

Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2011–2020

Tartalom

I. Bevezetés

1. Stratégia, cselekvési program, drogpolitika
2. Vonatkozási terület
3. Újszerűség
 3. 1. *Gyűjtőpont: tiszta tudat és józanság*
 3. 2. *Promóciós megközelítés*
 3. 3. *Felépülés központú szemléletmód*
 3. 4. *Közösségi irányultság - szubszidiaritás*
 3. 5. *Üzenetek*
 3. 6. *Kárpát-medencei hatókör*
 3. 7. *Fogalomhasználat*
4. A stratégia feladatai

II. Helyzetkép és következtetések

1. Lakossági fogyasztási adatok
2. Problémás kábítószer-fogyasztás változásai
3. Kezelési adatok
4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések
5. Kábítószer miatti halálozások
6. Megelőzési programok
7. Kezelő- és ellátórendszer
8. A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő közkiadások
9. Rendészeti eljárások
10. Társadalmi környezet
 10. 1. *Család*
 10. 2. *Iskola*
 10. 3. *Kortárs csoportok*
 10. 4. *Média*

III. Alapértékek

1. Emberi méltóság, élet, egészség
2. Személyes és közösségi felelősségvállalás
3. Közösségi aktivitás
4. Együttműködés
5. Tudományos megalapozottság

IV. Célkitűzések

1. Általános célok
2. Konkrét célok

V. Egészségfejlesztés és megelőzés

1. Egészségfejlesztés
2. Feladatok az egészségfejlesztésben
3. Megelőzés
4. Feladatok a megelőzésben
 4. 1. *Helyi közösségek színtere*
 4. 2. *Családi színtér*
 4. 3. *Iskolai színtér*
 4. 4. *Felsőoktatási színtér*
 4. 5. *Kortárs csoportok, ifjúsági közösségek színtere*
 4. 6. *Média színtér*
 4. 7. *Munkahelyi színtér*
 4. 8. *Az elterelés intézménye*

VI. Kezelés, ellátás, felépülés

1. Alapvetés
2. Feladatok
 2. 1. *Korai kezelésbe vétel*
 2. 2. *Kezelő-ellátó rendszer*
 2. 3. *Speciális csoportok, sajátos problémák*
 2. 4. *Minőségbiztosítás, rendszerszintű irányítás, ellátásszervezés*

VII. Kínálatcsökkentés

1. Főbb folyamatok
2. Szervezeti feltételek
3. Célok, alapelvek, tevékenységi terület
4. Feladatok

VIII. A megvalósulás feltételei: emberi és társadalmi erőforrások

1. Áttekintés
2. Képzés, továbbképzés
3. Hazai együttműködés, intézményrendszerek
4. Finanszírozás
5. Kutatás, adatgyűjtés
6. Nemzetközi kapcsolatok
7. Feladatok

Melléklet: Kábítószerfogyasztással kapcsolatos grafikonok

Fogalomtár

I. Bevezetés

1. Stratégia, cselekvési program, drogpolitika

Egy társadalmi jelenség hosszú távú kezelésére irányuló *stratégia* elsősorban alapelveket, alapértékeket, főbb cselekvési irányokat állapít meg, amelyek hosszabb távon érvényes, átfogó szemléleti és értelmezési keretet nyújtanak a mindezekre tekintettel kialakított programok számára. A stratégia mentén megtervezett *cselekvési program* föltárt szükségletekre épülő, konkrét célok megvalósítása érdekében szervezett tevékenység, illetve cselekvéssor. A kívánt változások tervezett folyamata – amely időtartamát, módszereit és erőforrásait tekintve egyaránt behatárolt, dokumentált és nyomon követhető – részletes értékeléssel zárul. Az adott társadalmi jelenséggel kapcsolatos *szakpolitika* (jelen esetben a *drogpolitika*) jogalkotással, tárcaközi együttműködéssel, erőforrások feltárásával és biztosításával, továbbá nemzetközi kapcsolatok ápolásával a stratégia érvényesülését és a cselekvési programok megvalósulását szolgálja.

2. Vonatkozási terület

A különböző kémiai, illetve viselkedési függőségek számos szempontból összetartoznak, és együttesen a függőségi állapotok széles jelenségkörét alkotják. Ez abban is tükröződik, hogy a vonatkozó európai stratégiák közel felében a kábítószerrel mellett az alkoholprobléma is célterületként szerepel. Ugyanakkor a különböző függőségi típusok – eltérő jellemzőik miatt – mégsem azonosíthatók egymással.

E stratégia a kábítószer-problémára vonatkozik. Azonban nagy nyomatékkal jelzi, hogy a kábítószer-jelenség szorosan összefügg más kémiai és viselkedési függőségi problémákkal, elsősorban pedig a nemzet általános lelki egészségi állapotával – különös tekintettel az önismeret, az önazonosság, az értékszemlélet, a kapcsolati kultúra, a problémamegoldó képesség személyes és közösségi jellemzőire. A kábítószer-problémák nem kezelhetők más kapcsolódó nemzeti stratégiák és programok nélkül, így például az alkohol- és egyes viselkedési függőségeket érintő, illetve mentálhigiénés stratégia és program nélkül. Csak mindezek együttes, összehangolt megvalósításától várható a kábítószer-probléma érzékelhető enyhülése.

3. Újszerűség

A stratégia újszerűségét elsősorban nem egyes tartalmi elemei, hanem az elemeknek a korábbi stratégiáktól eltérő hangsúlyokat eredményező elrendezése adja.

3. 1. Gyűjtőpont: tiszta tudat és józanság

A kábítószer-használat bármely formája kockázatot és teherterelt jelent az adott személyre és közösségeire, áttételesen pedig a társadalom egészének egészségére, fejlődésére nézve. Ezért a stratégia gyűjtőpontjában – mintegy irányjelzőként – a tiszta tudat és józanság mint alapvető értékek, a személyes és közösségi boldogulás szerhasználat nélküli életmodellje és az egészséget alapértékként közvetítő szemléletmód áll. Tehát elsősorban olyan programok indítását és fenntartását ösztönzi, amelyek előterében a személyes és közösségi fejlődés, a megerősítés, az ismeretek és képességek elsajátításának lehetőségei állnak. Az ilyen programok mellett természetesen a kockázatok és károk kezelése is fontos feladat marad.

3. 2. Promóciós megközelítés

A promóciós megközelítés lényege az egészség és az egészséges folyamatok, illetve az ezekhez vezető személyes, közösségi, környezeti feltételek erősítése, támogatása. Elsősorban az egészségközpontú szemlélet érvényesülésétől, a kábítószerket nem használók megerősítésétől, az egészségkultúra fejlődésétől, a tiszta tudatot és a józanságot képviselő életmodellek elterjedésétől várható, hogy kifejlődik egy olyan társas környezet, amelyben eleve mérsékeltebb a legkülönbözőbb függőségi, illetve a lelki egészséget és az életvezetést érintő problémák kialakulásának lehetősége. Egy egészségesebb és együttműködőbb társas közeg a szerhasználókat is támogatja a nehézségekkel való megbirkózásban, az elérhető segítő szolgálatok igénybevételeiben.

3. 3. Felépülés-központú szemléletmód

Az ellátás, a kezelés területein kívánatos a felépülés-központú szemléletmód minél hatékonyabb érvényesülése. A különböző gyógyító, valamint támogató beavatkozások rendszerének, illetve folyamatának célja, hogy a lehető legteljesebben helyreállítsa az érintettek egészségi állapotát és közösségi integrációját. Az ehhez szükséges eszközöket és erőforrásokat biztosítani kell.

3. 4. *Közösségi irányultság - szubszidiaritás*

A kábítószer-jelenség közösségi térben zajlik, a probléma kiküszöbölése, kedvező irányú befolyásolása szempontjából tehát döntő fontosságú a közösség viszonyulása, válaszkészsége és válaszképessége. Megfelelő közösségi válasz nélkül az intézményes próbálkozások hatóköre sosem lesz képes lefedni a szükségleteket. A különböző társadalmi problémák hatékonyan főleg azokban a közegekben befolyásolhatók, ahol azok keletkeznek. A kábítószer-problémák visszaszorítása is elsősorban a helyi szintű kezdeményezések ösztönzését igényli, hogy kialakuljon az a közösségi–civil–szakmai hálózat, amely minden településen lehetővé teszi a különböző fejlesztő, megelőző és kezelő programokhoz való egyenlő hozzáférést.

3. 5. *Üzenetek*

A stratégia – közvetlenül vagy közvetetten – különböző csoportoknak szóló üzeneteket is közvetít.

- A polgároknak és a helyi közösségeknek azt, hogy mindenki felelős a vele együtt, illetve a környezetében élő személyek sorsának alakulásáért.
- A kábítószer-használatot elutasítóknak megerősítést, hogy e vonatkozásban jó úton járnak, tudnak és képviselnek valamit, amit érdemes másoknak is továbbadni.
- A kábítószereket kipróbálóknak egyértelmű jelzést, hogy a szerhasználattal kockázatot vállalnak, árthatnak maguknak és környezetüknek.
- A függőknek reményt, hogy felépülésük lehetséges, vannak olyan programok, kezdeményezések, a józanság értékét vállaló és hirdető közösségek, amelyek segítségével életük alakulását alapvetően megváltoztathatják.
- A segítő hivatások művelőinek, a szakmai közösségeknek, hogy fontos szerepük van a stratégia megvalósításában. Ennek hatékony betöltése a szükséges források, képzési és továbbképzési lehetőségek biztosítását, az intézményhálózat fejlesztését igényli.

3. 6. *Kárpát-medencei hatókör*

A stratégia fontosnak tekinti, hogy a határon túl élő magyarok bekapcsolódhassanak a kábítószer-probléma megelőzésére és kezelésére irányuló tevékenységbe. Az együttműködés módjának és rendszerének kidolgozása a cselekvési program feladata.

3. 7. Fogalomhasználat

A stratégia nem csak szakembereknek, hanem minden polgárnak szól, tehát közérthető nyelvhasználatot igényel. Az előforduló szakkifejezések értelmezését, a közös szakmai nyelv kialakulását fogalomtár segíti. A fogalomhasználat és a közérthetőség egyaránt a szemléletváltozást kívánja ösztönözni.

4. A stratégia feladatai

E dokumentum – mint stratégia – elsődleges feladatai az alábbiak.

- Legalább két parlamenti cikluson át határozza meg a hazai drogpolitikát, ugyanakkor legyen kétévente értékelhető és szükség esetén megújítható.
- A kormány számára adjon iránymutatást a stratégia megvalósítását szolgáló akciótervek elkészítéséhez, továbbá nyújtson támpontokat az akciótervek megvalósulásának értékeléséhez.
- Feleljen meg a nemzetközi előírásoknak, a drogpolitikai és drogszakmai alapelveknek és követelményeknek, különös tekintettel az Európai Unió vonatkozó dokumentumaira.
- Nyújtson irányadó koncepciót, szemléleti és értelmezési keretet, amely alapján egyes ágazatok, intézményrendszerek és intézmények, valamint helyi közösségek és szervezetek akcióterveket, konkrét cselekvési programokat fogalmazhatnak meg.
- A társadalom közösségei, tagjai és döntéshozói körében segítse elő a kábítószer-jelenség megértését, a szükséges és célszerű cselekvés alapelveivel való azonosulást.
- Segítse elő a közösségek–szakemberek–döntéshozók közötti együttműködést, valamint a kábítószer-probléma komplex kezelésében különösen érintett szaktárcák vonatkozó programjainak összehangolását. (A már említetteken kívül a legfontosabb kapcsolódó stratégiák: Nemzeti ifjúsági stratégia, Semmelweis Terv, önkormányzati, közoktatási, felsőoktatási és gyermekvédelmi törvények, Nemzeti alaptanterv.)

II. Helyzetkép és következtetések

A kialakítandó válaszok megtervezéséhez szükséges a legfontosabb, rendelkezésre álló információk, kábítószer-fogyasztási és ellátórendszeri mutatók áttekintése.

1. Lakossági fogyasztási adatok

A fiatal – 18 év alatti – korosztályok körében két, nemzetközi standardok alapján végzett vizsgálat is történt az elmúlt másfél évtized során (HBSC és ESPAD). A „Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010” (HBSC) vizsgálat szerint a kipróbálás illegális szerekre – visszaélészerű gyógyszerhasználatra – inhalánsokra vonatkozó együttes életprevalencia értéke a megelőző – 2002-es és 2006-os – értékekhez képest egyaránt emelkedést mutat. 2010-ben a 9. és 11. évfolyamok tanulói körében ez az arány meghaladta a 30%-ot (2002-ben 24,3%, 2006-ban 20,3% volt).

