendirebiliyoruz buradan. En temel şey zaten aslında bu programın sonunda bir meslek, bir iş edinmelerini sağlamak. Çünkü bütün bu rehabilitasyon da dâhil, sonra arkasından yine bu iş edinmeleri sağlanamazsa aslında yine bir şeyler eksik kalmış olacak.

Son olarak, denetimli serbestlik programı. Bu da 2006’da başladı aslında. Bir dönem çok yoğunlaştı ama şimdi giderek azalıyor, hani tedavi kararı daha az çıkıyor gibi görünüyor son senelerde. Bir de belki sentetik maddelerin kullanımıyla da... Çünkü onların da saptanması, hastalar üzerinde yakalanması çok kolay değil bildiğim kadarıyla, belki de bu nedenle bir azalma söz konusu. Ama bir dönem çok yoğun hasta -hasta demeyeyim, bir kısmı hasta bir kısmı değil ama- takip ettik.

Her yıl Bağımlılık Dayanışma Günü kutluyoruz. Burada hastalarımız yani remisyonda olan, alkollü maddeyi bırakmış olan hastalarımız ve onların yakınları konuşmalar yapıyorlar ve daha tedavilerinin başındaki hastalar da bunları izliyorlar. Yine, demin söylediğim gibi, bu da önemli çünkü başarıları görüyorlar, onları dinliyorlar, başarı öykülerini dinliyorlar. Aileler de dinliyor çünkü onlar da herkes sadece kendinin başına gelmiş gibi sıkıntı içinde; daha önce başına gelip de nasıl baş etmiş diğerleri, bunu öğrenme fırsatı buluyorlar. Bununla ilgili bir kitap da yayımladık; hasta hikâyelerinden oluşan, bağımlılık sürecini ve tedavi sürecini anlatan bir kitap yayımladık.

Halka yönelik toplantılar düzenliyoruz zaman zaman, bazen velilere yönelik de toplantılar yapıyoruz. AMATEM’de çalışacak hekimlere, psikologlara ya da yine böyle merkezlerde, işte, belediyelerin açtığı merkezlerde çalışacak olan psikolog, sağlık memuru arkadaşlara da staj imkânı sağlanıyor.

Çok merkezli kılavuzlar oluşturduk diğer AMATEM’lerle de ortak bazı şeylerin standardizasyonunu sağlayabilmek amacıyla diyorum ve beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Sizlerden soru alırsam...

BAŞKAN – Evet, Cüneyt Hoca’mıza çok teşekkür ediyorum. Gerçekten önemli bir konu ve somut bazı sunumlar da gösterdiler.

Milletvekili arkadaşlarımızdan sorusu olanlar var mı?

Hocam, şimdi ben şöyle sorayım: 2009 yılında 5.712’yken 2017 yılında 26.511 madde bağımlısı tespit edilmiş. Mesela, bundan bir on beş, yirmi sene önce elimizde bazı tıbbi tedavi ve teşhis imkânları kısıtlıydı, işte tomografiler, MR’ler, sintigrafiler, PET’ler yoktu. Bir onkolog olarak söylüyorum, hani kanser tanısında, o zamanla bugünü kıyasladığımızda sanki kanserde de bir artış varmış gibi. Yani mesela, 2009’da 5.712 tane bağımlısı var, 2010’da 6 bin ama 2017’ye geldiğimizde 26 bin. Yani, çok dramatik bir artış var. bunu neye bağlıyorsunuz?

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Şimdi, şöyle Hocam, birkaç sebep var aklıma gelen, benim düşündüğüm. Bir tanesi sizin dediğiniz gibi, aslında, hani değişen tedaviyle ilgili. Örneğin, eroin bağımlıları için özellikle hani demin bahsettiğim Buprenorfin/nalokson kombinasyonu, suboxone o da 2010 senesinde çıktı ama 2011’de hatta 2012’nin başında biz ayaktan polikliniğini açtık, daha düzenli kullanabilmeye başladık. Baktığınız zaman, daha önce ne yapıyorduk tedavide bu hastaları? Yani tıbbi aciliyeti yok ama çok ciddi şiddetli yoksunluk yaşıyorlar çok ağır bir grip gibi, tolere etmeleri çok zor hastaların. Bizim de tedavimiz belirtilere yönelikti yani semptomatik tedavi dediğimiz belirtilere yönelik tedavi yapıyorduk. Bulantısına yönelik bulantı giderici ilaç veriyorduk, ağrısına yönelik ağrı kesici veriyorduk, işte uykusunu gidermesi için bazı ilaçlar veriyorduk vesaire. Aslında hâlen tabii bize ulaşmayan yani ne yaparsanız yapın tedaviyi istemeyen, tedaviye ulaşmak istemeyen bir kesim var; bu buzdağının görünmeyen bir kısmı. Biz mesela bu ilaç geldiği zaman o buzdağının bir kısmını da görebildik diye düşünüyorum. Çünkü, bu tedaviden sonra arındırma ya da idame için kullanılabilir her ikisi de. Çok daha rahat, uyumunu, hastanın sağlayabileceği bir tedavi yöntemi oldu. Dolayısıyla, bize daha önce hiç tedavi olmaya gelmemiş, bize hiç başvurmamış birçok hasta başvurdu. Zaten ayaktan polikliniği özellikle açmamızın sebebi de bu oldu. Önce dedik ki: Sadece yatan hastalara bu ilacı başlayalım, gözümüzün önünde hani kontrol edelim vesaire. Sonra baktık ki yatış randevuları uzadı çünkü birçok hasta yatarak tedavi olmak ve bu ilacı yazdırmak istiyor. Daha sonra da zaten hani bu ilacın da temel mantığının ayaktan olabileceğini bildiğimiz için polikliniğini açtık. Mesela, yeni bir ilaç ortaya... Veya şimdi yine cilt altı bu Naltrekson pellet kullanmaya başlıyor olmamız... Birçok özel kliniklerde aslında yasal olmayan şekilde bu tedavi uygulanıyordu, fahiş fiyatlara uygulanıyordu, uygun da kullanılmıyordu.

BAŞKAN – SGK ödemesi...

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Şöyle söyleyeyim size: Hâlen de öyle, duyuyoruz. Örneğin, başka bir maddeyi kullanan, hastaya da bunu takabiliyorlar, diyelim sentetik kannabinoid kullanan, işte halk arasında “bonzai” denilen, isimlendirilen maddeyi kullanan hastaya da bu kullanılıyor, hâlbuki hiçbir etkisi yok orada. Sadece opiyat bağımlılarında yani eroin bağımlılarında ve alkol bağımlılarında kullanılabilecek bir tedaviyken başka maddeler için bile takılabiliyor, yüksek fiyatlara bu uygulandı. Şimdi, devlet bunu İlaç Eczacılıktan getiriyor ve karşılıyor. Yine, buna bu taleple yani bunu taktırmak için bize başvurular, örneğin, şimdi bir kesimden bunu hani bir... Hiçbir tedavi tabii mucizevi değil. Demin Zehra Hocam da bahsetti, ilaç tedavilerini özellikle tek başına zaten değerlendirmemek gerekiyor. En altını çizmek istediğim ayaktan terapi programımız, danışmanlığı mutlaka vermemiz gerekiyor. Hangi ilacı kullanırsanız kullanın, mutlaka destek psikososyal tedaviyle beraber olmalı, sonrasında rehabilitasyon gibi daha ayrıntılı bir program olsun olmasın, mutlaka ilaçla beraber aslında yine de psikososyal tedavilerin uygulanması gerekiyor.

Gene bahsettik örneğin, şeyden kaynaklanıyor olabilir, bir dönem bu sentetik maddelerin kullanımının artması, birden furya ve ardından da ölümler... Yani çok kolay bir bağlantısını değiştirerek maddenin yeni bir madde ortaya çıkarabiliyorlar; çok kolay hazırlanabiliyor, toz hâlindekini çözelttikten sonra spreyle herhangi bir otun üzerine, sigaranın üzerine bile, tütünün üzerine bile sıkarak bunu kullanabiliyorlar.

BAŞKAN – Bu 26 bin yeni vaka değil mi Hocam?

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – 26 bin içinde şey de var Hocam, suboxone polikliniğini de dâhil, suboxone da takip ettiğimiz, ayaktan idame tedavisi de dâhil buna, maddeye.

BAŞKAN – Teşekkür ediyorum.

Sayın Yurdakul...

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Çok teşekkür ederim.

Bu konunun uzmanı olduğunuz da belli. Ben ilk defa bu kadar donanımlı bir AMATEM gördüm, veyahut da bilmiyordum. Yani AMATEM deyince sanki sadece ilaç arındırma tedavisi yapılıyor o kadar ama sizinki bayağı donanımlı. Yani, ilaç tedavisinden sonra da bir yıllık takip yapıyorsunuz, rehabilitasyon uyguluyorsunuz, hakikaten büyük bir şey ama eğitim ve araştırma hastanesi içerisinde?

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Evet.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Değil mi, herhâlde onun da büyük bir katkısı var. Yoksa sadece bir AMATEM birimi olarak değil gibi geliyor. O yüzden tebrik ederim, çalışmanızda başarılar dilerim. Başarılı olduğu da açık, inşallah bunun sayıları böyle artar, sizin gibi gönüllüler de artar.

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Teşekkür ederim.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Benim sorum şu Hocam, madem bu konunun uzmanısınız. Biraz önce Zehra Hanım: “Ya, biz yüzde 2,7’yle falan uğraşıyoruz. Bunun yerine koruma ve önlemeyi öne alsak daha da iyi olur.” dedi. Şimdi koruma ve önleme konusunda siz ne düşünüyorsunuz? Ne yapılmalı mesela, nasıl bir plan program öneriyorsunuz bize, Komisyona? Biz de Komisyon olarak bunu ilgili makamlara ileterek kanun olarak çıkaralım? Ne istiyorsunuz yani bizden?

Teşekkür ederim.

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Teşekkür ederim.

Yani, aslında, tabii, koruma, önlemeyi genellikle biz de yapmaya çalışıyoruz. Aslında bir yandan tedavi ederek de koruma, önleme yapıyoruz. Çünkü, kullanmaya devam eden her hastamız yeni olguların oluşmasına neden oluyor kullanmaya devam ettiği sürece. Fakat, hani onun öncesinde önlemeye yönelik neler yapılabilir, bu benim çok alanım değil, size hani çok da net bir şeyler söylemek mümkün değil. Ama, birinci önlemeden ziyade yani herkese bir şeyler yapmak vesaire gibi... Aslında, en temel eksik bence riskli grupları belirlemek. Ama, riskli grupları belirlemek için de çalışma yapmak mümkün olmuyor. Yani örneğin, Milli Eğitim Bakanlığı bir çalışma yapmaya gönüllü olmuyor, yıllardır bu böyle, yeni de değil, çok eskiden beri olan bir şey. Sorunu farklı nedenlere bağlayabiliriz ama asıl oradaki benim düşüncem kullanım oranlarını bulmak, saptamaktan ziyade -tabii ki bu da önemli- ama bu çocukların, gençlerin, ergenlerin hangi özelliklere sahip olduğunu görmek, diğer özelliklerini fark etmek ki bu riskli grupları belirleyip o riskli gruplara ve onların ailelerine yönelmek benim için en uygun yöntem gibi geliyor.