A szertípusokat külön vizsgálva a válaszadók körében az illegális (azaz tiltott) szerek használatának növekedése észlelhető a kannabisz és különösen is az amfetaminok (közel 50%-kal 4 év alatt) esetében. A válaszadók körében csökkent viszont a visszaélészerű gyógyszerhasználat. Az inhalánsok és az ecstasy kipróbálás előfordulásának feltételezett csökkenése statisztikailag egyértelműen nem bizonyítható. Korcsoportok és nemek szerinti bontásban különösen a 11. évfolyamra járó fiúk 38,4%-os, illegális szerekre – visszaélészerű gyógyszerhasználatra – inhalánsokra vonatkozó együttes életprevalencia-értéke ad okot aggodalomra.

2010-ben az adatfelvételt megelőző 30 napban a megkérdezett fiatalok 9,2%-a (közel minden tizedik) fogyasztott marihuánát vagy hasist. A 9. és 11. évfolyamos fiúk körében együttesen a mindennapos használók aránya 1,4 – 2,6 % közöttire becsülhető, vagyis hozzávetőleg minden ötvenedik megkérdezett fiú napi használó. A 2006. évi vonatkozó adatokkal összevetve jelentős bizonyossággal állítható, hogy e csoportban a mindennapos kannabisz használók aránya növekvő tendenciát mutat.

Az érettségit adó iskolatípusokban jelentősen alacsonyabbak a fogyasztási értékek, mint a szakmunkásképzők és szakiskolák fiataljai körében. A megyeszékhelyeken és más városokban, illetve a falun és tanyán élőkhez képest határozottan erőteljesebb a Budapesten lakók

kábítószer-érintettség. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás és az inhalánsok használata viszont vidéken magasabb.

Feltételezhető, hogy az első kipróbálás megtörtént a fiatalabb (14 éves, vagy annál fiatalabb) életkor felé tolódott, de ennek igazolása további részletes adatelemzést igényel.

2007-hez képest a 2011. évi ESPAD vizsgálat előzetes adatai is jelentős emelkedést mutatnak, a 2003–2007 közötti csökkenő tendencia az elmúlt években megfordult. Az összes illegális szer életprevalencia-értéke jelentősen nőtt, leginkább a stimulánsoké és a kokainé. E vizsgálat szerint is csökkent viszont a visszaélészerű gyógyszer, illetve inhaláns használat. (Ezek a budapesti diákokra érvényes, előzetes adatok.)

A 18 évesnél idősebb népességre irányuló lakossági vizsgálat Magyarországon utoljára 2007-ben történt, tehát e korcsoportra vonatkozóan az elmúlt évek folyamatairól nincsenek közvetlen adatok.

2. A problémás kábítószer-fogyasztás változásai

Az Európai Unió tagállamai becslési eljárásokra alapozzák a problémás kábítószer-fogyasztók számának meghatározását. Bűnügyi statisztikák, valamint egészségügyi és alacsonyküszöbű (elsősorban tücsere) szolgáltatások adataiból matematikai módszerekkel következtetnek a problémás szerhasználók számára. Ezek alapján Magyarországon a heroinhasználók száma 2800-3400 főre tehető, mely adat az elmúlt években valószínűleg nem változott jelentősen. Az amfetaminfogyasztók száma 25 000-30 000 fő. A becslés bizonytalansága a kokainfogyasztók esetében a legnagyobb, számuk országosan 5500-6000 fő. A kokainhasználat gyors terjedése miatt a kokainfogyasztás gyakorisága óvatos becslés szerint is kétszerese a heroinfogyasztásénak. Ezt a lefoglalási és letartóztatási adatok is megerősítik.

A fenti csoportokon belül sajátos kockázati csoportot képeznek az intravénás szerfogyasztók. Kétéves időszakokra két becslés készült, melyek a 2007. és 2008. évben együttesen 5000-5200, a 2008. és 2009. évben együttesen 4500-5000 intravénás droghasználót feltételeztek. E csoporton belül a legtöbben opiátokat (főként heroint) fogyasztanak, de a heroinhasználók aránya lassan csökken, az intravénás stimulánsokat használóké (amfetamin, mefedron, új

pszichoaktív szerek) pedig növekszik, mára az arányuk megközelítette az opiátfogyasztókét, különösen a 25 évnél fiatalabbak esetében.

A fiatalok körében végzett kutatások az intenzív, tehát napi vagy heti többszöri kannabiszhasználat előfordulásának növekedését jelzik. A HBSC 2010. szerint a 9. és 11. osztályos középiskolás fiúk hozzávetőleg 2%-a intenzív kannabiszhasználó. A felsőbb évesek körében ez az arány még magasabb is lehet. Esetükben – a rendelkezésre álló szakirodalmi adatok alapján – a tanulási képességek romlása, beilleszkedési zavarok, családi problémák is valószínűsíthetők.

Az új típusú dizájner drogok 2010-ben jelentek meg Magyarországon, ezek közül a mefedron (az utcai szóhasználatban: „kati”) olyan gyorsan, hogy már a 2011. évi ESPAD vizsgálat is kimutatta. A megjelenése óta eltelt rövid időhöz viszonyítva használata jelentős arányú lett. (Interneten is lehetett rendelni.) A 9-12. évfolyamos budapesti diákok körében a mefedronhasználat előfordulása 10,2% volt. 2011. január 1-jétől tiltó listára került, azonban számos más szer jelent meg, amely legális, interneten keresztül vagy bizonyos boltokból beszerezhető, és hatásában a stimulánsokra emlékeztet. A legnagyobb gond, hogy a szerhasználó, de még a szakember sem tudja, mit is rejt a műanyag zacskó, amelyben az adott anyagot árulják. A hatás lehet kismértékű, de lehet súlyos is, következményes klinikai tünetekkel, illetve kórházi kezelést igénylő mérgezéses állapottal. Jelenleg a mefedronhoz kémiaiilag hasonló katinonok és szintetikus kannabinoidok (a marihuána hatóanyagához hasonló kémiai szerkezetű anyagok) fordulnak elő a leggyakrabban. Mefedront már 2010-ben is használtak intravénásan, a tiltó listára kerülése után egyéb – egyelőre legális – szerek intravénás használata is megjelent.

3. Kezelési adatok

2010-ben 1233 kezelésbe lépőt jelentettek új esetként a szolgáltatók, ez a szám érzékelhető növekedést mutat (2007-ben 1185, 2008-ban 1032, 2009-ben 1054 volt). A kezelést megkezdők több mint fele korábban már állt kezelés alatt illegális szerfogyasztás miatt. A saját kezdeményezésükre kezelésbe lépők (nem-eltereltek) körében a kezelést indokoltá tevő kábítószer leggyakrabban a kannabisz (az összes eset 42%-a), a korábbi évekhez hasonlóan érzékelhetően nőtt a fogyasztása miatt kezelésbe lépők aránya és száma (348-ról 523-ra, azaz 175 esettel).

2010-ben 263 nem-elterelt személy kezdett kezelést opiátfogyasztás miatt. E szám kevesebb, mint a megelőző év vonatkozó adata (2009-ben 339 fő volt). Érdemi változásnak tekinthető, hogy a harmadik leggyakoribb szertípus a stimulánsok csoportja. 2010-ben 192 nem-elterelt lépett kezelésbe stimulánsok fogyasztása miatt. A 2009-es 113 esetszámhoz képest ez jelentős emelkedés. A stimulánshasználat miatt kezelést kezdők aránya az összes kezelést kezdő nem-elterelt körében 16%. (2009-ben 11% volt.) Az utóbbi évek egyik legmarkánsabb változása – arányaiban és számszerű értékében is – a stimulánshasználat növekedése. Az altatók, nyugtatók használata miatt kezelést kezdők száma és aránya a megelőző évhez képest kismértékű (mintegy 10%-os) csökkenést mutat.

A nem-elterelt kezelésbe lépők szerfogyasztásának mintázatát összegezve megállapítható, hogy jelentősebben nőtt a kannabisz- és a stimulánshasználat miatti, nem változott a kokainhasználat miatti, viszont jelentősen csökkent az opiáthasználat miatti kezeléskezdeményezések száma és aránya.

Az életükben először kezelésbe lépők szerhasználatának mintázata az összes kezelésbe lépőéhez hasonló. Azaz a heroinfogyasztók és az amfetaminfogyasztók arányának alakulása egymással ellentétesen mozgott, míg a kannabiszfogyasztók arányának alakulása inkább az amfetaminfogyasztókéhoz volt hasonló.

Az elterelésbe lépők – azaz a kezelési folyamatot a büntetőeljárás alternatívájaként megkezdők – csoportja jelentősen különbözik a nem-elterelt kezelést kezdőktől. Az elmúlt években 2500-3200 fő között mozgott az elterelésüket megkezdők száma. Legnagyobb részük (80-85%) az úgynevezett megelőző-felvilágosító szolgáltatásban jelent meg, kisebb hányaduk egészségügyi típusú ellátásban. Az általuk elsődlegesen használt kábítószer: a kannabisz (80%), a stimulánsok (10–12%) és az opiátok (4%). A nem-eltereltékhez képest e csoportban a fogyasztott szerek mintázatán kívül más a fogyasztás intenzitása is. Mintegy 60-65% alkalmi szerhasználónak tekinthető, tehát a jelentkezést megelőző 30 napban nem használt kábítószer. Közel egyötödük viszont intenzív (napi vagy heti többszöri) szerhasználó.

A heroinfüggők helyettesítő programjaiban 2010-ben összesen 1031 fő vett részt, közülük 30% megvonási, 70% fenntartási céllal. A leggyakoribb helyettesítő szer a metadon, 2007-től e célra újabb szereket is felhasználnak.

Az általában hosszú időtartamú, a terápiás közösség alapelveire épülő kezelést nyújtó mintegy másfél tucat drogterápiás intézetet 2008-ban hozzávetőleg 700 kliens vette igénybe.

4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések

Az injekciós szerhasználók 25-35%-a C típusú májgyulladás vírushordozója. Egyes budapesti kerületek zárt közösségeiben ez az arány a 60-70%-ot is elérheti. A HIV/AIDS előfordulás 1% alatt marad. Nincs megbízható adat a kábítószer-fogyasztók körében fellépő tbc, szexuális úton terjedő és egyéb fertőző megbetegedésekről.

5. Kábítószer miatti halálozások

A kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggésbe hozható halálozások száma a 90-es évek legvégén és a 2000-es évek legelején volt a legmagasabb, amikor évente 40 körüli esetet jelentettek. A halálesetek száma 2004 és 2009 között lassan, de folyamatosan csökkent, de 2009-ben ismét 30 fölé került. Legkevesebben 2010-ben haltak meg, összesen 17-en. Ennek oka valószínűsíthetően a heroinfogyasztás jelentős csökkenése, a heroin feketepiacról történő részbeni eltűnése, illetve a stimulánsok előtérbe kerülése lehetett.

6. Megelőzési programok

Magyarországon az elmúlt másfél évtizedben nem alakult ki a megelőzés iskolai egészségfejlesztésbe integrált, fenntartható, e célra elkülönített forrásokból finanszírozott rendszere. A pályázati úton történő forráselosztás sok esetben nem eredményezett iskolai szinten visszatérő, tervezett megelőzési tevékenységeket. A megvalósult programok gyakran kontextus nélkül, zárványszerűen jelentek meg az iskolák tevékenységében. Nem jött létre a megelőzési programok minőségbiztosítási rendszere. Ez a helyzet áll fenn nemcsak a megelőzési, hanem a kezelési és ártalomcsökkentő programok esetében is.

2004 és 2009 között csökkent az egészségfejlesztési, megelőzési feladatok ellátására saját kapacitással rendelkező iskolák száma. Jelentősen visszaszorult az iskolai drogügyi koordinátor szerepe. Viszont 30%-ról 80%-ra nőtt az olyan iskolák aránya, ahol minden évben folyt valamilyen megelőző tevékenység, bár többnyire a program akkreditációja és értékelése nélkül.

Míg korábban a tematikát a legális és illegális szerhasználat témaköre uralta, ma már ezekkel azonos súllyal jelennek meg a lelki egészség és az egészséges táplálkozás kérdései.

A célzott és javallt programok gyakorlatilag teljesen hiányoznak a hazai megelőzési tevékenységből, finanszírozásuk megoldatlan. A kevés számú, pályázati úton megvalósult program elsősorban a célzott megelőzésre korlátozódott, jelentőségük kísérleti programként értékelhető.