Yeşilayın bilim komisyonundayım ben ayrıca, orada da biliyorum bütün çalışmalarını vesaire onlar da en azından okullardaki o bilgilendirmeyle, broşürlerle vesaire eğitimle ilgili bir standardizasyon getirdiler diye düşünüyorum, bu da önemli. Çünkü, daha öncesinde daha da korkunç Zehra Hocanın da dediği gibi, yani narkotik gidip okullarda eğitim veriyordu, bilgilendirme toplantısı yapıyordu. Bir laf vardır: Porselen dükkânındaki boğa denir. Yani hakikaten, bu hiç akıl almaz bir şey.

Teknoloji de ilerledi, artık kimseyi kandıramazsınız Zehra Abla’nın dediği gibi, yaklaşma şekliniz “Bu kötüdür.” diye olamaz artık. Zaten internette herkes her şeyi biliyor, ulaşıyor. Gençlerden bazı şeyleri öğreniyoruz, onlara soruyorum. Örneğin, şimdi teknoloji bağımlılığıyla ilgili çalışmalar yapmaya çalışıyorum ama bir yandan da oğluma ya da daha gençlere, onlara soruyorum çünkü onlardan bilgi alıyorum, onlar bize öğretiyorlar birçok şeyi. Yani bu şeyin bir standardizasyonunun getirilmesi gerekiyor öncelikle. Çünkü yanlış şey yapmak daha kötü hiçbir şey yapmamaktan, zarar vermemek de gerekiyor diye düşünüyorum.

BAŞKAN – Teşekkür ediyoruz.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

Sayın Emir...

MURAT EMİR (Ankara) – Ben biraz geç katıldım, kaçırdıysam affedersiniz.

Sizin kliniğinize veya Türkiye genelinde polikliniğe başvuruların yatış verildiği zaman bekleme oranı, bekleme gün sayısı var mıdır? Ne durumda?

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Var. Alkol için yok diyebilirim yani birkaç gün gibi, madde için iki hafta, üç hafta gibi bir süre alıyor. Ama bu süre zarfında, evet, başta şunun özellikle altını çizdim, gelen her hastayı yani MHRS sisteminden de başvurduysa alıyoruz, ona yeni başladık. Bunun için çok mücadele de verdik o sisteme girmeyelim diye çünkü hastalar randevu alırlarsa randevularına gelmezler, zaten unuturlar ama tedavi olmaya karar verdikleri an gelsinler, bizden yardım istesinler diye özellikle o sistemi korumaya çalışıyoruz. Yani hem MHRS’den gelenlere de bakıyoruz ama o gün bize kim başvurduysa, polikliniği son hastayı görmeden kapatmıyoruz ve mutlaka onu görüyoruz, dolayısıyla tedavisine başlıyoruz.

Yine, en başta söyledim, ayaktan tedavi aslında bağımlılığın tedavisi temelde fakat ülkemizde birçok sebep var ama aileler daha çok -hastalar da belki ama- yatarak tedavi olacağına inanıyorlar. Hâlbuki işte, söyledim, ayaktan da aynı ilaçları kullanacağız, ayaktan da aynı terapi programını uygulayabiliyoruz, hiç yatmadan da... Servise yattığı zaman ekstra bir tedavi yöntemi yok. Tabii, en temeli, bulunduğu ortamdan uzaklaşmak ve ortam tedavisi de önemli, artısı söz konusu. Sorunuzun cevabı, iki üç hafta gibi bir süre madde için.

Yine, telefonlarını da alıyoruz çünkü bazen hasta kendi isteğiyle yatsa da aslında aileyi ikna etmek için yatmış olabiliyor. Aynı gün içinde servise çıkıyor “Ben çıkacağım.” diyor ve taburcu olabiliyor. Ekstra taburculuklar olduğu zaman da telefonla çağırarak daha öne alınıyor yani beklemek yerine hastaların daha erken yatmasını sağlamaya çalışıyoruz.

MURAT EMİR (Ankara) – Ben araya giriyor gibi oldum ama özellikle Avrupa’daki örnekleri, işte, bu tedavi köyleri vesaireler, daha uzun ve yaşamın neredeyse bütün alanlarını içeren tedavi birimleri hakkında ne düşünüyorsunuz, kişisel düşünceniz?

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Komün terapiler -mutlaka ona da ihtiyacı olanlar olduğunu düşünüyorum ancak- bir aşama gibi yani önceki aşamaları tam yapmadıktan sonra bir sonraki aşamayı yapmanın bir anlamı olduğunu da çok düşünmüyorum. Başta yine bahsettim, insanlar, psikiyatristler bu alanda çalışmakta isteksizler, bağımlılık alanında çalışmak istemiyorlar çeşitli ön yargılarından, kaygılarından. Dolayısıyla bir AMATEM açalım ama çalıştıracak birisini bulamıyorsunuz. Fazladan performans verelim, bu sefer birbirlerine bırakmıyor hekimler ama kimse sorumluluk almıyor. Haftada bir değişen sorumlusu bir kliniğin yani böyle bir şeyin olması mümkün değil. Bu tür tedavilerde inandığım, bir ekip çalışması bu, başındaki kişiden altındaki en son personeline kadar hep beraber bir bütün olarak çalışması lazım, herkesin birbirine güvenmesi lazım, herkesin aynı mesajı vermesi gerekiyor hastalara ama o kısımlarda eksiklerimiz oluyor. Örneğin, rehabilitasyon programları açıldığı zaman -evet, işte Yeşilayın da çalışmaları var, Sağlık Bakanlığının da çalışmaları var- sonuçta nereden hasta alacaklar? AMATEM’lerden alacaklar. Demin söylendi, bu AMATEM, en eski, en büyük AMATEM kliniği. Sonradan açılan birçok AMATEM kliniklerinde de zaten önemli bir kısmı bizde yetişmiş hekimler yani bizde asistanlık yapmış, bizim asistanımız olmuş ya da bizde rotasyon yapmış hekimler var. Gittikleri yerde de AMATEM klinikleri o yüzden onlara veriliyor orada çalışsınlar diye. Dolayısıyla hani, bu anlamda insanların eğitilmesi ve uygun bir şekilde... Örneğin, ben yıllardır şu örneği veriyorum: Bağımlılıkta yetişmiş, uzman olmuş birinin mecburi hizmette yeni açılan AMATEM’e gönderin, orada çalıştırın, orayı kursun, yapılanmasını sağlasın. Belki zaten kurduğu yerde çalışmaya devam etmek isteyecektir.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

BAŞKAN – Yan dal için ne diyorsunuz?

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Yan dal olması gerektiğine katılıyorum ama zorlaştırmak anlamında değil. Çünkü bu alanda hakikaten çok az çalışan insan var, daha bir netleşmesi gerekiyor. Öbür türlü de suiistimaller de söz konusu oluyor. Yok mu? Var. İşte, bizim kliniğimizin etrafında biliyoruz, bir şey yapamıyoruz, bir hekim var, yakında bir muayenehanesi var, simsarıyla kendini AMATEM’in personeli gibi tanıtıp başka bir taraflara yönlendirmeye çalışan. Hani, bu tür şeylerle de mücadele etmek durumunda kalıyorsunuz. Kamuda kâr ettirmeyen, zarar ettiren şey, özelde kâr ettiren bir şey. Dolayısıyla işte, benim endişem ne? Mesela, özel yapsın mı? Yani denetlenabiliyorsa gerçekten... Benim ondan şüphem var yani denetlenmesiyle ilgili sıkıntım var.

BAŞKAN – Sayın Adıyaman...

MEHMET EMİN ADIYAMAN (İğdır) – Teşekkür ederim Başkanım.

Teşekkür ederim sunumunuz için.

Tam da az önce verdiğiniz cevapla bağlantılı sormak istiyorum: Özellikle AMATEM alanında falan çok fazla hekim veya psikolog, psikiyatrist çalışmak istemiyor, anladığım kadarıyla zor bir alan. Cazip hâle getirmek için, en azından bu alanda çalışmak isteyen hekimleri veya psikologları, psikiyatristleri teşvik edici anlamda ne tür bir düzenleme gerekiyor? Bir öneriniz var mı? Mesela, özlük hakları, maaş vesaire, bu, teşvik edici bir rol oynar mı?

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Tek başına oynamıyor. Öyle durumlarda da şu oluyor: Dediğim gibi, kendi istemiyor ama bu sefer orada çalışırsa performansı yüksek olacak bir arkadaşı aralarında bölüşüyorlar yani kliniği aralarında bölüşerek çalışıyorlar. Bizim, bildiğim kadarıyla, örneğin, döner sermayelerimiz açık servis olarak görüldüğümüz için -yani 84 yatak var ama- daha düşük yani aldığımız şey diğer kliniklere göre hastanede, bildiğim kadarıyla, daha düşük örneğin. Ama bu sistem böyle yürümeli, yapacak başka bir şey yok.

Daha çok bu ön yargının kaldırılması gerektiğini düşünüyorum. Ön yargının da kaldırılması -tabii tıp fakültelerinde bu anlamda eğitimin daha artırılması vesaire gibi şeyler de söz konusu olabilir ama- aslında olabildiğince... Şimdi, mesela, başladı, Çapa’dan bize rotasyonlar geliyor, başka şehirlerden, üniversitelerden asistanlarını bize rotasyona göndermeye başladılar yeni yeni, aslında bu olmalı. Yani hekimlerde o ön yargı ancak bu vakalarda çalıştıkları takdirde ortadan kalkıyor, onlarla uğraştıkları, çalıştıkları, belli zaman geçirdikleri zaman ancak bu ön yargı kalkabiliyor.

MEHMET EMİN ADIYAMAN (İğdır) – Nedir bu ön yargı? Zor mudur uğraşılması?