7. Kezelő- és ellátórendszer

Elvben az összes hazai pszichiátriai és addiktológiai tevékenységre engedéllyel rendelkező egészségügyi ellátó jogosult kábítószer használó betegek ellátására. Ez több mint 500 kezelő-ellátó helyet jelent. Ugyanakkor az országos adatgyűjtési programok keretében évről évre hozzávetőleg csupán 100-120 intézmény jelzi, hogy valóban ellát illegális szereket fogyasztó betegeket. (A visszaélészerű gyógyszerhasználat eseteit is beleértve.) A betegek mintegy 80%-át mindössze 15-20 intézmény kezeli, az illegális szerfogyasztók ellátása tehát kevés számú ellátó helyen, elsősorban a drogambulanciákon összpontosul. Olyan térségekben, ahol nincs drogambulancia, addiktológiai gondozók is végeznek kábítószerbeteg-ellátást, ami azonban elsősorban a kannabiszfogyasztókra és esetenként a stimulánsfogyasztókra korlátozódik. Az aktív fekvőbetegosztályok sürgősségi alapon vesznek fel illegális szerfogyasztókat. Emellett egyes megyékben, illetve Budapesten néhány aktív pszichiátriai vagy addiktológiai osztály is végez programozott kezelési tevékenységet, például opiátfüggők számára méregtelenítést.

A szakterületen romlott a szakember-ellátottság. Jellemző, hogy a pszichiáter, illetve addiktológus szakorvosok több kezelőhelyet is felügyelnek, elegendő pszichológus sincs az ellátásban, a gyógyító munkában fontos szerepet betöltő, elsődlegesen nem egészségügyi végzettségű személyzet javadalmazása megoldatlan. A pályázati rendszer ugyan alkalmas az innovációra, de e források hosszabb ideje folyamatosan szűkülnek és esetlegesek.

Míg az egészségügy területén szűkült, a szociális területen szélesedett az ellátások köre: szenvedélybetegek alacsonyküszöbű, közösségi és nappali ellátása. Ennek fő oka a drogbetegekkel is foglalkozó gondozói finanszírozás nagymértékű csökkenése 2006–2007 között, így a közösségi szenvedélybeteg-, valamint az alacsonyküszöbű szociális ellátások fejlesztésére nyílt csak lehetőség.

Alacsonyküszöbű és túcsereprogramokban 2010-ben 17 szervezet 2708 kliensről jelentett adatokat. A túcsereprogramok klienskörének közel felét (48%-át) a 25-34 évesek tették ki. Az igénybevevők 47%-a elsődlegesen heroint, 45%-a amfetamint injektált. 2009-hez képest az előbbiek aránya csökkent, az utóbbiaké, illetve az egyéb szereket (jellemzően mefedront) injektálóké pedig nőtt. A túcsereközpontok a becsült injekciós szerhasználók több mint felét elérik, és szinte csak ezek állnak kapcsolatban e veszélyeztetett csoportokkal, melyeknek a többségi társadalomhoz – a rendőrség kivételével – jóformán nincs is más kapcsolódásuk.

8. A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő közkiadások

Legutóbb 2007-ben készült becslés a kábítószer-problémával kapcsolatos kiadásokról. Annak alapján mintegy 10 milliárd forint volt e közkiadások összege, melynek 80%-át a büntető igazságszolgáltatás használta fel.

E 8 Mrd Ft

- felét (4 Mrd Ft) a büntetés-végrehajtás kiadásai tették ki. (A letöltendő szabadságvesztésre ítélt elkövetőkre: terjesztőkre, kapcsolódó más bűncselekményeket elkövetőkre fordított kiadások.)
- 2 Mrd Ft volt az ügyészség és bíróságok tevékenységéhez kapcsolódó kiadás (a vádemelési javaslat benyújtásától a jogerős ítéletek megszületéséig), és további mintegy
- 2 Mrd Ft volt a rendőrségi-rendészeti kiadások összege. (Felderítési munka, szervezett bűnözés elleni fellépés, titkosszolgálati eszközök alkalmazása, továbbá itt szerepelnek a közrendvédelmi kiadások, valamint a hatóság látókörébe került fogyasztói típusú magatartások bűnügyi költségei is.)

A teljes összegből a megelőzés–kezelés–ellátás–ártalomcsökkentés szakfeladatai együttesen mintegy 2 Mrd Ft-tal részesültek.

9. Rendészeti eljárások

Kábítószerrel történő visszaélés bűncselekménye miatt évente 4000-8000 eljárás fejeződik be Magyarországon. E szám 2005-ben volt a legmagasabb: 7600 fölött, 2003-ban pedig a legalacsonyabb, 3378 eljárással. A 2010-ben regisztrált 5789 eljárás a megelőző évekhez képest emelkedést jelez. 2010-ben a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekményei között 85,5%

(4952 eset) volt fogyasztói típusú bűncselekmény, míg 13,7%-át (795 eset) kereskedői típusú tevékenységek adták. A kábítószerrel visszaélést elkövetők közel 72%-a büntetlen, 26%-a pedig büntetett előéletű volt. (2% büntetlen előéletű, de intézkedés hatálya alatt álló személy volt.) A nyomozások mintegy 42%-a vádemeléssel végződött. Az elterelés alkalmazása következtében a nyomozások 52%-a fejeződött be bírósági eljárást nem eredményező módon. A vádemelést nem eredményező lezárások között 2007 óta folyamatosan nő a „büntethetőséget megszüntető egyéb ok” címen történő befejezések aránya.

10. Társadalmi környezet

A kábítószer-probléma kezelését célzó törekvések egy elhúzódó válságban lévő, létfeltételeiben sok szempontból kiszolgáltatott és bizonytalan helyzetű, romló egészségi állapotú, pozitív jövőképpel alig rendelkező társadalom számára fogalmazódnak meg. A kedvezőtlen folyamatok egyike a függőségi problémák egyre változatosabb formáinak terjedése. E folyamat a fogyasztói társadalom életforma- és értékválságaként, illetve a benne élők személyes, spirituális és önazonossági válságaként is értelmezhető. A „függőség kultúrájában” a magatartási minták nemzedékeken átívelő hatása miatt a szenvedélyproblémák népbetegség méreteit öltötték.

Az „élvezd az előnyöket most, és fizess később” életfelfogás erősen meggyökerezett a magyar társadalomban, és a hétköznapiok sok élethelyzetét is meghatározza. A pszichoaktív szerek a teljesítményt, kitartást igénylő örömök helyett „azonnali” kielégüléssel, közérzetjavulással, feszültségcsökkenéssel kecsegtetnek. A családi védőburok sérülése, a társadalmi anómia erősödése nyomán az ifjúság körében mind gyakoribb a szorongás, a döntésképtelenség, az élet és a saját lét értelmetlenségének átélése, az önértékelés elégtelensége, az unalom. A szerhasználat a fogyasztói társadalom és kultúra tükrében akár e társadalmi paradigma értékrendi, életmódi leképeződéseként is értelmezhető. Így a felnövekvő nemzedékek számára szinte természetessé vált a kábítószer jelenléte. Pedig a legális és illegális szerhasználat nem alapvető emberi szükséglet, nem is a személyes szabadság kiteljesítésének eszköze, hanem ön- és közösségkárosító magatartásforma, amely a legkülönbözőbb színtereken megjelenik, visszaszorítása tehát átfogó társadalompolitikai intézkedéseket igényel.

Bár a kábítószer-probléma az egész társadalom ügye, a fiatalok fokozottan érintettek benne, hiszen a pszichoaktív szerek kipróbálása, alkalmi, illetve rendszeres használata erre az életkorra a legjellemzőbb. A kipróbálás életkora a fiatalabbak felé tolódik el, viszonylag jelentős azok

aránya, akik a dohányzást és az alkoholfogyasztást a 11., a kábítószer-fogyasztást pedig a 13. életévük előtt próbálják ki. A stratégiának, illetve a különböző programoknak tehát elsősorban a fiatalokra kell irányulniuk, hogy csökkenjen az „új belépők” száma, a társadalmi károk, költségek mértéke. E körön belül pedig egyre nagyobb figyelmet kell fordítani a gyermekkorúakra.

10. 1. Család

A kábítószer-használattal kapcsolatosan számos védő és kockázati tényező ismeretes. A védő tényezők közül fiatal korban kiemelkedő jelentőségű a társas kohézió, a társas támogatások, illetve kapcsolatok minősége – a család, a helyi közösség, az iskola és a kortárscsoportok színterein egyaránt. Ha a család és a közösség nem tud támaszt nyújtani, az iskola pedig inkább kudarcok színtere, akkor nő a normasértő magatartásokkal kísérletező kortársak befolyása, és a kábítószer-használat kockázata is nagyobb.

Azok a gyermekek, akiknek a családjában szenvedélybeteg él, vagy akik felbomlott családban nőnek fel, a kábítószer-használat szempontjából is fokozottan veszélyeztetettek. Ugyanis számukra nehezített a hagyományos értékek, magatartásminták, életformák, megküzdési stratégiák elsajátítása, amelyek segíthetnék őket a kihívásoknak való megfelelésben.

10. 2. Iskola

A társadalmi feszültségek, a családi frusztrációk, beilleszkedési nehézségek rendre az iskolában csapódnak le. A megoldatlan és alig kezelhető társadalmi problémákkal magukra hagyott közoktatási intézmények nem képesek és nem is lehetnek képesek vonzóvá tenni azokat a magatartásmintákat és értékelveket, amelyek az egészséges személyiségfejlődéshez, a tudás, illetve a munka világában való helytálláshoz nélkülözhetetlenek. Az iskola így a kábítószer-használattal szemben sem tud hatékony védelmet nyújtani, sőt, az iskolai kudarcok, a motivációhiány, valamint a deviáns minták növekvő befolyása a kortárscsoportokban számos esetben újabb jelentős kockázati tényezőként jelenik meg.

Az iskolában magukat rosszul érző, gyenge előmenetelű, sokat hiányzó, végül kimaradó vagy eltanácsolt diákok körében magasabb a pszichoaktív szereket használók száma, illetve a kipróbálás is fiatalabb korban következik be. Az esetleges későbbi szerhasználatot előre jelző körülmények sorában – a közismert családi zavarjeleken kívül – fontos a diákok iskolájukkal szembeni elégedetlensége, amely a 7. és a 9. évfolyam között ugrásszerűen felerősödik. Szintén

erre az időszakra jellemző a dohányzás, a nagyívás és a lerészegedés előfordulási gyakoriságának kiugrása egyes csoportokban.

A kábítószer-fogyasztás hirtelen növekedése a 9-11. évfolyamokban figyelhető meg. A 15 évesnél idősebb lányok a kockázati magatartások tekintetében fokozottan sérülékenyek tűnnek. Az iskolai légkör jelentőségét jelzi, hogy a büntetést elsődleges pedagógiai eszközként alkalmazó iskolákban a diákok kudarcélménye kifejezettebb, és szerhasználatuk is súlyosabb mértékű.

10. 3. Kortárs csoportok

A kortárs csoportok gyakran ösztönzik a pszichoaktív szerek kipróbálását. Szerepük aligha alábecsülhető a szerhasználat – vagy éppen a szerhasználat elutasításának! – kialakulásában.

10. 4. Média

Az infokommunikációs technológia kulcsszerepet tölt be a közbeszéd témái, a beállítódások, vélemények, ítéletek, az értékvilág és az életmód alakításában. A média üzenetei gyakran írják felül a család, az iskola és a különböző természetes közösségek által közvetíteni kívánt értékeket, mintákat. Az internet egyoldalú, akár függőségig súlyosbodó használata nehezítheti a fiatalok élő, közvetlen kommunikációját, ronthatja konfliktustűrő képességüket. Miközben az internet az egészségfejlesztés, a megelőzés, illetve az alacsony küszöbű ellátások hatékony eszköze lehet, ma még legalább oly mértékben terepe a pszichoaktív szerek népszerűsítésének és kereskedelmének.

III. Alapértékek

1. Emberi méltóság, élet, egészség

A stratégia elismeri és tiszteletben tartja az emberi méltósághoz, élethez és egészséghez, azon belül a kábítószermentes élethez fűződő jogokat, melyeket mindenkinek mindenki mással és a körülvevő közösséggel kapcsolatban is el kell ismernie, tiszteletben kell tartania. E jogok nem csak azokat illetik meg, akik helyre szeretnék állítani a méltóságukat és az egészségüket, hanem az ezeket megóvni, kibontakoztatni szándékozókát is; és egyaránt kötelezettségeket rónak a személyekre, a közösségekre, az intézményekre, továbbá nem utolsósorban az állami szervekre.

2. Személyes és közösségi felelősségvállalás

Mindenki felelős önmagáért és azokért a közösségekért, amelyekhez kapcsolódik, másfelől a közösség is felelős a hozzá tartozó személyekért. A társas, intézményes környezet valamennyi szereplője felelős azért, hogy a kábítószer-használat el se kezdődjön, vagy ha már megtörtént, akkor abból ne alakuljon ki problémás használat, függőség. A körülvevő közösség és az egyes intézmények egyetemleges felelőssége, hogy a rászorulókat, családjuk és közösségeik segítségben részesüljenek. E segítség illeszkedjen az adott lehetőségekhez, illetve motivációkhoz, amelyek szakmai eszközökkel, továbbá ön- és kölcsönös segítség révén fejleszthetők.

A felelősségvállalás követelménye az érintettekre is vonatkozik, hiszen a szerhasználat az adott személyen kívül a környezetét is megterheli, károsítja. Miként a környezet felelős a megfelelő életfeltételek biztosításáért, úgy a személy is felelős a saját életét befolyásoló döntéseiért.

Fontos, hogy a közösség kiegyensúlyozottan viszonyuljon a kábítószer-problémákhoz és a kábítószer-használókhoz. Egyértelműen utasítsa el a kábítószer-fogyasztást, mivel ez a hozzáállás önmagában érték, védő tényező. Másfelől előítéletek nélkül, segítően forduljon azok felé, akik – legalábbis átmenetileg – nem képesek szermentesen élni. Ezzel is előmozdítva, hogy az érintettek igényeljék a segítséget, éljenek annak lehetőségeivel.

A felelősségvállalás képessége fejleszthető. Az erre irányuló törekvések hatékonyságát növelheti, ha a megelőző és kezelő programok tervezésébe és végrehajtásába felépült

szerhasználók is bekapcsolódnak. Az esélyerősítés és felelősséggel való felruházás e felfogása segíti a helyi közösségeket a kábítószer-problémák megelőzésében és kezelésében, erősíti biztonságérzetüket, segítőkészségüket.

3. Közösségi aktivitás

Az egészséges élet feltételeinek kialakítása, az egészségi állapot fenntartása és lehető legteljesebb helyreállítása csak a közösségek aktív szerepvállalásával lehetséges. A helyi közösségek kábítószer-használatot elutasító értékvilága és normarendszere alapvetően kihat a szerhasználat kialakulásának esélyeire. Minél több olyan közösségi kezdeményezésre van szükség, amely ezekre az értékekre és normákra épül és ezeket állítja előtérbe.

Kívánatos, hogy a már bejáratott és bevált programok mellett – civil, egyházi, önszolgáltató keretben, valamint a felépülő függők tapasztalatainak hasznosulása révén – az ellátások sorában újabb, illetve egyre több közösségi jellegű, nem intézményes, extramurális kezdeményezés, módszer jelenjen meg. Kerüljenek egyre inkább előtérbe a családokra és más helyi közösségekre irányuló, illetve azok részvételével zajló programok, az úgynevezett „lakossággközeli” szolgálatok és ellátások! Szintén indokolt a „jó gyakorlatot” megvalósító közösségi, civil és önszolgáltató kezdeményezések, csoportok támogatása. Ha a problémakezelés közösségi alapokra helyeződik, akkor várhatóan mérséklődik, és idővel meg is szűnik a kábítószer-problémák értelmezésének és kezelésének medikalizáló, pszichiátrizáló jellege. A terápiás közösségek, a különböző önszolgáltató és utógondozó programok is közösségi erőforrásokra épülnek. A közösségi irányultság tehát meghatározó jelentőségű a már kialakult függőség kezelésében, a felépülés támogatásában is.

Szintén ezt tükrözi a bűnüldözés „resztoratív” (a károk helyreállítására irányuló) szemlélete, melynek nyomán a kárt szenvedett közösség valamilyen jóvátételben részesül. Ennek megvalósulása az elkövető számára én-erősítő hatású lehet.

4. Együttműködés

A különböző jogok érvényesülése, a felelősség érvényesítése és általában a hatékony megbirkózás fontos feltétele a problémakezelés különböző szintjein élő és tevékenykedő szereplők közötti együttműködés. A stratégia szorgalmazza olyan programok megalkotását,

amelyek erősítik és fejlesztik az együttműködést a családon (szülők–gyermek–különböző generációk), a kortárs csoporton és az iskolán (pedagógusok–diákok) belül, továbbá a területen működő intézmények, valamint a különböző közösségek és intézmények között..

5. Tudományos megalapozottság

A stratégia tudományos bizonyítékokon alapul, megfelel a vonatkozó tudományos ismereteknek és szakmai tapasztalatoknak, összhangban áll a nemzetközi szervezetek és az Európai Unió ajánásaival. Javasolt, hogy a különböző szakmai testületek és közösségek is mindezek figyelembevételével alakítsák ki saját programjaikat.

IV. Célkitűzések

1. Általános célok

- A társadalom és közösségi értékszempléletében a jelenleginél hangsúlyosabban jusson érvényre a saját és mások egészsége iránti elköteleződés mint alapérték.
- Szélesedjék azon közösségi és szakmai kezdeményezések hatóköre, amelyek a felnövekvő korosztályok egészségesebb életvitelét szolgálják.
- Jöjjenek létre a kábítószer-problémák új típusú, korábban nem tapasztalt megnyilvánulási formáival való megbirkózáshoz szükséges közösségi és szakmai válaszok.

2. Konkrét célok

- Egy éven belül szülessen nemzeti stratégia és program a lelki egészség fejlesztéséről és előmozdításáról, az alkoholprobléma, továbbá más viselkedési függőségek megelőzéséről és kezeléséről. Történjék meg ezek kábítószer-stratégiával való összehangolása.
- Egy éven belül épüljön ki a gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer.
- Induljanak új típusú, könnyen hozzáférhető tanácsadó és segítő szolgálatok, programok, különös tekintettel a szülői szerepre való felkészítésre, az azzal járó kihívásoknak való megfelelés támogatására, illetve a modern kommunikációs eszközök felhasználására.
- Induljanak olyan programok és kezdeményezések, amelyek bátorítják és megerősítik a kábítószereket nem fogyasztó fiatalokat.
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok továbbfejlesztéseként épüljön ki a helyi egészségfejlesztő, megelőző és kezelő tevékenységet elindító és összehangoló, önkormányzatnak felelős, jogi személyként működő szervezetek országos hálózata.
- Lakóhelyétől, társadalmi helyzetétől függetlenül valamennyi érintett egyenlő, de legalábbis hasonló eséllyel kapcsolódhasson a különböző fejlesztő, megelőző és kezelő programokhoz.

- Csökkenjen a kábítószereket kipróbáló, illetve alkalmoszerűen használó serdülők adott korosztályon belüli aránya.
- A kipróbálók és alkalmi használók csoportján belül növekedjék azok aránya, akik – lehetőleg hozzátartozójukkal együtt – részt vesznek valamilyen tanácsadó programban. Ennek érdekében bővüljön az ilyen tanácsadást ellátni képes, illetve azt vállaló szakintézetek, társadalmi szervezetek és civil programok köre.
- A függők csoportján belül emelkedjen azok aránya, akik jelentkeznek valamilyen felépülési programba, illetve azt el is végzik.

V. Egészségfejlesztés és megelőzés

1. Egészségfejlesztés

Hazánkban a kábítószer-használat társadalmi problémaként való értelmezésének, a stratégiai szemlélet és gyakorlat megvalósulásának kezdeteitől fogva a megelőzés kérdései kerültek a probléma megközelítésének gyújtópontjába. Azonban e téren az elért eredmények ellenére sem történt áttörés. A források elégtelensége, a pénzügyi támogatás folyamatosságának hiánya, a folyamatok esetlegessége, a tárcák és ágazatok közötti egyeztetések bizonytalansága mellett mégis kialakult egy új szakmaiság, a megelőző tevékenységet folytató szolgáltatók köre, melyhez a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok egyre növekvő megelőzési aktivitása, egyes helyi közösségek útkeresése is társult.

Az egészség nem öncél, hanem a mindennapi élet erőforrásaként szolgál, ha a közösségi, társadalmi felelősségvállalás ténylegesen működik. Stratégiaileg is középpontba kell állítani az egészséget, a testi, lelki, szociális jól-létet, hogy ezek az értékek a gyakorlatban megvalósulhassanak. Ehhez szükség van egyrészt a személyes és közösségi erőforrások fejlesztésére, másrészt a megfelelő infrastruktúra folyamatos biztosítására, főleg a következő színtereken: család, iskolarendszer (nevelési-oktatási intézmények), munkahely, média, szabadidő-eltöltés, gyermekvédelem, büntetés-végrehajtás és igazságszolgáltatás, illetve speciális szükségletű csoportok.

2. Feladatok az egészségfejlesztésben

- Tárcá- és ágazatközi együttműködés nyomán egészségfejlesztésre épülő folyamatok kezdeményezése és ösztönözése, az iskolai egészségfejlesztés kötelező feladatként való nevesítése.
- A kapcsolati kultúra fejlődését, a kölcsönös bizalom erősödését, az önazonosság elmélyülését és a közösség iránti felelősségvállalást szolgáló programok meghirdetése és fokozott támogatása.
- Az egészségfejlesztés helyi koordináló szervezete a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. (Helyi döntés alapján esetleg új elnevezéssel, például: Községi Erőforrások Fóruma, vagy Községi Egészségfejlesztési Fórum, ami a jelenleginél jobban tükrözné a tevékenység összetettségét.) A KEF-ek az elmúlt évtizedben a helyi közösség fontos

szervezetévé váltak. Feladat- és hatókörük szélesítése érdekében kellő legitimitációt biztosító jogszabályi környezetre, az önkormányzat részéről (jogszabály alapján is) folyamatos támogatásra és együttműködésre, továbbá országos szervezetté alakulásra van szükség. Az önkormányzatnak felelős helyi KEF így – szoros együttműködésben közfeladatot ellátó más szolgálatokkal – alkalmassá válik helyi programok és akciók kezdeményezésére, tervezésére, értékelésére, a helyi közösség valós szükségleteire épülő, szakmailag is hitelesített egészségfejlesztési tevékenység összehangolására. A hálózatként működő új országos szervezet a drogpolitika társadalmi ellenőrzésének fontos szereplője.

- Az alap-, közép- és felsőfokú oktatási intézményekben induljanak életkor-specifikus, szakmailag hitelesített képzési programok, amelyek segítik a szülői szerepre való felkészülést, a családi élet iránti elköteleződést és felelősségvállalást, illetve felölelik a családalapításhoz szükséges alapismereteket. Kívánatos, hogy ilyen kezdeményezések iskolán kívül, a szabadidő-eltöltés, a szórakozás különböző szinterein is megvalósuljanak, főleg a fiatalok által látogatott helyszíneken, illetve az általuk szervezett alkalmakon.
- A teljes körű iskolai egészségfejlesztés keretein belül ki kell dolgozni és be kell vezetni a magyar sajátosságokhoz illeszkedő, államilag támogatott, összehangolt, az életvezetési és megelőzési ismereteket egyaránt felölelő nemzeti egészségfejlesztési programot.
- Az egyházi közösségeknek fontos, spirituális szempontból pótolhatatlan szerepe van a tanításukból következő, az élethez, egészséghez, felelősséghez, emberi méltósághoz kapcsolódó értékek átadásában. Az egészségfejlesztés (egyben a kábítószer-használat megelőzése) szempontjából is kívánatos, hogy a hitoktatásban, a pasztorális munkában, az egyházi iskolákban zajló nevelésben és oktatásban, továbbá a lelkészképzésben hangsúlyosabban jelenjen meg ez az irányultság, illetve feladatkör.
- Mivel a társadalmilag, kulturálisan hátrányos helyzetű szülők jelentős része a szokványos szintereken alig vagy egyáltalán nem érhető el, bevonásuk érdekében speciális programokat kell indítani.
- A médiában is indokolt a családi élet témakörének hangsúlyosabb megjelenése – különös tekintettel a hétköznapi konfliktusok, kapcsolati problémák hátterének és kezelési módjainak bemutatására.
- Az egészség, az egészséges életmód mint érték és erőforrás minél több ember számára váljon követhető és követendő mintává. Ennek érdekében:

- egészséget támogató társadalompolitikára, azt szolgáló jogszabályi környezetre, folyamatos ágazatközi együttműködésre van szükség.
- Az egészséghez, az egészséges életmódhoz kapcsolódó viszonyulások, motivációk, képességek átfogó alakítása szerepeljen kiemelt értékként és nevesített feladatként az egészségügy, a közoktatás, valamint a tömegtájékoztatás területein. Ez források biztosítását, a fogalmak egységesítését, képzések és továbbképzések indítását és fenntartását igényli.
- Képzések, továbbképzések révén a mentálhigiénés szemlélet egyre inkább váljon az egészség-, a szakmai, illetve általában véve a kapcsolati kultúra szerves összetevőjévé.

3. Megelőzés

A kábítószer-problémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek valamennyi szintéren és célcsoportban az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia. Egyaránt figyelni kell a társas-közösségi feltételekre és hatásokra, illetve a személyre és annak környezetére. Különösen az iskolai szintéren vannak már jelei, hogy a drogmegelőzés szűkebb értelmezése helyett a programok középpontjába az egészségfejlesztés, az átfogó testi-lelki-szellemi-társadalmi jól-lét kerül. Szükséges e folyamat, illetve szemléletváltás ösztönzése, erősítése.