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Yani evet, bu zor, kronik bir hastalık sonuçta, tekrarlayabiliyor, bu yanı var. Aslında kişilerin hepsinin kişilik sorunları olduğu, ahlakı düşük insanlar olduğu düşünülüyor ve aslında ellerinde olan bir şeymiş, gibi bu bir irade meselesiymiş gibi algılanıyor toplumda, hekimler arasında da. Ama Zehra Hoca da bahsetti yani ben de demin söyledim, beyinde artık yapısal ve işlevsel bazı değişiklikler oluyor ve o istek, aşırma ömür boyu sürebiliyor. O bağımlılık geçtikten sonra kişinin ömür boyu da mücadele etmesi gerekiyor hastalığıyla. Kolay bir süreç değil oluştuktan sonra. Tabii ki çalışanlarda da tükenmişlik yaşattırır ama yine de onlar işte zarar verir... Hâlbuki şöyle baktığınız zaman -herhâlde şeylerde bahsedeceklerdir- sadece toplumdan uzak, kendi aralarında bir alt kültür gibi -yasa dışı oldukları için- yaşadıkları için bu insanlar, bazı davranış şekilleri ortaya çıkıyor. Bunlar antisosyal kişilik bozukluğu belirtileri gibi görülebiliyor. Hâlbuki baktığınız zaman, tedaviye giriyor, iki hafta, üç hafta içinde bile birçok davranış değişikliğini -tedavide kalmayı sağlarsa-

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

kişide gözleyebiliyorsunuz. İlk geldiği gün ile son gün, üç hafta sonra görüştüğünüz kişi aynı kişi olmuyor tavriyla, davranışıyla, hareketiyle. Ancak dediğim gibi, bunu görmesi gerekiyor. En azından o üç haftayı, dört haftayı o hastalarla geçirmesi gerekiyor ki ön yargı şeyleri kalsın.

BAŞKAN – Teşekkür ediyoruz.

Cüneyt Hocam, tabii, süreyi de aştık ama şimdi etrafımızda o kadar çok sigara bağımlısı var ki tanıdıklarımız, eş dost, arkadaş, milletvekili arkadaşlarımız; bu konuda öyle o kadar çarpıcı bir tedavi yöntemi söyleyin ki... Mesela elektronik sigarayla ilgili tavsiyeniz var mı? Nasıl kullanacaklar veya gerçekten tedaviyle ilgili ne önerirsiniz sigara bağımlılığında? Son soru.

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Peki.

Hocam şöyle: Bir kere, hani Zehra Ablanın söylediği şeye geri döneceğim “Hastalık yoktur, hasta vardır.” Dolayısıyla yani bir genelleme yapmam mümkün değil, herkes için aynı yöntemi önermem mümkün değil. Bu, kişinin kendi özelliklerine, kullanım dozuna, miktarına vesaireye göre değişen bir şey. Çeşitli, işte o bantlarla azaltarak sıkıntıyı geçirme var ve çeşitli ilaçlar var yine isteği azaltan, Champix, Zyban isimli ilaçlar var; işte sigara polikliniğimizde onlar da kullanılıyor ama yine orada da sigara polikliniği açtığımız zaman hemen ayaktan bir program da açtık, bilinçlendirme programı. Yine bunun nasıl bir hastalık olduğunu, nasıl mücadele edilmesi gerektiğini öğrenecekleri bir program standardı oluşturduk. Hastaların ona katılmasını istiyoruz. Tek başına ilaç hiçbir zaman bence yeterli olmayacaktır.

BAŞKAN – Elektronik sigara...

DOÇ. DR. CÜNEYT EVREN – Yani elektronik sigaranın gene bir kısım için faydalı olabileceğini düşünüyorum ama sonuçta nikotin almaya devam ediyorsunuz, aslında bağımlılık yapan maddeyi kullanmaya devam ediyorsunuz. Dolayısıyla sizin ayarlayabildiğiniz bir şey değil. Bantlarda dozu azaltarak bunu ayarlayabiliyorsunuz ama elektronik sigarada ve sakızda bunun dozunu ayarlamak çok kolay değil. Nikotini aldıkça alma ihtiyacı da devam edecek. Yani benim çok tercih ettiğim bir yöntem değil açıkçası.

BAŞKAN – Teşekkür ediyorum.

Cüneyt Hocamıza bu güzel sunumu için çok teşekkür ediyoruz.

Üçüncü sunumu yapmak üzere Uzman Doktor Arzu Çiftçi Demirci, Bakırköy Profesör Doktor Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM biriminden.

Arzu Hocam hoş geldiniz. Söz şimdi sizde. Geldiğiniz için de ayrıca teşekkür ediyoruz.

5.- Uzm. Dr. Arzu Çiftçi Demirci'nin, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM biriminde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin yürütülen faaliyetler hakkında sunumu

UZM. DR. ARZU ÇİFTÇİ DEMİRCİ – Sağ olun Sayın Başkanım, sayın milletvekillerim.

Ben de Cüneyt Bey gibi aslında kendi kliniğimi anlatmak istiyorum ama onun öncesinde şöyle bir şey öneriyorum: Ben çok uzun yıllardır 18 yaş altı çocuklarla çalıştığım için, isterseniz kendi kliniğimi anlatmadan önce belki önlemeyle alakalı, çalıştığımız da bir alan çünkü bu bizim aynı zamanda... İşte hocalarımın söylediği gibi, “Aslında toplumda risk faktörlerini belirlemek gerekiyor.” diyoruz ya; aslında tedaviye başvuran çocuklarda ve çok küçük de olsa kişisel çalışmalar yaptığımızda hem yurt dışında hem Türkiye’de risk faktörlerinin ne olduğu aşağı yukarı belli.

Evet, yani aslında bütün çalışmalar şunu gösteriyor: Madde bağımlılığı için risk faktörü bireyin duygusal, sosyal ve akademik gelişimindeki zorluklarla alakalı. Yani Zehra Hocam dedi, tabii ki çocukların uyuşturucuyla tanışmaması en büyük dilek ama artık günümüzde bunun mümkün olması neredeyse imkânsız, işte özellikle sosyal medyanın aşırı derecede kullanılmış olması. Yani çok ciddi bir kuşak farkı var ve çocuklar neredeyse ellerinde cep telefonuyla doğuyorlar ve o yüzden de ciddi bir bilgi kirliliğiyle bizden çok daha önce uyuşturucuların çeşitleri ve nasıl kullanıldığıyla tanışıyorlar, gerçekten çok üzücü. O yüzden de artık bakılan şey şu: Kişi ya da işte ergen uyuşturucuyla karşılaştığında nasıl “hayır” der, asıl mesele bu. Yani çocuklara “İlk neden kullanıyorsun?” diye sorduklarında “Merak.” diyorlar. Evet, deneme de mümkün ki dünyada da böyle, Türkiye’de de böyle. Deneme oranları bağımlı oranından çok çok daha yüksek. Yani neredeyse işte Amerika’da ya da Avrupa’nın bazı ülkelerinde deneme oranları yüzde 90’lara, yüzde 100’lere çıkıyor ama bakıyoruz bağımlı hâle gelmiş insan sayısı çok az. Yani buraya koymadım ÇEMATEM’i anlatmak amaçlı ama mesela Amerika’da yüzde 80-90’larda olduğu hâlde bağımlılık oranı yüzde 8’lere, 6’lara düşüyor, işte yüzde 2,5’a düşüyor ki bizde de deneme oranları oldukça yüksek.

Cüneyt Bey’le beraber 2012’de İstanbul’da yaptığımız kesitsel bir çalışma vardı 10’uncu sınıf öğrencilerinde. Yasa dışı herhangi bir madde deneme oranı İstanbul’da yüzde 10 yani her 10 çocuktan biri yasa dışı madde denemiş demek bu ve o çalışmada bonzai ya da işte sentetik kannabinoid dediğimiz grubu sormadık çünkü Türkiye’ye yeni gelmişti, çocukları uyandırmamak amaçlı. Burada bir düşüklük var, bir.

İkincisi: Aynı zamanda şöyle bir şeyi de biz biliyoruz pratik hayatımızda da: Çocukların maddeye başlama yaş civarı daha çok işte 13-14 civarında oluyor ve çok ciddi miktarda, yüzde 95-96’lara varan okul kayıpları var ve bu okul kayıpları genellikle lise 1’inci sınıfta oluyor. Ciddi bir hem stresör faktör, işte hem okul değişikliği hem sınıf değişikliği hem de ergenliğin getirmiş olduğu bir dalgalanmayla beraber eğer kişi uyuşturucuyla tanışırsa okul terki oluyor yani çok yüksek oranlarda, yüzde 95’lere varacak oranlarda. Öyle olunca tabii bu kesitsel lise çalışmalarında mesela biz yüzde 10 bulduk ama orada madde kullanıcıları muhtemelen çok az çünkü lise 1 ya da lise 2 tekrar ediliyor ve okul bırakılıyor. Ne demek istediğimi anlatabildim mi bilmiyorum.

Türkiye’nin geneline baktığımız zaman, o zaman Suriye gibi bir sorununuz yoktu ve ciddi miktarda göç almamıştık. Yani şu anda ciddi miktarda okuldan uzaklaşmış, sokakta yaşayan ve muhtemelen bizi ileride çok ciddi sıkıntıya sokacak farklı kültürden genç bir nesil de bizi sokakta bekliyor diye düşünüyorum.