Az egészségfejlesztés részeként zajló, valós szükségletekre épülő, körültekintően tervezett, folyamatos, kiértékelt és összehangolt megelőző munka is főleg helyi közösségekben, illetve azok által valósítható meg. Mi alapján ítélné meg a programok eredményessége? Elsősorban a személyes ellenálló-, megbirkózási és konfliktuskezelő képességben, az én-hatékonyágban, bizonyos ismeretek és készségek elsajátításában mutatott fejlődés, valamint a szerhasználat elutasítása tükrében. A rendelkezésre álló tapasztalatok ellenére jelenleg megoldatlan a megelőző programok minőségbiztosítása. Olyan minőségbiztosítási rendszer kialakítására van szükség, amely a bemeneti (akkreditáció), a nyomon követési (monitoring) és a kimeneti (hatásvizsgálatok, jó gyakorlatok) követelményeket egyaránt felöleli és összehangolja.

4. Feladatok a megelőzésben

4. 1. Helyi közösségek színtere

- Ágazatok közötti együttműködésben – a felelősségi körök és a megvalósítás kulcsszereplőinek rögzítésével – épüljön ki a szakmai és pénzügyi értelemben hosszabb távon is működtethető megelőző szolgáltatások rendszere. E rendszernek – különösen az iskolai szinten – csak olyan program lehessen része, amelyet egységes és nyilvános szakmai követelményrendszer alapján arra feljogosított szakértői testület hitelesített, azaz akkreditált.
- A KEF-ek – civil szervezetek, egyházi és más helyi közösségek, illetve intézmények bevonásával – szervezzék meg és hangolják össze a stratégiai célokat szolgáló megelőző munkát.
- Továbbképzésekkel, szakmai konzultációkkal, az átjárhatóság és a delegálás folyamatosságának biztosításával (különösen a célzott és javallott megelőzés területein) erősíteni kell a szociális, a gyermekvédelmi és egyes esetekben az egészségügyi ellátó intézményrendszernek a helyi stratégiához való kapcsolódását.
- A különböző megelőzési programokba kapcsolódjanak be a felépülő, illetve felépült szenvedélybetegek önsegítő csoportjai is, mivel személyes példájukkal, tapasztalataikkal jelentős hatást fejthetnek ki a helyi közösségre.
- A helyi közösség – mintegy a helyzetfelmérésekre, a jelentkező problémákra adott megfelelő válaszként – a veszélyeztetett, sérülékeny személyek és csoportok számára biztosítsa a szakmailag indokolt, célzott megelőző beavatkozás igénybevételének lehetőségét.
- A helyi közösség a függőnek nem minősülő, de problémás kábítószer-használat jeleit mutató személyek számára biztosítsa a javallott megelőzés, a szakszerű beavatkozás, illetve kezelés igénybevételének lehetőségét, továbbá támogassa a családtagokat és a hozzátartozókat.

4. 2. Családi színtér

- Szélesedjen a családok problémáinak megoldását elősegítő szolgálatok és szolgáltatások (családkonzultáció, családterápia, mediáció, nevelési tanácsadás) hatóköre, hogy azok minél több településen elérhetők legyenek.

- A helyi egészségfejlesztési és megelőző programok tervezésekor és megvalósításakor messzemenően figyelembe kell venni a családok kulturális és szociális helyzetét, illetve egyéb sajátosságait.
- A különböző közösségi ellátási formákat a szenvedélybetegeken kívül hozzátartozóik számára is elérhetővé, illetve finanszírozottá kell tenni. Ugyancsak e családok támogatása érdekében bővíteni kell a különböző segítő szolgálatok közötti konzultációs lehetőségeket. (Esetközpontú konzultáció az alacsonyküszöbű és közösségi ellátások, a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok és a védőnői hálózat munkatársai számára, szükség esetén delegálás biztosítása.)

4. 3. Iskolai szintér

- Az egészséges iskola elsősorban lelkileg egészséges, vagyis lelkileg egészségpromóciós rendszer, és ebben a pedagógus lelki és testi egészsége, példája, konfliktuskezelő képessége, kommunikációs készsége központi jelentőségű. Ez csak egészséges pedagógiai munkarendszerben valósulhat meg.
- Az iskola az egészségfejlesztés és a célzott megelőzés kiemelt színtere, ahol szükség van e tevékenységek folyamatos fejlesztésére, a források biztosítására, nem utolsósorban pedig a minőségbiztosítási követelmények megfogalmazására és következetes érvényesítésére. A kábítószer-használat megelőzését közvetlenül szolgáló intézkedések csak akkor lehetnek hatékonyak, ha az iskolai szintéren végbemennek azok a régóta esedékes változások, amelyek elősegíthetik, hogy az intézmény alapvető szocializációs feladatait eredményesebben töltse be. Ennek legfőbb feltételei:
 - az egyre nehezebben kezelhető szociális és szocializációs konfliktusok megoldásában illetékes segítő szakmák jelenléte minden iskolában,
 - az életkori adottságokat nem tükröző tananyag, a tanulók motiválására alkalmatlan pedagógiai módszerek korszerűsítése, hogy mérsékelni lehessen a tanulástól és a felnőtt társadalom értékeitől elidegenítő tanulmányi kudarcok sokaságát,
 - a tanórán kívüli iskolai tevékenységek tartalmasabb, változatosabb megszervezése (művészet, irodalom, zene, sport, játék, szakköri tevékenység, természetjárás, iskolakert), ehhez a megfelelő személyi és finanszírozási feltételek biztosítása, tekintettel arra, hogy ezek a tevékenységek nagyobb hatással vannak a tanulók életvitelének és értékválasztásainak alakulására, mint a közvetlen befolyásolás valamennyi eszköze.

- Az egyes iskolák megalkotandó egészségfejlesztési és megelőzési stratégiáját összehangba kell hozni a nemzeti stratégiával, továbbá a (KEF által képviselt) helyi közösségnek és az iskolarendszer egészének vonatkozó stratégiáival. Ennek érdekében az egyes nevelőtestületek számára át kell adni az intézményi stratégia kimunkálásához szükséges legfontosabb elméleti és gyakorlati ismereteket.
- Bár e szintér kulcsszereplője a nevelőtestület egésze, illetve a pedagógus, az iskolai egészségstratégia megalkotásába és megvalósításába – a nem pedagógus végzettségű segítő szakemberek közreműködésén kívül – a szülőket és a diákokat is be kell vonni.
- Az iskolai programok esetleges és többnyire egy évre szóló pénzügyi támogatása helyett olyan kiszámítható finanszírozási rendszert kell kialakítani, amely hosszabb távú programokat is lehetővé tesz, és igazodik a tanulók létszámához.
- A feladatkör – egészségfejlesztési feladatokat is felölelő – újrafogalmazásával és a szükséges források biztosításával újjá kell szervezni az iskolai drogügyi koordinátori hálózatot.

4. 4. Felsőoktatási szintér

- A tanári pálya gyakorlati kihívásaira felkészítő képzési elemek hangsúlyosabb megjelenítése a tanárképzésben.
- A mentálhigiénés, egészségpszichológiai és addiktológiai alapismeretek beépítése a pedagógusok alapképzésébe és továbbképzési rendszerébe.
- Az egészséggel kapcsolatos alapismeretek az általános műveltség részét képezik, ezért a felsőoktatás különböző intézményeiben támogatni kell az e témakörhöz kapcsolódó ismeretterjesztő és készségfejlesztő programokat.
- A hallgatók számára biztosítani kell az életvezetési tanácsadásokhoz való hozzáférést, e szakterületnek a kormányzati szervezetben is legyen felelőse.
- Fokozott figyelmet kell fordítani a „campus lét” jelenségére és az ezzel összefüggő sajátos mentálhigiénés problémákra.

4. 5. Kortárs csoportok, ifjúsági közösségek szintere

- A megelőzés, az ártalomcsökkentés és a kínálatcsökkentés egyaránt fontos elemeként a zenés, táncos szórakozóhelyek bevonása és érdekeltté tétele a fiatalok biztonságosabb szórakoztatásában.

- Az úgynevezett objektív felelősség elve alapján világosan rögzíteni kell a különböző kereskedelmi létesítmények és szórakozóhelyek üzemeltetőinek felelősségét a helyszínen tartózkodók egészségének megóvásával, illetve a kábítószer-fogyasztás megakadályozásával kapcsolatosan. A követelmények betartásának hatékony ellenőrzése érdekében erősíteni kell az önkormányzatok ez irányú felhatalmazását.
- Támogatni kell alternatív szabadidős programok szervezését és olyan szinterek, helyszínek kialakítását, ahol e programok helyet kaphatnak. (Művelődési házak, ifjúsági központok, iskolák stb.)

4. 6. Média színtér

- A függőséget okozó pszichoaktív szerek bármilyen célú és formában történő reklámozásának és népszerűsítésének jogszabályba foglalt tiltása.
- A világhálón és a kereskedelmi kommunikáció egyéb színterein a kábítószer-fogyasztást ösztönző tartalmak visszaszorítása. A szakmai és jogszabályi válaszok kialakítása érdekében internetfigyelő szolgálat szervezése.
- A kábítószer-termesztés és -használat legkülönbözőbb segédeszközeit árusító üzletek ellenőrzése. E termékek árusításának, reklámjának visszaszorítása.
- Felelősségteljes, előítéleteket oldó, szolidaritásra és részvételre ösztönző médiaprogramok készítése. A kábítószerproblémák háttértényezőit, megelőzési és kezelési lehetőségeit bemutató tematikus műsorok, honlapok, cikksorozatok stb. indítása.
- Az infokommunikációs technológiai eszközök, elsősorban az internet nyújtotta lehetőségek megelőzési, tanácsadási és terápiás célú felhasználásának támogatása. Az e szolgálatokhoz és szolgáltatásokhoz szükséges szakismeretek és képességek átadása, illetve fejlesztése képzéseken és továbbképzéseken.
- Megelőzési és egészségfejlesztési ismereteket elmélyítő képzési, továbbképzési programok szervezése újságírók, kommunikációs és médiszakemberek számára.
- A rendelkezésre álló különböző adatbázisok összekapcsolásával, illetve tartalomfejlesztéssel Központi Addiktológiai Információs Központ létrehozása, ahol az érdeklődők interneten és telefonon keresztül szakemberektől kaphatnak felvilágosítást a kábítószeres és más pszichoaktív szerek okozta problémákról, a megelőzés és kezelés lehetőségeiről.

- A KEF-ek hálózatán belül általános tanácsadási és tájékoztatási feladatokat ellátó Helyi Addiktológiai Információs Pontok kialakítása.

4. 7. Munkahelyi szintér

- A felnőtt népesség (és családtagjaik) elérése, a vállalati erőforrások bevonása a megelőző munkába, ezáltal a munkaerő versenyképességének fenntartása.
- A munkahelyi megelőző programok elsősorban az egészségtudatos többségre összpontosítsanak, illetve már működő vállalati képzési és szociális programokhoz kapcsolódjanak.
- A vállalatok besorolási rendszerének olyan irányú módosítása, amely a megelőzési programokat, a vállalati kultúrát, a munkavállalók egészségtudatosságát is figyelembe veszi.
- A kormányzat és az önkormányzatok egyrészt ösztönözzék a vállalatok felelősségvállalási tevékenységét, másrészt – mint munkáltatók – megelőző programok szervezésével mutassanak példát a magánszektor számára.
- A munkavállalói érdekképviseltek a különböző megállapodások keretein belül (például kollektív szerződésben) kezdeményezzék a megelőzésre irányuló programokat.
- Jogszabály rendezze a munkahelyeken megvalósítható drogpolitikák lehetséges tartalmait és kivitelezési feltételeit .

4. 8. Az elterelés intézménye

Az elterelés a megelőzési tevékenység fontos intézménye, amely az esetek döntő többségében még nem függő szerhasználókra irányul, olyan sajátos életkorban, amikor az önismeretet és a problémamegoldást fejlesztő tanácsadásban nagy lehetőségek rejlenek. Ugyanakkor a büntetés alóli mentesítés csak akkor érheti el valódi célját, ha az elterelés nem ad lehetőséget újabb visszaélésekre, eredményei pedig nyomon követhetők.

- Bizonyos feltételek teljesülése esetén (például együttműködés a hatóságokkal, a bünyügyi eljárás költségeinek részbeni, illetve teljes megtérítése vagy jóvátételi úton való kiváltása) a kábítószer-fogyasztók számára továbbra is biztosítani kell a lehetőséget arra, hogy büntetés helyett kezelési, megelőzési programban vegyenek részt.
- A hatékonyság növelése érdekében a szolgáltatók kapjanak lehetőséget, hogy jogszabályban megállapított minimum és maximum órakereten belül – a kliens szükségletei alapján – maguk határozhassák meg az elterelés óraszámát. Szintén

rögzíteni kell az adott időtartamon belüli azon óraszámot, amely fölött az elterelés (az egészségbiztosítás által finanszírozott ellátások kivételével) már önköltséges.

- Ki kell alakítani az elterelés minőségbiztosítási rendszerét, különös tekintettel a következőkre: a vonatkozó módszertani levél ajánlásainak bevezetése és elterjesztése, az elterelésben közreműködő szolgáltatók továbbképzése, továbbá a párhuzamosságok elkerülése érdekében általános és egységes nyilvántartási rendszer megteremtése.

VI. Kezelés, ellátás és felépülés

1. Alapvetés

A felépülés-központú ellátás végső célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása (a tartós szermentességet is beleértve), továbbá a társadalomba való minél teljesebb visszailleszkedése, hogy képes legyen családi szerepeit betölteni, tanulni, munkát végezni, lakhatását megfelelően biztosítani. A felépülés-központú szemlélet a szerhasználó és a segítő intézményrendszer első találkozásánál megjelenik, és végigkíséri a kliens útját az ellátórendszerek között. Fontos része a kábítószer-függőségre jellemző gyakori visszaesések megelőzése, illetve megfelelő kezelése.

Az ellátórendszerek a kliensek szükségletei, valamint a kezelés-ellátás eredményei szerint szerveződnek. A szükségletalapú és eredményközpontú ellátás a beteg-, illetve kliensutak optimális szervezését jelenti. Mindez feltételezi a kezelő-ellátó rendszereken belüli és azok közötti teljes ellátási spektrum kiépülését és – a szociális ellátásokkal szoros együttműködésben – az egészségügyi szolgáltatások progresszív rendszerét. E megközelítésben a kliens szükségletei a maguk teljességében jelennek meg. Tehát nem csak a szerhasználat vagy a függőség jelenik meg problémaként, illetve szükségletként, hanem annak pszichoszociális összefüggésrendszere is.

A kezelő-ellátó rendszer hatékonysága a kliens aktuális szükségleteitől, motivációjától, változásra való készenlététől és környezetének ezeket támogató vagy gátló hatásaitól is függ. Ezekre a körülményekre az ellátórendszer beavatkozásai is visszahatnak. A legfontosabb eredmény az, ha a kliens felépül, visszailleszkedik a közösségbe és józanná válik. Viszont előrelépés az is, ha a kevésbé motivált, a változásra kevésbé kész kliensek további szerhasználata kisebb megterhelést jelent önmaguk, illetve szűkebb és tágabb környezetük számára. Tehát a felépülés-központú szemléleten működő teljes kezelési láncnak a különböző alacsonyküszöbű, illetve ártalomcsökkentő programok is részei, annak mintegy első állomását jelentik. E programokban különösen fontos a kliensek aktuális motivációinak és a változásra való ösztönzésnek olyan összehangolása, amely növeli a későbbi felépülés esélyét.

A felépülésalapú ellátási modell követelményeit a jelenlegi intézményrendszer nem képes teljesíteni. A hazai ellátórendszer jelentős kapacitáshiánnyal küzd, leginkább a kábítószer-

használó gyermek- és fiatalkorúak, valamint a többszörösen visszaeső, a rejtőzködő és a komorbid szerhasználók kezelésének megoldatlansága szembeötlő. Sok esetben formálisak a pszichoszociális beavatkozások, illetve azokat a gyógyszeres kezelések mellett nem kellő hatékonysággal alkalmazzák, elsősorban a stimulánsokat használóknál és a fenntartó kezelésben részesülőknél. Elégtelen a súlyos állapotú, C típusú májgyulladásal fertőzött, injekciós szerhasználók vírusellenes kezelésbe irányítása. A meglévő, túlságosan széttagolt finanszírozási rendszer velejárói egyes szervezési, módszertani problémák, mint például az egészségügyi és a szociális ellátások összehangolásának hiánya, a beteg- és kliensutak áttekinthetlensége, irányítatlansága.

2. Feladatok

2. 1. Korai kezelésbe vétel

A kábítószer-fogyasztás kezdeti szakaszában a korai beavatkozás (intervenció) hatékony eszköz arra, hogy kivédje a függőség kialakulását és a súlyosabb szövődményeket. E beavatkozási módszerek általában egyszerűek, előnyük éppen a széles körű alkalmazhatóság, továbbá az, hogy hatásuk a problémás szerhasználat korai szakaszában jelentkezik.

- A célzott beavatkozások, illetve a javallt megelőzési tevékenységek jelenjenek meg az egészségügyi ellátórendszer azon intézményeiben, amelyek erre a szakmai követelmények teljesítésével jogosultságot szereznek. Gondoskodni kell e tevékenység finanszírozásáról – a javallt megelőzés feladatát is beleértve.
- A korai beavatkozás lehetőség szerint a család bevonásával, segítségével történjék, mivel a családtagokra is kiterjedő munka lényegesen hatékonyabb.

2. 2. Kezelő-ellátó rendszer

- Annak érdekében, hogy az érintett betegek egyszerűbben és gyorsabban hozzájussanak az állapotuknak leginkább megfelelő kezeléshez, az addiktológiai ellátásban részt vevő intézményeknek szorosabban együtt kell működniük.
- Az egyenlő hozzáférés esélyének biztosítása érdekében csökkenteni kell az addiktológiai ellátás területi egyenlőtlenségeit. Ezáltal országszerte javulna a kezelő-ellátó rendszer kellő progresszivitást tükröző elemeinek igénybevehetősége.

- A kezelő-ellátó rendszerek lehetőleg működjenek együtt a helyben megvalósuló családi, közösségi kezdeményezésekkel és a felépülő szerhasználók önszerveződésen alapuló programjaival, például a Névtelen Anyagosokkal és az Anonim Alkoholistákkal.
- Kötelező szociális alapellátási feladatként kell meghatározni a szociális ellátás fontos láncszemeként működő közösségi szenvedélybeteg- és alacsonyküszöbű ellátásokat, és javítani kell a működési feltételeiken.
- Elő kell segíteni a kezelő-ellátó rendszer úgynevezett alacsonyküszöbű programjaiba történő könnyebb és stigmatizációmentes bekapcsolódást. Ezek az ellátások mintegy „első lépcsőként” illeszkedjenek a felépülés-központú programokhoz. Az alacsonyküszöbű programok fejlesztését a rejtőzködő szerhasználók felkutatásának és kezelésbe-ellátásba vonásának szempontja is indokolja. (Ennek érdekében a modern kommunikációs eszközök is jól felhasználhatók.)
- A másként hatékonyan nem kezelhető opiátfüggő betegek esetében indokolt a fenntartó kezelés, amely legyen egy személyre szabott pszichoszociális beavatkozásokat is hangsúlyosan magában foglaló, átfogó program része. A fenntartó kezelésben, illetve az egyéb ártalomcsökkentő programokban részt vevők számára is biztosítani kell a lehető legteljesebb felépülést elősegítő kezelési módszereket és eszközöket.
- Biztonságosabbá és kiszámíthatóbbá kell tenni az addiktológiai ellátás jelenleg kedvezőtlen pénzügyi feltételeit. Szükséges olyan finanszírozási környezet kialakítása, amely biztosítja az ellátás megfelelő szakmai színvonalának fenntarthatóságát.
- Ki kell alakítani a még nem finanszírozott drogterápiás intézmények támogatási rendszerét.
- A jelentős szakemberhiány csökkentése olyan életpályamodell kialakítását igényli, amely a különböző hivatású szakemberek számára vonzóvá teszi a szakterületet.
- Indokolt a nem egészségügyi képesítésű szakemberek, például addiktológiai konzultánsok, szociális munkások, mentálhigiénés szakemberek bevonása a járóbeteg-ellátásba – és ez irányú tevékenységüket finanszírozni kell.

2. 3. Speciális csoportok, sajátos problémák

- Az ellátórendszer jelenleg nem képes megfelelni a gyermek- és fiatalkorú problémás kábítószer-fogyasztók, kábítószerfüggők speciális szükségleteinek. Ez a járóbeteg-, a fekvőbeteg-, illetve a rehabilitációs ellátásokra egyaránt vonatkozik. A probléma megoldását a gyermek- és fiatalkorúak járó- és fekvőbeteg-ellátását, rehabilitációját és

reszocializációját végző, a szükséges szakmai és infrastrukturális feltételekkel rendelkező intézményhálózat kiépítése jelenti.

- A büntetés-végrehajtási intézetekben – együttműködve az azon kívüli ellátórendszerrel – a kábítószerrel kapcsolatos bűnelkövetés miatt elítéltek számára indokolt különböző terápiás beavatkozások bevezetése. (Például terápiás közösség, kivezető program stb.)
- Az eljárási szabályok módosításával biztosítani kell, hogy a rendőrség által előállított, illetve előzetes letartóztatásba kerülő kábítószer-használókat – megfelelő gyógyszeres és pszichoszociális ellátásuk érdekében – azonnal fölkereshesse olyan segítő szakember, aki az eljárás során, illetve a rendészeti intézkedést követően is elvégzi a gondozási feladatokat.
- Szélesíteni kell a különböző speciális szükségletű szerhasználók számára szolgáló kezelő-ellátó programok kínálatát, különös tekintettel a kisebbségi csoporthoz tartozókra, a hajléktalanokra, a várandós nőkre, a fertőző betegségben szenvedőkre, a szerfüggő gyermeket nevelő szülőkre, a fogyatékkal élőkre, illetve a vírushordozó injekciós kábítószer-fogyasztókra.
- A veszélyeztetett személyek azonosítására alkalmas szűrővizsgálatok bevezetése és alkalmazása.

2. 4. Minőségbiztosítás, rendszerszintű irányítás, ellátásszervezés

- A hazai és külföldi, bizonyítékokon alapuló eljárások, jó gyakorlatok kiemelt támogatása, hazai körülményekhez való igazítása.
- A jó gyakorlatokat is magukban foglaló szakmai irányelvek, módszertani levelek és kezelési protokollok rendszeres felülvizsgálata. A még hiányzó szakmai protokollok megalkotása.
- Az ellátás minőségének és hatékonyságának nyomon követése céljából minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítása. Bizonyítékokon alapuló pszichoszociális beavatkozások elsajátítását segítő szakmai protokollok kialakítása és bevezetése.
- Az egészségügyi és szociális ellátó kapacitások szükségleteknek megfelelő fejlesztése, a felépülő, illetve ellátott kliensek és betegek bevonása kezelésük és ellátásuk szervezésébe, értékelésébe, továbbá – lehetőség szerint – irányításába.

VII. Kínálatcsökkentés

1. Főbb folyamatok

Magyarországon amellet, hogy az összes klasszikus kábítószer-típus hozzáférhető, rohamosan terjed a dizájner szerek kereskedelme és használata. A forgalmazás szervezett bűnözéssel való kapcsolata miatt e szerek megjelenésének nemzetbiztonsági kockázata is nagy. A korábban hagyományos kábítószerrel kereskedő bűnözői csoportok újabban egyre inkább e szerek forgalmazásával foglalkoznak, mivel az ebből a szempontból nem megfelelő jogszabályi környezet miatt a lebukás egyelőre következményektől mentes.

A különböző kábítószer-típusokkal foglalkozó elkövetői körök a terjesztői piramis magasabb fokain már a szervezett bűnözés valamennyi ismértét magukon viselik – különösen a balkáni útvonalon tevékenykedő csempész-csoportok, illetve a kannabisz terjesztésében meghatározó szerepet betöltő külföldi bűnözői csoportok. A hazai piacon az illegális és legális szintetikus kábítószer a kannabisz után a második leginkább keresett szer-csoport. A kokainkínálat szintén folyamatosan növekszik.

A világhálón elkövetett bűncselekmények száma napról napra nő, a kábítószer-kínálat egyik legnehezebben ellenőrizhető területe az internet alapú bűnelkövetés.

2. Szervezeti feltételek

Az országot behálózó csempész-, természet-, terjesztő csoportokkal a Magyar Rendőrség bűnügyi szerveinek keretein belül – váltakozó sikerrel – egy jelenleg szétszabdalt, valódi koordináció nélküli szervezet néz szembe. Holott az erők, az eszközök és főleg az információk összpontosítása bizonyára növelné az ország kábítószer-ellátását végző bűnözői szervezetek elleni küzdelem hatékonyságát.

3. Célok, alapelvek, tevékenységi terület

A kínálatcsökkentés stratégiai célja a kábítószer hozzáférhetőségének megakadályozása. Ezt szolgálja a hatékony büntfelderítés, illetve – a keresletcsökkentés szereplőivel együttműködve – azok a programok, amelyek elősegítik, hogy a fiatalok képesek legyenek nemet mondani a kábítószer-használatra.