Önlemede yurt dışında bu işi çok uzun zamandır yapıyorlar zaten. Yani işte bu, hocalarımın da anlattığı gibi, yerine koyma tedavileri ya da işte biz... Benim asistanlık dönemimde mesela maddeyi tamamen bırakmak asıl hedefti. Artık “zarar azaltma” denen yani mümkün olduğu kadar hem kişiyi hem toplumu koruyan tedavi modelleri geliştirilmeye başlandı. Çünkü bilimin ilerlemesi, tıbbın ilerlemesi ve kliniğin de deneyimleriyle artık biliyoruz ki aslında bu hastalık gerçekten zor, çok ciddi ekip gerektiren ve çok ciddi ekonomik destek gerektiren bir tedavi modeline doğru gidiyor. O yüzden de mümkün olduğu kadar kişi –işte Zehra Hocamın da dediği gibi- bir gün bile ayık kalsa bizim için kâr. O yüzden de hem maliyet açısından hem de hiç bu sistemi oluşturmamak için önleme faaliyetlerine ciddi şekilde önem vermiş ve desteklemişler. Mesela Finlandiya’da bir model var. Aslında çok ciddi şekilde anlatıyor. Zehra Hocamın Siirt’te anlattığı model önlemenin kendisi ve bütün dünya buna doğru gidiyor. Yani ne diyor: Yüksek stres düzeyi... Yani “yüksek stres düzeyi” dediğimiz şey nedir? İşte aile içi çatışma olabilir, çocuğun psikolojik rahatsızlığı olabilir, travması olabilir vesaire vesaire. Çocuğu kronik yüksek strese tutan herhangi bir şey, düşük ebeveyn desteği ve akademik başarısızlık; bu üç

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

ayak olduğu zaman ve ortamda uyuşturucu varsa bu çocuk bağımlılığa gidiyor. Maddeye bulaşıyor demiyoruz, bağımlılığa gidiyor. Çünkü birçok çalışma var bununla alakalı. Deniyor ki: Hem erişkinde hem ergende eğer kişi maddeyi denedi ve o hazzı aldıysa, o rahatlamayı ve keyfi aldıysa kişinin bunu tekrar etmemesi için kayıplarının büyük olması gerekiyor. Yani diyelim ki işte okul başarısı iyi, sosyal ortamı iyi, öğretmenleri tarafından sevilen ve problemi olmayan öz güveni iyi bir çocuk tekrar maddeyle karşılaştığında neleri kaybedeceğini riske etmeyeceği için kullanmıyor yani bunlar çalışmalarla net. Ya da erişkin bir insan diyelim ki işte evlendi, iyi bir işi var vesaire vesaire, maddeyi denedi, tadını da biliyor ama bağımlılığa gitmemek için tekrar denemeyi göze almıyor çünkü kayıpları daha yüksek. Şimdi, o zaman buna bakıldığında asıl mesele çocukları okulda tutabilmek. Asıl mesele gerçekten bu, çocukları okulda tutabilmek ve çocukların kendilerini okulda iyi hissetmelerini sağlamak yani yurt dışındaki bütün çalışmalar bunu gösteriyor. İşte bizdeki asıl mesele, büyük ihtimalle, akademik olarak çocuklardan sürekli bir başarı beklentisi içerisinde olunması yani işte Türkçe, matematik, fen bilimlerinde yüksek not almak, sağlıklı, terbiyeli çocuk olmak ama bunun dışında bilinen şey şu: Birçok çocuğun akademik zorlanmasını sağlayacak bir sürü sıkıntısı olabiliyor, IQ'su eşit olmayabiliyor vesaire vesaire, sosyal olarak geldiği kesim farklı olabiliyor. Bunun için de deniliyor ki "Çocuğun kendisini okulda iyi hissedeceği mutlaka bir alan bulunmalı, mutlaka." Yani, bu, işte, müzik olabilir, spor olabilir vesaire vesaire... Ama işte ben bir çeşit elek sistemi diyorum. Akademik olarak başarılı çocukları herkes seviyor. Ama altta kalan çocuklar bir şekilde Millî Eğitimden dışlanıyor. Yani Millî Eğitimde çok ciddi sıkıntı var. Ben on sekiz yaş altı çocuklarla çalıştığım için bunu birebir, çok net yaşıyorum. Sorunlu çocuğu hiç kimse okulda istemiyor. Halbuki sorunlu çocuk madde kullanan çocuk zaten ve bağımlılığa doğru giden çocuk ve bu sorunlu çocukları Millî Eğitimde tutabilecek, evet, madde demeden, uyuşturucu demeden onların sosyal becerilerini artıracak... Aslında temel mevzu şu: Kişiler strese girdiği zaman hepimizin bir ruhsal gücü var ve stres yaşadığımızda, sıkıntı yaşadığımızda, bir problem yaşadığımızda bunu halledebilecek birtakım mekanizmalar öğreniyoruz zamanında. Fakat bu çocuklar öğrenemiyor. O zaman da gidip madde kullanıyorlar ve öğrenmeleri gereken sosyal becerilerden de mahrum kalıyorlar ve önleme sistemlerinde, işte, bu okullarda sosyal beceri kazanma, spor artı sanat dallarına ağırlık vererek önleme programlarını yapıyorlar. Bunun dışında, işte, aile desteği yapıyorlar, aile ebeveyn eğitimi veriyorlar, iyi ebeveynlik eğitimi veriyorlar. Bunun dışında da, işte, aile eğitimi sisteminde yüksek stres altındaki çocukların toparlanması söz konusu.

Ben size buna örnek olarak şeyi söyleyeceğim: İşte, bizim son üç yıl içerisinde kız servisimize başvuran çocukların genel bir profiline baktığımız zaman, on üç, on dört yaşındaki çocukların daha çok madde kullandığını, bu civarda, yani, işte, ortaokuldan liseye geçiş döneminde maddeye başlama yaşının daha yoğun olduğunu görüyoruz. Çocuğun eğitim seviyesi oldukça, ciddi miktarda düşük ya da donuyor. Yani ortaöğretime geçen çocuk sayısı gerçekten çok çok az, ortaöğretimi bitiren sayısı çok çok az. Anne baba birlikteliği yüzde 44 oranında değil. Anne ya da baba ya ayrı oluyor ya vefat etmiş oluyor. Ailede suç işleme oranları bu çocukların topluma göre oldukça yüksek, sokak yaşantıları oldukça yüksek. Yani bu çocuklar için çok net birtakım veriler var. Mesela deniliyor ki: "Madde kullanan ya da sokak yaşantısı olan çocukların anne baba denetimleri az." Bu çocukların nerede, ne zaman, kiminle, ne yaptıklarını anneler, babalar bilmiyor. Bu da ciddi bir aile eğitimi gerektirdiğini gösteriyor. Evden kaçma oranları çok yüksek. Cinsel istismar ve fiziksel istismar oranları çok yüksek. Yani, işte, bunlar çok travmatik şeyler, ailede istismar ya da ihmalin çok yüksek olduğu çocuklar. Suç öyküleri yüksek. Yani, genel popülasyona göre on sekiz yaş altı gruplar bunlar ve oldukça ciddi miktarda, neredeyse yarı yarıya hem suç örgütleri hem de ihmale, istismara uğramış çocuklar bunlar. Cüneyt Hocamın söylediği gibi, evet, toplumda hem ahlaki olarak hem de davranışsal olarak insanların çok ciddi ön yargıları var ama bu çocukların gerçekten vicdanları var ve çok basit bir veriyle bunu anlayabiliyoruz. Nedir?

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

İşte, intihar ve kendine zarar verme oranları çok yüksek. Çocukların kendilerine zarar verme sebepleri kendilerini cezalandırmak aslında ve yaşadıkları bir sürü psikolojik sorundan dolayı da ciddi oranda, neredeyse 2'ye 1 oranında intihar girişimleri oluyor.

Şimdi ben tekrar başa dönüp size ÇEMATEM'i anlatmak istiyorum. ÇEMATEM, AMATEM gibi Türkiye'de ilk defa kurulan çocuk alkol, madde tedavi merkezi. On sekiz yaş altını tedavi ediyoruz. Çok ayrıntılı anlatmayacağım size, sıkamak istemiyorum sizi. Sistemimiz aslında çok benzer. 1995 yılında UMATEM olarak kuruldu, sonrasında, 2003 yılında, o dönemde İstanbul'da ciddi bir sokak çocuğu uyuşturucu sorunu patlak vermişti. O dönemde valilikle birlikte yapılan bir projeyle beraber ilk adım istasyonunda bir sistem kuruldu aslında İstanbul'da, hem sokak çocuklarını temizlemek hem de bu çocukların tedavisini sağlamak amaçlı. Bu sistemle beraber bugünkü ÇEMATEM kuruldu. Bu dönem kız çocukları ile erkek çocukları birlikte tedavi edilmeye çalışılmış ama çok büyük problem olduğu için ve amaca ulaşmadığı için kız servisi ve erkek servisi ayrılmış. Bugün bizim ÇEMATEM'imiz erkek servisimizin olduğu yer. Evet, burada temel mesele sorunun biyopsikososyal kayıtlarla gidiyor olması ve sadece bireyi değil aynı zamanda aileyi de hasta ediyor olması. Zehra Hoca'nın alçak gönüllülük yaptığını düşünüyorum çünkü hiçbir AMATEM'de gerçekten sadece arınma tedavisi yapılmaz. Yani her psikiyatrist -sadece arınma tedavisinin işe yaramadığını hepimiz biliyoruz- mutlaka hastasıyla görüştüğünde ileriye dönük bir plan ve program düzenler. Ama tabii ki burada Türkiye'de en temel şey bunun yapılandırılmış bir program olmaması, merkezlerin yapılandırılmış olarak çalışmıyor olması ve Sağlık Bakanlığı ya da bizim elimizde olan olanakların çok az olması. Yani bu sistemlerin içerisinde meslek edindirmenin olmaması bizim için çok büyük bir kayıp. Ya da mali olarak, ekonomik olarak desteklenmiyor olmamız ya da Sağlık Bakanlığının bize sunduğu kadarını hastalarımıza sunabiliyor olmak bizim için çok büyük bir sorun.

Bunlar ÇEMATEM'in başvuru sayıları. İlk başvuruları dikkate almanızı öneririm, diğerleri mükerrer girişler ve poliklinikte verilen hizmet sayısı. 2016 yılında ve 2017 yılına doğru düştü. Bunun sebebi Türkiye'de başka ÇEMATEM'ler açılıyor olması ama aynı zamanda STK'ların da kendilerine göre birtakım tedavi merkezleri dedikleri yerleri açmaları. İstanbul'da bu inanılmaz sayıda ve çok fazla. Çok ciddi sayıda denetim eksikliği var ve gerçekten oraya giden çocukların, oraya giden ailelerin ne yaptıklarını biz bilmiyoruz. Çünkü bizde uygulanan program bir çeşit askerî sistem ya da askerî okul tarzında bir program. Maalesef o denetimler olmadığında orada çocuklar mükerrer şekilde başarısızlığa uğrayıp aileler daha umutsuz hâle gelebiliyorlar. Yani bu tedavi olmaz, tedavi olunamaz gibi. Bizim de ayaktan tedavimiz, yatarak tedavimiz ve denetimli serbestlik programımız var. İşte, ekibimiz Cüneyt Bey'inkiyle çok benzer fakat bizim bakıcı babalarımız var. Burada sistem şu: Biz on sekiz yaş altı çocuklarla çalışıyoruz. Yani reşit olmadıkları için bizim de ortam tedavisi dediğimiz bir sistemimiz var. Davranış teknikleriyle çalışıyoruz. Burada 7/24 yetişkin gözetimi bizim için çok önemli. 7/24 yetişkin gözetiminde tutuyoruz çocukları. Güvenlik gerçekten çok önemli. Dış dünyayla izolasyonunu sağlıyoruz çocukların telefon ve yabancılarla görüşmeleri yasak, sadece ebeveynleriyle görüşmeleri mümkün. Telefon bizim eşliğimizde ediliyor ve bu 7/24 yapılandırılmış program içerisinde çocukların sabah kaçta kalkacakları, ne yapacakları yatana kadar tamamı programlı ve belli bir kural çerçevesi içerisinde, bir kurallar dizisi içerisinde orada tedavi görüyorlar ve biz de eski kullanıcılardan faydalıyoruz. Gerçekten çocuklar için çok, bizden çok bazen kendi deneyimlerini paylaşarak çocuklara kılavuzluk edebiliyorlar. Ayaktan başvurular, ailelerin getirdiği çocuklar ya da işte, Aile Sosyal Politikalar Bakanlığından da çok çocuk alıyoruz biz kurumlardan, yetiştirme yurtlarından ve adalet sisteminden gelen çocukları alıyoruz. Yine aynı şekilde biz de bütün çocukların hem tıbbi hem psikolojik muayenelerini yaptıktan sonra gerekli olan ne ihtiyaçları varsa çocukların elimizden geldiğince tedavisine başlıyoruz. Bizde farklı olan, rehberlik sistemi dediğimiz, her çocuğa bir terapist