A kínálatcsökkentő munka jogszabályokba foglalt kötelezettség, amely védi a társadalom tagjait, és a különböző közösségek (család, iskola, munkahely stb.) biztonságát szolgálja. Tevékenységi területe a jogi szabályozást, a bűnüldözést, az illegális kábítószer-termelés felszámolását és az úgynevezett prekursor anyagok szigorú ellenőrzését egyaránt érinti. Foglalkozik továbbá a nemzetközi együttműködésben megvalósuló kábítószer-ellenes közösségi akciókkal, valamint az illegális kábítószer-kereskedelemhez kötődő pénzmosás és korrupció elleni fellépéssel is. Intézményesített keretek között felőleli elsősorban a rendőrség, a Nemzeti Adó- és Vámhivatal felderítő tevékenységét, továbbá az eredményesebb nyomozások végrehajtását segítő Nemzetbiztonsági Szakszolgálat kapacitásainak bővítését, valamint a büntetés-végrehajtás területén szükséges ellenőrzési feladatokat is. A kínálatcsökkentésbe a bűnmegelőzés is beletartozik, aminek területén az említett szervek mellett elsősorban a helyi közösségnek, az önkormányzatnak és más helyi szervezeteknek (például a polgárőrségnek) lehet kulcsszerepe. E téren a társadalmi jelzőrendszer hatékonysága az állampolgári felelősségvállalás erősödését, a problémák korai kezelése pedig a nemkívánatos jelenségekkel szembeni önkormányzati fellépés lehetőségének jogszabályi megteremtését igényli.

A kábítószer-kínálat visszaszorítása a jogszabályok által évtizedek óta folyamatosan megkövetelt zero tolerancia elvét követi, és tevékenységét a kábítószer-kereskedőkre és termelőkre összpontosítja. A kábítószer-termeléséhez és kereskedelméhez kapcsolódó büntetőjogi felelősség alól sem függőség, sem más indok nem mentesíthet. Az ilyen esetekben alkalmazott büntetőjogi felelősségre vonásnak olyan mértékűnek kell lennie, hogy megakadályozza későbbi azonos vagy hasonló jellegű bűncselekmény elkövetését, de legalábbis jelentősen mérsékelje az ismétlődés valószínűségét.

A rendőrség tevékenysége a kábítószerrel kapcsolatos bűnözés visszaszorítását célozza, ami megfelel a társadalom elvárásainak is. Különösen a jelenlegi büntetőjogi szabályozás mellett, amikor a fogyasztó akkor is bűncselekményt követ el, ha kábítószerrel tart magánál. A büntetőpolitikának pontosan meg kell határoznia, milyen magatartásokat hogyan kíván szankcionálni, ugyanakkor a bűncselekmények egyéni és közösségi következményeivel kapcsolatos beavatkozások rendszerét is ki kell jelölnie. A kábítószerrel előállítók, termelők, forgalmazók, üzletszerűen kínálók által elkövetett bűncselekmények esetén a szigorú szabadságelvonás mellett a kábítószerrel összefüggésben keletkezett vagyon elvonását is alkalmazni kell. Kimunkálendő annak jogszabályi háttere, hogy az ilyen vagyont már a

nyomozás elrendelésekor biztosítani lehessen, továbbá hogy az bevont forrásként a megelőzés, a kezelés–ellátás, illetve a kínálatcsökkentés fejlesztésére legyen fordítható.

A modern bűnüldözés nélkülözhetetlen eleme az információk megszerzése, feldolgozása, hasznosítása, átadása. A kínálatcsökkentésre irányuló tevékenységben is szükséges a kábítószer-előállításával, termesztésével, forgalmazásával, kínálásával kapcsolatban keletkezett információk összegyűjtése, elemzése és értékelése. Ennek érdekében egységes adatbázist kell kialakítani, amely mind az új típusú kábítószer, mind az új típusú elkövetési módok tekintetében nagy segítséget nyújthat. A kínálatcsökkentés további eleme a kábítószerekkel kapcsolatos különböző bűncselekményekre felhívó, illetve a kábítószer forgalmazásának, előállításának, termesztésének módjairól tájékoztató internetes honlapokkal szembeni hatékony intézkedés.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése is fontos, ennek érdekében indokolt a célzott közúti ellenőrzések fokozása és a balesetet okozó gépkocsivezetők kábítószer-fogyasztásra irányuló szűrővizsgálata.

A kábítószer-prekurzorokkal, valamint a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal kapcsolatos visszaélések lehetőségének csökkentése érdekében az illegális felhasználás elleni fellépést elsősorban a megelőzés oldaláról kell erősíteni. Ennek eszköze egyrészt a korszerű engedélyezési és nyilvántartási rendszer, másrészt a vegyipari cégek és kereskedők szervezeteinek bevonása a felvilágosító és megelőző munkába.

4. Feladatok

- A lehető leggyorsabban ellenőrzés alá kell vonni a piacon megjelenő, visszaélésre alkalmas új, kezdetben még legális pszichoaktív szereket, megteremteni a lehetőséget az ilyen anyagokkal és prekurzoraikkal való visszaélés (mint az engedély nélküli import, export, kereskedelem és birtoklás) szankcionálására, illetve az elkobzásra.
- A Magyar Rendőrség szervezeti egységén belül létre kell hozni egy országos kábítószer-bűnözés elleni egységet. Ehhez fel kell használni a jelenlegi szervezetek technikai, személyi, anyagi bázisán létrehozott és továbbfejlesztett, Európa számos államában sikeresen működő, országos illetékességű, kábítószer-bűnözés elleni hatóságok tapasztalatait. Ez az egység kizárólagos hatáskörrel végezze a kiemelt, az ország ellátása

szempontjából számottevő, illetve nemzetközi jelentőségű visszaélés kábítószerrel bűncselekmények felderítését.

- A meglévő adatbázisok összekapcsolásával egységes adatbázist kell kialakítani a rendészeti szervezetek között.
- Az anyagi javak eredetére vonatkozó bizonyítási teher megfordításával növelni kell a kábítószeres terjesztésből származó jövedelmek elvonásának hatékonyságát. Egyúttal meg kell teremteni az ily módon elvont, elkobzott vagyonok, jövedelmek, illetve az elkövetéshez használt egyéb eszközök vagy ellenértékük megelőzésbe, illetve kábítószer-bűnözés elleni küzdelembe történő visszaforgatásának lehetőségét.
- A vonatkozó jogszabályok összhangjának megteremtése és átláthatóságának növelése érdekében mérlegelendő az egységes kábítószer-törvény megalkotása.
- Erősíteni kell az önkormányzatok felhatalmazását a területükön megvalósuló kábítószer-forgalmazás elleni fellépésre.

VIII. A megvalósulás feltételei: emberi és társadalmi erőforrások

1. Áttekintés

A kábítószer-probléma kezelésére irányuló nemzeti stratégia megvalósításának kulcseleme a társadalom kábítószer-jelenségre adott válaszkészségének és -képességének megteremtése, valamint a válaszok fenntarthatóságának biztosítása. A képzések és továbbképzések során nyújtott és karbantartott, illetve az országos adatgyűjtésekre és kutatásokra alapozott ismeretek, a különböző szintű együttműködési mechanizmusok, továbbá a finanszírozási folyamatok együtt jelentik azokat az emberi és társadalmi erőforrásokat, amelyekre egy sikeres stratégia támaszkodhat. A szabályozott folyamatok, társadalmi hálózatok révén megjelenő erőforrások segítik a különböző társadalmi érdekhordozók és szereplők közötti információcserét, támogatják az együttes cselekvést és a döntéshozatalt. A közös értékek, normák és attitűdök formájában megjelenő erőforrások pedig a párbeszéd és az együttes cselekvés fenntartásához nélkülözhetetlen bizalmi tőke alapját jelentik. Ennek megfelelően a stratégia az alábbi kiemelt területeken kívánja ösztönözni a társadalmi erőforrások fejlesztését.

1. 1. Képzés, továbbképzés

A kábítószer-problémára adott helyi válaszok sajátos ismereteket, illetve az alkalmazásukhoz szükséges készségeket követelnek meg. Az újszerű feladatmegosztás legfontosabb elemeinek és az azokhoz kapcsolódó ismereteknek meg kell jelenniük a pedagógusok, orvosok, pszichológusok, jogászok, rendészeti, illetve médiakommunikációs szakemberek, lelkészek, védőnők és szociális munkások alapképzésében, továbbá a lelki egészséggel kiemelten foglalkozó szakemberek továbbképzési programjaiban.

Az ismeretszerzést a formális oktatási, képzési programok mellett a folyamatos tanulás feltételeinek megteremtése képes biztosítani. A hagyományos képzések mellett olyan célzott, rövid, intenzív programok is elősegítik a stratégia hatékony megvalósításához elengedhetetlen szakemberképzést és ismeretátadást, melyek a gyakorló pedagógusok, orvosok és más, a kábítószer-probléma által valamilyen módon érintett területeken dolgozók felkészültségét erősítik. E képzések moduláris szerkezetűek, önállóan is értelmezhető egységeik beépülnek az adott szakterület formális továbbképzési rendszerébe. A közösségi környezetben végzett munkához kapcsolódó ismereteknek és készségeknek, valamint a multidiszciplináris

csoportmunka sajátosságainak hangsúlyosabban meg kell jelenniük az orvosi, egészségtudományi és szociálismunkás-képzési és -továbbképzési programokban.

A jelentős elmaradásokra tekintettel egyes szakterületeken további, külön szakemberképzési erőfeszítések is szükségesek. Ilyen szakterület például a gyermek- és fiatalok lelki egészségét érintő gyermekpszichiátria, illetve azon belül külön is a szenvedélybetegségek célzott megelőzése és gyógyítása, a gyermek-addiktológia. Sajátos probléma a cigány kisebbséghez tartozók lelki egészségének védelme, szerfogyasztásból eredő problémáik megelőzése és kezelése. Az államigazgatási, önkormányzati munkatársak számára is biztosítani kell, hogy alaposabban megismerhessék döntéseiknek a közösség egészségi, különösen lelki egészségi állapotára gyakorolt várható és tényleges hatásait.

A hiányzó szakemberek pótlását segítő ösztönző rendszer kialakításával meg kell teremteni a lehetőséget, hogy a ma még hátrányos helyzetű, ellátatlan térségekben is hozzá lehessen férni a lelki egészség megőrzéséhez, a betegségek kezelését biztosító szolgáltatásokhoz. Elsősorban a kistérségeken élő betegek és veszélyeztetettek érdekében újszerű szervezeti megoldások is megfontolandók, például az egészségügyi alapellátásban dolgozók bevonása a szerhasználókkal kapcsolatos különböző gondozási feladatokba.

1. 2. Hazai együttműködés, intézményrendszerek

A társadalmi válaszképesség másik kritikus tényezője az együttműködések mértéke és színvonala. Indokolt külön kezelni a helyi együttműködések és a nemzeti szintű koordinációt.

A helyi együttműködés biztosítja azt, hogy egy adott településen működő, illetve onnan hozzáférhető szolgálatok, szolgáltatások egymással összhangban végezzék munkájukat, és képesek legyenek a lelki egészséghez és azon belül a kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó problémák hatékony kezelésére, a szervezeti határokon átnyúló megelőzési és betegellátási, esetvezetési feladatok elvégzésére. A helyi rendészeti szervek, a helyben tevékenykedő egyházi és más társadalmi szervezetek is természetes szereplők a helyi együttműködésben. A helyi szintű koordináció magától értetődően az önkormányzat feladata, mivel a legtöbb településen fenntartója az egészségügyi és szociális alapellátások és a közoktatás intézményeinek, tulajdonosa a helyi kommunikációs eszközöknek, nem utolsósorban pedig a helyi közösség legitim, választott szereplője.

A nemzeti szintű együttműködés alapvetően két fontos területet ölel fel. Egyrészt az államigazgatás területén adódó feladatok és tevékenységek összehangolását, másrészt a

szervezett kapcsolattartást a kábítószer-probléma kezelésében résztvevő szereplőkkel, és a jelenleg inkább csak formális társadalmi kapcsolatok megtöltését valós tartalommal.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB) intézményét meg kell újítani. A továbbiakban – tárcaközi bizottságként – működjön az államigazgatás szereplőinek egyeztető fórumaként, hozza létre önálló Monitoring Bizottságát és Drogkutatói Bizottságát! A Monitoring Bizottság évente jelentést tesz a KKB számára a stratégia tárgyában történő megvalósításáról és a korábbi intézkedések hatásairól. A Drogkutatói Bizottság is évente tesz jelentést a KKB-nek, amelyben kutatási programokra, nemzetközi együttműködésekre és az értékelési kultúra fejlesztésére tesz javaslatokat.