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

tayin ediyoruz çünkü özellikle ergenlik döneminin özelliklerinden bir tanesi şudur: Çocuklar hem yaşadıkları problemlerden hem de dönemlerinden dolayı yetişkinlere güvenmezler. Eğitim, araştırma hastanelerinde çalışan personel çok sık değiştiği için güven ilişkisi çok zor gelişir. O yüzden biz bu yaş grubu için, her çocuk için bir terapist tayin ediyoruz, bunlara rehber diyoruz. Tedavinin içine girdiği andan itibaren, tedavisi bitene kadar, kaç yıl bizimle kalacaksa hem ayaktan hem yatarak rehberlikle birlikte görüşüyor ve birlikte süpervize ederek tedaviyi o şekilde götürüyoruz. Yine, işte, biz de haftalık programlar, grup programları ve ayaktan tedaviyi mümkün olduğu kadar elimizde olan koşullarla çocukları arındırmanın devamında, işte, psikososyal tedavilerin içerisinde tutuyoruz. Evet, tabii ki bizde bir miktar daha farklı. Yani, işte, yetişkin bir insan ile bir ergeni aynı tutmak mümkün değil. Bizde nihai amaç tabii ki çocukların uyuşturucuyu bırakması ve sağlıklı bir birey olarak topluma geri dönmeleri. Yani on beş, on altı yaşında bir çocuğu tamamen uyuşturucudan sıyrıp yeni bir hayata ve temiz bir hayata başlamalarını istemek bizim için temel kural. Ama biz de minimum en az bir yıl kalmalarını söylüyoruz. Zaten bütün çalışmalar böyle gidiyor. Tedavinin içinde ne kadar uzun süre kalırsa kişi o kadar uzun süre temiz kalıyor. Ama bizde, başvuran kişi ne kadar süre bize gelmek isterse o kadar uzun süre kalıyor.

Yatılı tedavi bizde yataklı tedavi için sözleşme yapıyoruz. On sekiz yaş olduğu hâlde mutlaka tedavi programımızı anlatıyoruz çünkü tedavi programında, en azından bu tedavi programında gönüllülük esas, kurallara uyması gerekiyor ve tedavi programını benimsemesi gerekiyor. Bunu hem aileyle hem çocukla anlaşma yaparak alıyoruz. Ama ben de Zehra Hocama katılıyorum, 18 yaş altı, mutlaka en azından 15 yaş altı tedavinin zorunlu olması ve bununla ilgili kliniklerin açılması gerekiyor. Ne yazık ki yani mesela ben bu yakınlarda 11 yaşında bir kız çocuğunu taburcu etmek zorunda kaldım. Yani birini öldürdüğünde ceza almayacak bir çocuğa “Madde kullanmak istiyorsan git.” diyoruz, bu çok acı bir şey. Yani en azından 15 yaş altı çocukların zorla tutulacağı ve zorla tedavi edileceği merkezlerin olması gerekiyor. Bu mevcut sistemde taburculuk hakkı olduğu için “Ben tedavi olmak istemiyorum.” dediğinde çocuğu göndermek zorunda kalıyoruz. Mahkemelerin gönderdiği çocuklar dışında bizim tedavi süremiz iki ay, mahkemeler gönderirse zorunlu tedaviyi yirmi bir gün tutuyoruz, eğer çocuk kalmaya devam etmek isterse de iki ay tutuyoruz.

Genellikle yetişkin davranışlarını örnek almalarını istiyoruz. Aslında hem davranışçı tedavi uyguluyoruz, 7/24 yetişkin gözetiminin amacı bu. Çocukların o sosyal dejenerasyonu, davranışsal dejenerasyonu ve ahlaki dejenerasyonunu kısa bir süre de olsa geri döndürmek amaçlı bizim içimizde beraber yaşamaları için tutuyoruz. Aynı zamanda da bu davranışların tamamını zihinsel düzeyde sürekli konuşuyoruz ve temel tedavi modeli de ödül sistemi. Bir ödüllendirme çizelgemiz var, çocukların tamamını pozitif ödüllü kabul ediyoruz ve onun üstünden puan sistemini düşürerek belli miktarda ödül veriyoruz çocuklara motivasyonlarını sağlamak amacıyla.

Güvenlik gerçekten çok önemli. Sanırım böyle AMATEM’lerde ve ÇEMATEM’lerde madde kullanıldığına dair çok ciddi bir hürâfe var. Yani ben size şunu temin ederim: Hiçbir AMATEM’de, hiçbir ÇEMATEM’de en azından İstanbul’da kullanılması mümkün değil; bizim ÇEMATEM’imizin önünde polis karakolu var, hastanenin polis karakolu bizim binamızın önünde, polisimiz var. Aynı zamanda da her giriş-çıkışta üst araması yaparız, hiç kimsenin yani hastane personeli dâhil, servis içerisine dışarıdan kimse girip çıkamaz ve çocuklar dışarıya çıkıp geldiklerinde mutlaka idrar tahlili yapıyoruz yani bizim en büyük silahımız idrar tahlili. Çocuk herhangi bir şekilde servise madde sokmuş mu, sokmamış mı ya da bizim dış aktivitemiz var, çocukları tekrar sosyal hayata adapte etmek için haftanın üç günü dış aktiviteye gönderiyoruz, her servise geldiklerinde mutlaka hem üst araması yaparız hem idrar tahlili yaparız dışarıda madde kullanmış mı diye.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

Evet, detoksifikasyonla başlıyor tabii ki tedavi. Bütün program saatlik olarak mevcut, burada örneği var, bu program 7/24 uygulanıyor. Her saat ne yapacakları belli, hangi kurallara uyacakları belli ama bir ayırım yok, bu kurallara biz kendimiz de uyuyoruz çünkü biliyorsunuz ki çocuklar söylediğimizi değil, yaptığımızı yapıyor. Onlara ait olan kurallar bize de ait.

Yine, bizim de günaydın toplantımız var, bireysel görüşmelerimiz var, vizite yapıyoruz, grup psikoeğitimimiz var. Mutlaka her sabah spor yapıyor çocuklar, spor çok önemli öfkelerini azaltmak için doğal antidepresan olarak. Haftanın üç günü de öğleden sonra spor yapıyorlar. Etkileşim grubu yapıyoruz, bunlar psikolojik tedavilerin parçaları. Mutlaka her gün film ya da belgesel seyretmek zorundalar, her gün haber seyretmek zorundalar, her gün kitap okumak zorundalar. Haftanın üç günü matematik, Türkçe, hayat bilgisi gibi dersler veriyoruz. Bunlar sonuçta okul terk çocuklar ve gerçekten birkaç hafta sonra bakıyorsunuz ki çocukların hepsi okul çocuğu olmaya geri dönmüş yani o sokak kültürü yavaş yavaş gerçekten gidiyor, yaşlarına uygun davranışlar geri geliyor. Birtakım hobilerimiz var; işte, resim, seramik, boyama, mum, bebek yapımı, halk oyunları gibi. Dış aktiviteler var; mutlaka düzenli olarak çocukları sinemaya, müzeye götürüyoruz, mutlaka haftanın bir günü yüzmeye gidiyorlar, müzeleri geziyorlar. Bunlar daha çok özel teşebbüsle kurduğumuz bireysel ilişkilerle yaptığımız şeyler yani benim birlikte çalıştığım arkadaşlarım birtakım yerlere gidip insanlardan rica ediyorlar ve birtakım anlaşmalarla bazen onlara teşekkür belgeleri veriyoruz, onlar bize birtakım indirimler yapıyor ve biz çocukları go-karta, bilardoya, bu tarz yerlere götürüyoruz düzenli olarak. Yani buradaki temel amaç Zehra Hocanın söylediği gibi uyuşturucu olmadan hayattan keyif alabilmelerini öğretmek ve aynı zamanda özellikle o yaş grubunda bir çocuk uyuşturucu bağımlısı olduysa artık hayatında başka hiçbir şey kalmamış demektir. Yani çocuklar yoksunlukla uyanıyorlar ağrıyla, sızıyla, yirmi dört saat uyuşturucuyu bulmayı, uyuşturucu bulmak için para bulmayı düşünüyorlar, torbacı peşinde koşuyorlar. Çok ciddi şekilde fiziksel ve zihinsel kirlilik yaratan bir şey. Siz tedavide uyuşturucuyu aldığımız zaman elinden o çocuğun hayatında bomboş bir şey kalmış oluyor, mutlaka yerine bir şey koymak zorundasınız ki temiz kalmayı öğreysin çocuk. Buradaki temel mesele bu.

Tekrar hayattan keyif almayı öğretiyoruz, hobi edinmeyi öğretiyoruz. Aile ilişkileri bizim için gerçekten çok önemli. Haftanın bir günü çocuklara özel kahvaltı yapıyoruz, işte, ne istiyorlarsa pişiriyoruz tıpkı bir ev ortamı gibi. Düzenli olarak yüzmeye gidiyorlar. Biz de özellikle altıncı ayından itibaren dışarıda temiz kalan çocukları servise çağırıyoruz diğer çocuklara örnek olsunlar diye, kendi yaşadıkları zorlukları ve kendi temiz kalma süreçlerini anlatıyoruz. Toplu oyunlar oynuyorlar.

Öz bakımları çok önemli. Aslında o yaş grubunda bir ergenin yapması gereken her şeyi biz onlarla beraber yapıyoruz. Yani her sabah kalkıyorlar, yataklarını topluyorlar. Her gün duş almak zorundalar, dişlerini fırçalamak zorundalar, erkekler iki günde bir tıraş olmak zorunda. Kendi bulaşıklarını yıkıyorlar, vesaire vesaire yani aslında öz bakımlarını yapmayı ve kendi hayatlarını idame ettirmeyi tekrar öğretiyoruz.

Aile eğitimlerimiz var. İkinci haftadan sonra tekrar aileyle karşılaştırıp bir süre dışarıda kalmalarını sağlıyoruz ki dışarıda hangi konularda tekrar zorlanacaklar, hangi konularda zayıflar, servise kabul edip tekrar bu konular üzerinde konuşuyoruz ve çocukların o sosyal beceri dediğimiz dışarıda yaşadıkları zorluklarla nasıl baş edebilecekleri, uyuşturucu olmadan streslerini nasıl azaltacakları üzerine çalışıyoruz.

Taburculukta da ne yapıyoruz? Eğer serviste maddeyle alakalı çok ısrarcı davranırsa, onur kırıcı davranışı varsa, fiziksel şiddet varsa yüzde 100 taburcu ediyoruz.

Bunun dışında da grup tedavilerimiz var, hijyeni öğretiyoruz, aile eğitimlerimiz var. Sosyal beceri diyorum, sosyal beceri gerçekten çok önemli. Bu sosyal beceri dediğimiz şey aslında hepimiz için ve bütün çocuklarımız için gerekli olan bir şey. İşte, bütün bunlar etkili iletişim kurabilme, öfke kontrolü, hayır diyebilme, kendini tanıma, kendini ifade edebilme, strese girdiğinde strese tahammül edebilme, dürtülerini kontrol edebilme, sorun çözebilme; bunlar aslında bütün çocukların öğrenmesi gereken çok önemli sosyal beceriler ve yabancılar bunu yurt dışında ilkokuldan itibaren okullarında ders müfredatının içerisinde yapıyorlar. Çocuklara sosyal beceri kazandırıyorlar ve kendi iletişimlerini, dürtü kontrollerini, sıkıntılarını halledebilecek hâle getiriyorlar. Biz de tabii ki bu çocuklara dışarıda temiz kalabilmeleri için bunları burada öğretmek zorundayız, öğretmezsek olmuyor bu iş.

Aile eğitimlerimiz var, aynı zamanda aile görüşmelerimiz de var. Aileleri de eğitiyoruz çocuklara nasıl yaklaşacaklarıyla ilgili. Zaten ailelerin çoğu geldiklerinde hem aile içi iletişimleri çok kötü hâle gelmiş oluyor hem çoğu parçalanma düzeyine geliyor. Aileyi tekrar bir araya getirmek, çocukla barışmalarını sağlamak ve ilişkiyi tekrar bir arada tutmak çok çok önemli Cüneyt Hocamın dediği gibi. İki aylık tedavi süresinden sonra da hastaları taburcu ediyoruz ve ayaktan tedavi programına aynı rehberle, aynı terapistle devam ediyoruz. Burada tabii ki özellikle ergenlik dönemi -biliyorsunuz “Artık 25 yaşına kadar uzamış.” deniyor- iki aylık tedavi programı yeterli değil çünkü beynin otokontrol merkezinin devreye girmesi dört ya da beş ayı buluyor ve zaten ergenlik döneminde beynin otokontrol merkezi de ne yazık ki gelişmemiş oluyor.

Yani bağımlılık tedavisindeki en önemli şey bir ekip çalışmasıdır gerçekten. Tedavi merkezinin başındakinden hizmetliye kadar herkesin bir ekip içerisinde çocuklarla birlikte aynı alanda zaman geçirmeleri gerekiyor.

Denetimli serbestlikte de şöyle bir şey var: Geçtiğimiz yıllarda çok daha fazla sayıda hasta başvuruyordu bize, maalesef son iki yılda çok ciddi miktarda gelen hasta sayısı azaldı. Bu çok önemli bir şey çünkü benim anladığım kadarıyla yasa değiştikten sonra savcılar dosya ertelemeye gidiyorlar yani çocuklar bize başvurmadan dosyaları erteleniyor. Bu şu demek: Eğer çocuk madde kullanıyorsa bir sene, iki sene daha kullanmaya devam edecek ve bağımlı hâle gelecek demek yani riskli gruplar da daha fazla bağımlı hâle geliyor. Çok ciddi miktarda denetimli serbestlik adında bize başvuran hasta sayısı azaldı. Burada da on iki haftalık bir program uyguluyoruz, ayaktan benzer bir program uyguluyoruz. Bizim beklentimiz çocuklardan üç ay boyunca ardaşık olarak her hafta bize temiz idrar vermeleri. Aile eğitimi yapıyoruz yine burada, biraz önce bunları anlatmıştım zaten size.

Bizim de şöyle bir verimiz var: Son üç yıl içerisinde ÇEMATEM kız servisinde yatan hastaları geriye dönük aradık biz, 187 hastadan 85’ine ulaşabilmışiz. Burada tabii, Sağlık Bakanlığının ya da bizim en büyük handikabımız şu: Bu kişileri takip edebilecek bir sisteme sahip değiliz yani vaka yönetimine sahip değiliz. Yani sisteme kaydedildiğinde bu vaka nereye kayboldu, ne oldu ne bitti aslında gerçekten takip edilmesi gerekiyor. 85 hastaya ulaşılmış ve 67’sinin hâlen temiz olduğu tespit edilmiş.

En son olarak da bu işin aslında önleme kısmında neyin ne kadar önemli olduğunu anlatmak için bir fare deneyi anlatacağım. Bu deney daha önce size anlatıldı mı biliyor musunuz bilmiyorum ama 1970’lerde yapılmış bir deney bu. Bu deney aslında kişinin yaşadığı sosyal ortamın bağımlılıkta ne kadar önemli olduğunu anlatan bir deney. Daha önceki bağımlılık modellerinde hep fareler tek başlarına bir kafeste bağımlı hâle getiriliyorlar, işte oradaki koşullanmayla beraber. Bruce Alexander diye bir psikolog bunu fark ediyor ve diyor ki: İnsanlar sosyal ortamlarında yaşıyorlar, yalnız, izole yaşamıyorlar. Bunun üzerine böyle bir model geliştiriyor. Bir kafesin içerisinde tek başına bir fareyi bağımlı hâle getiriyor, bir de fare parkının içerisinde işte farelerin oynayabileceği ve birlikte yaşayabilecekleri bir park düzenliyor. Onun içerisine hem temiz su hem de madde olan bir su koyuyor.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksudıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

Tek başına izole yaşayan fare bir şekilde koşullandırılarak maddenin farkına varıyor ve sürekli pedala basarak madde almaya devam ediyor. Ama fare parkının içindeki fareler zaman zaman maddeli ya da uyuşturucu olan suyu içseler de devam etmiyorlar, bağımlılık geliştirmiyorlar. Bir sonraki aşamada bu yalnız, tecrit edilmiş ve madde bağımlısı hâline getirilmiş fare, fare parkına bırakıldığında bir süre sonra madde kullanmasının azaldığı, yavaşladığı hatta bırakabildiği tespit edilmiş. Bu da aslında temelde madde bağımlılığına sürükleyen şeyin işte kişinin izolasyonu, yalnızlığı, ümitsizliği ve yetersizlik duygularının olduğu gibi bir sonuç çıktı.

Son olarak da İstanbul’da yaptığımız Büyükşehir Belediyesiyle beraber yaptığımız bir proje var. Yeni Hayat Projesi diyoruz biz buna. Tuzla’da belediyenin eski bir merkezini dönüştürüyoruz; 45 yataklı, tedavi, rehabilitasyonun bir arada olduğu, işte 15-22 yaş arası gençlerin hem tedavisinin hem rehabilitasyonunun olacağı hem de meslek edinmenin içinde olduğu bir program, kurulma aşamasında.

BAŞKAN – Çok teşekkür ediyoruz, Uzman Doktor Arzu Çiftçi Demirci Hocamıza güzel sunumlarından dolayı.

Öncelikle, şu ana kadar sunum yapan tüm akademisyenler, hocalarımız, bürokratlarımız sunumlarını Word formatında bize ulaştırırlarsa, bir de burada anlatamadıkları, eksik kalan konular varsa onları da belki daha uzun bir sunum şeklinde gönderirlerse çok memnun olacağız.

Şimdi, sorulara geçeceğiz, zamanımız da gerçekten azaldı, son bir konuşmacı hocamız daha var.

Sayın Yurdakul, buyurun.

AHMET SELİM YURDAKUL (Antalya) – Sunumunuz için teşekkür ederim.

Biz, Milliyetçi Hareket Partisi olarak her zaman çocukluk çağından itibaren etkili iletişim tekniklerinin ders olarak verilmesini öneriyoruz. Biraz önce Mecliste yaptığım konuşmada -Cumhuriyet Halk Partisinin vermiş olduğu bir önerge var, intihar eden insanlarla ilgili- intiharla ilgili yapmış olduğum konuşmada da aynen şöyle bir ifade de kullandım: “Çocukluktan itibaren verilecek etkili iletişim teknikleri eğitimleriyle, stresle başa çıkabilen ve gerektiğinde ‘Hayır.’ diyebilen bir nesil oluşturabiliriz.” gibi gibi devam ediyor. Yani biz bunu ilkökul birinci sınıftan itibaren öneriyoruz, tabii ki yaşlara göre değişiyor. Biz bunun örneğini Gazi Üniversitesinde denedik ama ileriki dönemlerde denedik, yani yaş ilerledikten sonra; başarılı olduk ama kısmi. Siz hem bu konuyu hem de diğer konular açısından değerlendirdiğiniz zaman Millî Eğitim Bakanlığına ilkökul birden itibaren etkili iletişim dersleri konulması konusunda aynı fikir demisiniz veya ne önerirsiniz?

Teşekkür ederim.

UZM. DR. ARZU ÇİFTÇİ DEMİRCİ – Mutlaka kurulmalı yani bu sosyal beceri dediğimiz şey aslında yaşamın kendisi, çocukların stresle baş edebilmeleri ve sonrasında da sağlıklı bireyler olabilmelerinin başka bir yolu yok yani gerçekten etkili iletişim en temel şeylerden bir tanesi. İnsanoğlu zaten beş duyuyla yaşıyor. Bizim dış dünyayla kurduğumuz beş duyu iletişime dayalı ve bu iletişim bozulduğunda ruhsal olarak ve bedensel olarak hastalanıyoruz. Bu çok net yani fiziksel hastalığımızın bir kısmı da zaten dış dünyayla kurduğumuz bağlantıyla alakalı. O yüzden de ilkökul birinci sınıf, ikinci sınıf, üçüncü sınıf, her yaştan kendine uygun hem değerler eğitimi hem etkili iletişim, “Hayır.” diyebilme, kendini ortaya koyabilme... Bütün bunlar aslında çocuğun okulda kendini iyi hissetmesini sağlayacak şeyler. Yani özgüveninin yerinde olması ve iyi hissetmesi... Hiç kimse iyi hissettiği bir yerden gitmek istemez, temel mesele bu.

BAŞKAN – Sayın Şükrü Nazlı, buyurun.

MUSTAFA ŞÜKRÜ NAZLI (Kütahya) – Teşekkür ediyorum.

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

Öğlenden sonraki bölümde sunumlarını izlediğimiz Zehra Hocama, Cüneyt Hocamıza ve Arzu Hanıma teşekkür ediyorum. Gerçekten son derece verimli ve güzel sunumlar yaptılar.

Ben birkaç hususu Arzu Hanıma sormak istiyorum: Bağımlılığın özellikle küçük yaş grubuna inmesi sentetik uyuşturucuların artmasına bağlanabilir mi?

Bir de tedaviye cevap vermesi açısından yetişkin ve çocuk arasında bir fark var mı sizce?

Bir de önleyici olması açısından, spor iyileştirici bir unsur gibi duruyor, ben kendi bölgemde bunu gördüm. Bazı sivil toplum örgütleri mahallelerde spor kulüpleri kurdular. Bu uyuşturucunun o mahalledeki... Özellikle yaygın olan mahallelerde bunu yaptılar, çok başarılı sonuçlar aldılar. Bir atletizm takımı var, ben de ilgileniyorum onlarla, orada daha önce uyuşturucu kullanmış ama şu anda 400 metrede Türkiye şampiyonu olmuş çocuklar var. Şu anda o diğer çocuklara abilik yapıyor, antrenman yaptırabiliyor yani sorumluluk üstlenmiş. Ve şu anda hakikaten işte insanı uyuşturucuya yönelten nedenlerden birisi bazı hormonların salgılanmaması ya, spor bunları karşılıyor fazlasıyla.

Dolayısıyla, işte dopamin, serotonin, endorfin falan yani sporda bunlar yerine geldiği için önleyici olması açısından çok etkin bir yolu var, hem de tedavi edici bir unsur gibi de duruyor. Bunu da önleyici olarak herhâlde siz de özellikle tavsiye edersiniz, önleme açısından.

Burada bize en önemli söylediğiniz şey de yani bizim aradığımız, bir araştırma komisyonunun Türkiye Büyük Millet Meclisinde açılması açısından 15 yaş altı gruplarında tedavinin zorunlu olması dediniz. Tabii, bu da yasal bir düzenlemeyle ancak mümkün olabilecek bir şey.

UZM. DR. ARZU ÇİFTÇİ DEMİRCİ – Bunlar için merkezler açılması gerekiyor, tedavi merkezleri.

MUSTAFA ŞÜKRÜ NAZLI (Kütahya) – 18 yaş altı mı? 15 yaş altı diye ifade ettik konuşurken de. Özellikle 15 diye altını çizdik ama 18 yaş diye düzeltilebilir, o bize düşen bir görev gibi, altını çizmek açısından ben bunu söyledim.

UZM. DR. ARZU ÇİFTÇİ DEMİRCİ – Orada biraz kavram karmaşası var yani burada, suç işlemiş çocuğun cezası ne olacak?

MUSTAFA ŞÜKRÜ NAZLI (Kütahya) – Hayır, demiyorum. “18 yaşındaki şimdi ‘Tedavi istemiyorum.’ dediği zaman biz bırakmak zorundayız.” diyor hocam.

UZM. DR. ARZU ÇİFTÇİ DEMİRCİ – “Yatılı tedavi” demek daha doğru olur.

MUSTAFA ŞÜKRÜ NAZLI (Kütahya) – Uyuşturucu kullandığı tespit edilen çocuklarda, özellikle biz bunları tedavi etmeliyiz, zorunlu olarak yapmalıyız, çünkü toplum açısından bu önemli, toplum açısından doğacak bazı zararları ortadan kaldırmak için herhâlde hoca hanım böyle söyledi.

UZM. DR. ARZU ÇİFTÇİ DEMİRCİ – Şimdi, ergenler kombin madde kullanıyorlar yani çok net çalışmalar var. Mesela, bir çalışma diyor ki: Yüzde 95 tanıdığı birinden alıyor maddeyi kişi. Yani ya ailesinden alıyor ya tanıdığı birinden alıyor; yüzde 5 sadece tanımadığı birinden alıyor. Yani ergenler zaten o ergenlik dönemi başladığında arkadaş çevresi, sosyal çevre çok önemli hâle geliyor ve tıpkı bir bulaşıcı hastalık gibi birbirlerine bulaştırıyorlar uyuşturucuyu zamanla. O yüzden, bir ergeni tedavi etmek çok da ciddi koruyucu demek yani önlemek açısından.

MUSTAFA ŞÜKRÜ NAZLI (Kütahya) – Koruyucu ve önleyici bir unsur olarak Komisyonun önerdiği hususlardan bir tanesi o. Çok önemli bir şey söylediniz, onun da altını çizerek burada söylemek istedim.

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – Evet, teşekkür ediyoruz.

Arzu Hocam çok teşekkürler.

Son konuşmacı, İsmail Volkan Şahiner. İsmail Bey, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM biriminde çalışıyor. Deneyimlerini, önerilerini ve çalışmalarını paylaşacaklar. Özellikle, madde bağımlılığı tedavisinde implant uygulamaları konusunda ayrıca bilgi verecekler.

6.- Uzm. Dr. İsmail Volkan Şahiner 'in, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM biriminde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin yürütölen faaliyetler ve uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisinde implant uygulamaları hakkında sunumu

UZM. DR. İSMAİL VOLKAN ŞAHİNER – Merhabalar herkese.

Değerli hocalarımız çok güzel anlattılar aslında AMATEM faaliyetlerini. Zehra Hocamın da bahsettiği gibi, AMATEM’de yani sadece detoksifikasyondan tedavi falan olmuyor, hastalar tedavi olmuyor. Orada çalışan arkadaşlarımız genelde sevdiğimiz ve hastayı seven arkadaşlar olduğu için ellerinden geldiğince işte Bakırköy’deki arkadaşlar olsun, bizler olsun farklı uygulamalarda hayata geçirmeye çalışıyorlar. Bunlar ne kadar standardize? Her yerde uygulanmıyor ama mesela Bakırköy’ü bu açıdan örnek bir kurum olarak sayabiliriz.

Ben ondan dolayı kendi faaliyetlerimizden, farklılıklardan kısaca bahsedeceğim. Ayrıca, sanırım Komisyonumuzda bir ziyaret gerçekleştireceği için sunumu kısa tutmak adına genel işleyişlerden bahsedeceğim. Sunumda AMATEM’in genel işleyişi, ne kadar personelimiz var, ayakta mı, yatılı mı, neler yapıyoruz kısaca cilt altından bahsedeceğim.

AMATEM faaliyetlerimizi biz üç aşamada ele alıyoruz. Yatarak veya ayaktan AMATEM’in kendi istekleri veya adli kanallardan gelenler genel olarak ilk önce bir detoksifikasyon aşaması dediğimiz bir arındırma aşamasından geçtikten sonra madde kullanmadan yaşama uyum sağlaması için gerekli bilgi ve becerilerin geliştirildiği bir aşamaya geçiyorlar. Biz detoksifikasyon aşamasını daha kısa tutuyoruz ölkö şartlarına göre çünkü çok yoğun bir yatış talebi var, daha fazla hastaya hizmet etmek adına yaklaşık bir hafta falan detoksifikasyonun yeterli olduğunu düşünöyoruz, sanıyorum Bakırköy’deki uygulamalar da benzer şekilde. Bundan sonra hastaları terapiye hem aile gruplarına hem bireysel gruplara hem de çeşitli iş uğraş terapilerine alıyoruz. Daha sonra da taburcu ettikten sonra nüksün önlenmesi için gerekli psikoterapötik yaklaşımların içerdigi... Şimdi yeni bir tane daha ekledik, iş bulmaya kadar giden bizim yoğun bir programımız var. Bunları kaç personelle yapıyoruz? 4 psikiyatri uzmanımız var, 2 psikiyatri asistanımız var. Personelimiz şu an için yeterli düzeyde, ihtiyacı karşılıyor diyebilirim. Personel açısından çok sıkıntımız yok.

Ayaktan neler yapabiliyoruz? Yıllık 35-40 bin poliklinik sayımız var, oldukça yüksek bir rakam. Yani burada genelde konuya uzak arkadaşlar “Neden bu kadar yüksek, Ankara’da bu kadar çok madde bağımlısı mı var?” diye soruyorlar, burada da benzer bir soru gelebilir. Sanırım Türkiye’nin en kozmopolit AMATEM’i biziz. Ülkenin her bir yanından, hastalarımızın yüzde 50’si şehir dışından geliyor. Genelde talep olarak Ankara’yı tercih ediyorlar veyahut da sayın milletvekillerimiz Ankara’da oldukları için Van’dan hastalarımız geliyor, Edirne’den hastalarımız geliyor, ölkönin her yanından hasta geliyor, yaklaşık yüzde 5 gibi bir oranda yurt dışından da hasta kabul ediyoruz, özellikle Almanya, Avusturya, Hollanda’daki Türk vatandaşları çok tercih ediyor bizi. Ondan dolayı yüksek bir sayımız var.

Adli hizmetlerin yanında çeşitli kurumlar Ankara’da olduğu için halk sağlığından tutun Türk Silahlı Kuvvetleri, Millî Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, herhâlde Gümrük ve Ticaret Bakanlığı dışındaki diğer bütün kurumlarda eğitici faaliyetler içindeyiz, bunlar yıl içinde değişik şekilde uygulanıyor. Aile ve hasta yakınları eğitimleri yapıyoruz haftada bir. Çünkü ailelerimiz

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

çok bilinçsiz, hastaya nasıl davranacağı konusuna çok fikir sahibi değiller. Bundan dolayı olmadık, çok yanlış şeyler yapabiliyorlar. Aile eğitimlerine önem veriyoruz, bayağı da rağbet görüyor aile eğitimleri, grup terapileri, psikoterapiler.

Taburculuk sonrası, dediğimiz gibi, hastaları aynı ortama sokup yakın takip etmediğimiz zaman nüks oranları çok gözüktüğü için ona biraz önem veriyoruz.

Cilt altı implant uygulamasından bahsedeceğim.

Bir de İŞKUR’la ortak yaptığımız meslek edindirme kurslarımız başladı, iki aydır falan devam ediyor. Sırf madde bağımlılarından oluşan bir gruba... Çeşitli işverenlerle görüştük ve “Hangi alandaki meslek grupları daha kolay iş bulabiliyor, hangi alanda ülkenin açığı var, madde bağımlıları bunların hangilerini becerebilir?” diye bir çalışmadan sonra sadece madde bağımlısı hastaların olduğu bir iş kursu açtık.

Yatılı hizmetler olarak da sadece 700 hasta yatırıyoruz. Burada şartlanılan bir şey var, gördüğünüz gibi, 40 bin hastanın sadece 700’ünü yatırmışız. Bundaki en önemli neden, ayaktan da bu işin başarılabildiğini gözlemliyoruz, görüyoruz. Yatan hastaları, daha çok şehir dışından gelen ve ayaktan bu işi beceremeyeceğini, halledemeyeceğini düşündüğümüz hastalardan tercihlerimizi kullanıyoruz. Çok bir yatış sıramız da yok, başvuran hastalar yaklaşık on günde falan yatıyor ama her geleni, her isteyeniyi de yatırmıyoruz maalesef, onun da doğru olduğunu da düşünmüyoruz. Tabii, yatan hastalara, aynı zamanda, tam zamanlı spor hocalarımız var, bunun yanında, halk eğitimden temin ettiğimiz yarı zamanlı -resim, dokuma, seramik- 5 hocamız var. Sosyal etkinliklerimiz var. Yine İŞKUR’daki ortak faaliyetleri burada da devam ettirebiliyoruz. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığından arkadaşlar geliyor, hastalara meslek konusunda eğitimler düzenliyorlar, bu eğitimler sonucunda yönlendirici birtakım önerilerde bulunuluyor. Mesela, bu, uyguladığımız bir tiyatrodan. Bu resmi niye koydum? Buradaki çoğu arkadaşımız Türkçeyi zor konuşan arkadaşlar. Adamlara 15 Martta bir görev verdik, Çanakkale şehitlerini anma töreni. Buradaki hastaların hepsi madde bağımlısı hastası. Vallaha, İstiklal Marşı’nı 10 kıta ezberlediler, Çanakkale Destanı’nı ezberlediler, çeşitli türküler ezberlediler. İşin burada şeyi, bir şeye devam etme ve sebat etme sorunu yaşıyor madde bağımlısı hastalar. Aslında, devam ettikleri zaman birtakım şeyleri başarabileceklerini göstermek adına önemliydi. Aslında, keşke bunu ülke çapında yapsak ama çeşitli kaygılarımız oldu hastalarımız konusunda, ondan sadece hastaların yakınlarını çağırdık, kendi aramızda güzel bir tiyatro gösterisi yaptık.

Bu da düzenlediğimiz, gittiğimiz rutin pikniklerden bir görüntü.

Burada da mesela, bu çocuklar madde kullanıyorlar ama biz bunlara mesela, dokuma yaptırıyoruz “Hocam, ne alaka dokuma?” diyor. Hastalarımızın çoğu da erkek. Yani bu çocuklar neyden zevk alacaklarını bilmiyorlar, bizim ana sıkıntımız bu, maddenin de ana sıkıntısı bu. Neyden zevk alırlar, hayatta neyden hoşlanırlar, neleri başarabilirler, neleri başaramazlar, 18-20 yaşına gelene kadar bu konuda çok fazla eğitim görmemişler, fazla bir deneme fırsatları da olmamış. Mesela, ben piyano çalabilir miyim veya hoşlanır mıyım, bilmiyorum, hiç çalmadım; onun gibi, çok sınırlı şeyleri denemişler, spor dâhil. Ondan dolayı, sıkıntıyla nasıl baş edecekler, neler zevkli gelir, neler gelmez bunları göremiyorlar. Biz de ondan dolayı, çok çeşitli hocalarımızı devreye soktuk ki birinden zevk almazsa birinden zevk alıyor diye. Bu da hastanedeki yatış oranını çok artırdı. Hastalar eskiden sıkılıp çıkmak istiyorlardı, “Ya, yeter hocam, ilacımızı aldık, gidelim.” diye. Buna benzer aktiviteler hem terapinin etkinliğini artırdı hem de yatışta –“drop” diyoruz biz ona- yatışta düşmeyi bayağı azalttı ve hastaların AMATEM’lerle kurduğu iyi ilişki hastaların ayaktan takiplerine de çok olumlu derecede

**Oyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

yansıdı. Yani bizim tek gelen hastamız çok az, hastalar devamlı geliyor mükerrer olarak. Temiz de kalsalar, madde kullanmasalar bile takibe devam ediyorlar. Zaten tedavi zinciri içinde kaldığı zaman en azından remisyon oranlarında belirgin bir iyileşme yaşıyoruz.

Bu da aşçılık ve pastacılık kursumuz. Burada profesyonel hocamız var İŞKUR'un temin ettiği. Bir senedir, bir buçuk senedir falan çalışıyorduk, bunu kendi imkânlarımızla, İŞKUR'un da desteğiyle bu kursu hayata geçirdik, bir de bina yaptık kurs için, güzel de bir atölyemiz oldu. Hastalardan ikisi iş buldu kurs esnasında pastanede. Yine kursa devam ediyorlar, şartlanmışlar, pazarlık yapmışlar pastaneyle “Ben akşam devam ederim.” diye, güzel de oldu. Yani normalde, bir gün, iki gün herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirilmeyen hastaların üç ay boyunca kursa düzenli, sabah sekiz akşam beş gelmeleri çok anlamlı. Neden? Burada bir şeyler başarabildiklerini gördüler ve başardıkları şeylerin kendilerine verdiği zevki, hazzı aldılar. Gördüğünüz gibi, hastalarımızın çoğu erkek, güzel de yapıyorlar pastaları. Bu da iş uğraş atölyemizden yine benzer şeyler. Gördüğünüz gibi, bayağı merakla yapıyorlar.

Ben şimdi, bir de cilt altı implant tedavisinden bahsetmek istiyorum. Merkezimizi ziyaret edeceksiniz sanırım zaten. Cilt altı implant tedavisi genelde madde kullanılan sürenin azalması, maddesiz yaşama ayak uydurmak için uzun etkili birtakım istek azaltıcı ilaçların vücuda konulması ve zaman içinde yavaş salınımla, üç ay boyunca bu maddenin vücutta etkin hâlde durması. Aslında yeni icat edilen veya yeni kullanılan bir şey değil fakat hem iyi ilişki sağlaması, devamlı ilaç alınmamasının sağlanması ve hastalar arasında majik bir düşünce diyebiliriz buna. Çip takıldığı zaman –“çip” diyorlar-cilt altı implant takıldığı zaman “Madde içmeyeceğim.” diye bir şartlanmış olmaları da motivasyonu da artırdığı için olumlu bir tedavi yöntemi.

Dediğim gibi, yakın zamanda bulunmamış, ilk olarak 1984 yılında opiyat bağımlılığında kullanılmaya başlanmış, olumlu sonuçlar alınması üzerine alkol bağımlılığında denenmiş, alkol bağımlılığında da etkileri gözükmüş. Beynin belli bölgelerinde bağlanarak o bölgelerde kullanılan maddelerin etkisini azaltma fizyolojisiyle hareket eden bir madde. Maddenin oral formu da var. Oral olarak günde 50 mg/gün şeklinde de kullanabiliyoruz biz naltroksan maddesini.

Yayınlara bakıldığı zaman, etkinliğinin olduğuna yönelik yayınlar var.

Kısaca bahsedecek olursak, bazı yan etkiler var. Bu yan etkilerden bazıları ciddi boyutta olabiliyor. Özellikle yan etkilerden en önemlisi, vurgulanması gereken, maddeyle beraber, eroinle beraber alındığı zaman mortalite riskinin yüksek olması, bunun yanında hepatit C ve HIV'le alakalı durumlar da var.

Şimdi, hastalarımızdan genelde biz eroin bağımlılarına takıyoruz, çok nadir alkol bağımlılarına takıyoruz. Bu, hastaları tamamen maddeden koruyan bir medikasyon değil, sadece eroinden koruyor.

Sık gördüğümüz bir şey: Hastalar eroin kullanmayı bırakıp başka maddeleri kullanmaya devam edebiliyorlar veya yeni maddeye başlıyorlar.

Biz Ankara AMATEM olarak -yaklaşık 500 kere- 2006 yılından bu yana uygulamaya başladık. Bizim en önemli gözlemimiz, madde kullanmama süresinde artış oldu. Hastalar tamamen remisyona veya iyileşmeye girmese de en azından her gün içiyorsa cilt altı implantın etkin olduğu dönemlerde kullanımının azaldığını gözlemledik ve daha yayınlamadığımız bir çalışmada kısa dönem remisyonda daha faydalı olduğunu gördük.

Sosyal izlenim olarak, hastalardan çok yoğun bir talep vardı çiple alakalı, cilt altı implantla alakalı. Cüneyt Hocam da bahsetti, 15 bin lira, 20 bin lira böyle çok uçuk rakamlara özel merkezlerde takılıyordu ve belli bir prosedür ve algoritma içinde olmadan rastgele takılıyordu. Ve genelde madde kullanan hastaların da sosyoekonomik seviyesi çok düşük olduğu için bu bayağı bir külfet oluyordu 15 bin-20 bin lira ücret. Bunu SGK'nın karşılaması ve Sağlık Bakanlığı tarafından bu hizmetin sunulması,

**Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak
Bağımlılığın Nedenlerinin Ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla
Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu**

21 . 2 . 2018

T: 6

O: 2

buna benzer hastaların suistimal edilme oranlarını ve bu işin pazar olma oranını kısmen azalttı. Yine hâlâ pazarı var mı? Var ama mesela artık takanlar 2.500 liraya, 3 bin liraya falan takıyorlar. Ve genelde devletten de yayılmaya başladığı zaman bu hizmet, yakında, inşallah, özel sektörü de biter bunun.

Benim anlatacaklarım bu kadar.

BAŞKAN – İsmail Hocamıza çok teşekkür ediyoruz.

Vakit de tabii, oldukça ilerledi.

Sorusu olan yoksa...

Ben tekrar uyuşturucu madde ve yeni madde bağımlılıklarıyla ilgili alınacak tedbirlerin tespit edilmesi ve bu konuda kurulan Araştırma Komisyonumuza bilgi verdikleri için bütün konuşmacılara, hocalarımıza ayrı ayrı teşekkür ediyorum.

Önümüzdeki Çarşamba günü saat 11.00’de buluşmak üzere bugünkü toplantıyı kapatıyorum.

Kapanma Saati: 17.04