A társadalmi párbeszéd rendszere is megújításra szorul. Ennek érdekében a KKB kialakítja és éves munkatervébe illeszti a legfontosabb színterek képviselővel folytatott együttműködés rendszerét. A különböző illetékes színterek, érdekhordozói csoportok és szervezetek (kiemelten a KEF-ek) képviselőinek részvételével Társadalmi Drogmegelőzési Konzultációs Rendszert hoz létre, melynek keretében rendszeresen egyeztet a legfontosabb érdekhordozókkal a stratégia megvalósításához kapcsolódó feladatokról, a fölmerülő erőforrás-szükségletekről, illetve az aktuális akciótervek hangsúlyairól.

A nemzeti drogpolitika és a tárcaközi együttműködés hatékonyságának növelése érdekében indokoltnak tűnik a drogügyi koordináció kormányzati szerkezeten belüli megerősítése, magasabb szintű legitimációja.

Jelen stratégia tükrében különösen fontos megerősíteni a Nemzeti Drogmegelőzési Irodát (NDI) – mint a nemzeti stratégia megvalósításának legfontosabb szakmai háttérszervezetét –, lehetőség szerint helyreállítani pénzügyi és szervezeti önállóságát, és átgondolni az egészségfejlesztés-megőrzés szakmai háttérintézményeivel való szakmai, szervezeti integrációjának a lehetőségét.

1. 3. Finanszírozás

A stratégia megvalósításához szükséges pénzügyi feltételek biztosításához többletforrások bevonására és a jelenlegi finanszírozási rendszer ésszerűsítésére van szükség.

A jelenlegi működési zavarok miatt elengedhetetlen a finanszírozás keretrendszerének átalakítása. Az iskolákban zajló általános megelőzés – amely az egészségfejlesztés részeként hozzátartozik az iskolák alapfeladataihoz – finanszírozását a közoktatás finanszírozási rendszerén belül kell megoldani. A lelki egészség előmozdítására és védelmére, az iskolai agresszió kezelésére és a szerfogyasztás megelőzésére irányuló tevékenységeket egyaránt a teljes körű iskolai egészségfejlesztés keretében kell értelmezni. E feladathoz kiszámítható, fenntartható, az intézmények hosszú távú tervezését és kapacitásfejlesztését segítő finanszírozási technikát kell rendelni.

Az egészségügyi alapellátást illetően a háziorvosi tevékenység adatgyűjtési és finanszírozási rendszerében a szerfogyasztók korai azonosításának és kezelésbe vételének önálló elemként kell megjelenni, beleértve nem csak az illegális szerfogyasztást, de az alkoholproblémát is. A járóbeteg-ellátás finanszírozásának jelenlegi rendszere is módosítást igényel. Annak szolgálnia kell a betegek gondozásban tartását, mégpedig a járulékos (például nem szakorvosi) kiadásokat is figyelembe véve. Ugyancsak önálló tevékenységi elemként el kell elismerni a kezelésben tartást, illetve a helyben tevékenykedő, a betegek ellátásában részt vevő más szervezetekkel (például szociális szolgáltatókkal) megvalósuló együttműködést.

1. 4. Kutatás, adatgyűjtés

A nemzeti szintű, közfinanszírozott kutatási és adatgyűjtési programok meghatározó intézménye az Országos Népegészségügyi Központ (ONK) szervezeti keretében működő Nemzeti Drog Fókuszpont. A hazai adatgyűjtés jórészt az Európai Unió szakintézményével összehangoltan zajlik, az egészségpolitikai felhasználást az ONK, illetve a Nemzeti Drog Fókuszpont felügyeli, és az adatokat éves jelentések formájában közzéteszi. Szintén ez az intézmény végzi a legjobb színvonalú nemzetközi evidencia-adatbázisok folyamatos figyelését és a legjelentősebb eredmények hazai ismertetését. A megelőzés területén az adatbázis-figyelés és -közzététel a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda feladata, amelynek továbbképzéseket és egyéb szakmai programokat tervező, szervező, illetve pályáztató háttérintézményként kulcsszerepe van a stratégia megvalósulásának elősegítésében.

Intézményesíteni kell a hazai lakossági szerfogyasztására vonatkozó adatok rendszeres felvételét. Hasonlóképpen meg kell határozni a lelki egészségi állapotot legjobban leíró mutatók rendszerét, és azok gyűjtéséről (adatgyűjtés vagy lakossági adatfelvétel formájában) rendszeresen gondoskodni kell.

Rendszeressé kell tenni a hazai ellátórendszer kutatását, különösen a betegellátás hatékonyságának, eredményességének vizsgálatát, az ellátórendszer hatásainak vizsgálatát az egyes betegcsoportokra! A hosszú távú egészségfejlesztési munka sikerének egyik záloga a kormányzati és nem-kormányzati (például gazdasági) szereplők tevékenységének a lelki egészségre gyakorolt hatások szempontjából történő értékelése. Ezért rendszeresen el kell végezni e hatások vizsgálatát, amihez ki kell dolgozni az alapvető módszertant.

1. 5. Nemzetközi kapcsolatok

Az Európai Unió keretében végzett, kötelező tevékenységen kívül a nemzetközi, elsősorban európai kutatási programokban, szakmai fejlesztési együttműködésekben történő részvétel biztosítja a hazai kutatási tevékenység magas színvonalát, az új kezdeményezések gyors megjelenését a megelőzésben, a betegellátásban és a bűnüldözésben. A hagyományosan jól működő uniós együttműködések fenn kell tartani. A magyar álláspont képviselője az uniós és más nemzetközi együttműködésekben (például az Európai Unió érintett szakbizottságaiban, az ENSZ kábítószerügyi szervezeteiben) lehetőséget nyújt nemzeti érdekeink hatékony képviselésére.

2. Feladatok

- Át kell tekinteni a felsőoktatási képzési programokra vonatkozó követelményeket abból a szempontból, hogy azokban kellő súllyal megjelennek-e a szerfogyasztással, kábítószer-problémával kapcsolatos ismeretek és készségek, beleértve a mentálhigiénés, továbbá az illegális szerfogyasztással kapcsolatos egészségpolitikai, népegészségügyi ismereteket is. Ebben elsősorban a pedagógus-, óvodapedagógus-, védőnő, szociálismunkás és orvosképzés, valamint a rendészeti felsőoktatási képzések érintettek.
- Rövid idejű, intenzív képzési programok szervezése és lebonyolítása az NDI, az ONK, illetve társintézményeik közreműködésével.
- Finanszírozási eljárás kialakítása a megelőzéssel foglalkozó, célzott továbbképzési feladatokhoz.
- Továbbképzési programokat kell szervezni az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakembereknek – házi orvosoknak, ápolóknak, védőnőknek – a lelki egészséghez és

különösen a szerfogyasztáshoz kapcsolódó problémák megelőzéséhez és kezeléséhez szükséges ismeretekről.

- Az egészség, a lelki egészség kérdései önálló témakörként jelenjenek meg az államigazgatásban dolgozók számára ajánlott (esetleg előírt) képzési programokban.
- Önálló romológiai modul beépítése a lelki egészség témakörét érintő képzésekbe egyfelől, másfelől a lelki egészséggel kapcsolatos ismeretek beépítése a romológiai tárgyú képzésekbe.
- A lelki egészséget érintő (humán segítői) szakterületeken dolgozó szakemberek ösztönző rendszerének kidolgozása.
- Elő kell segíteni az egyenlő esélyű hozzáférést a támogató szolgáltatásokhoz, és ennek érdekében nyomon kell követni az esélyegyenlőség érvényesülését.
- Legyen törvényi előírás, hogy a lelki egészség előmozdítása és védelme önkormányzati alapfeladat.
- Finanszírozási ösztönzőket kell kialakítani a helyi, intézményi és szolgáltatási határokon átnyúló beteg- és esetkövetésre.
- Éves és hároméves kutatási hangsúlyokat tartalmazó javaslatok előkészítése, előterjesztése a KKB számára.
- A kábítószer-problémával foglalkozó hazai kutatási programok megvalósítását, gyűjtését és közzétételét szolgáló adatbázist kell létrehozni és üzemeltetni.
- Támogatni kell a kutatás-finanszírozás keretein belül a nemzetközi együttműködésekben való részvételt, a lehetőségeket meg kell pályáztatni.

*

A Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére – mint országgyűlési határozat – akkor lép érvénybe, amikor a Parlament elfogadja. Az elfogadástól számított három hónapon belül a Kormánynak meg kell alkotnia a stratégia megvalósulását szolgáló cselekvési programot, illetve akcióttervet.

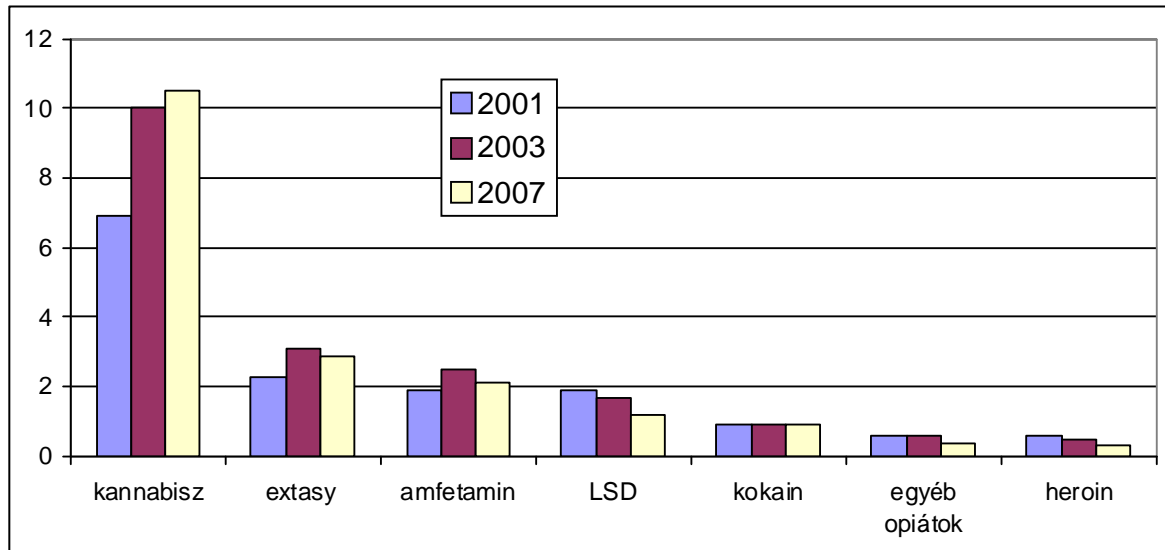
*

Melléklet

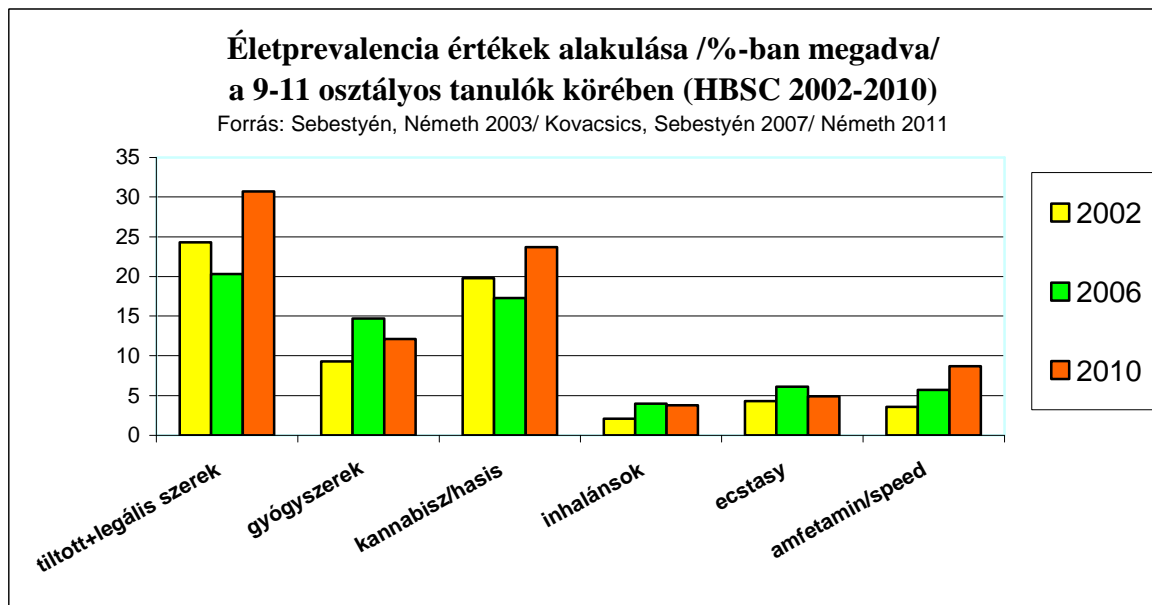
1. ábra

**A tiltott szerek életprevalencia értékeinek változása 2001 és 2007 között,
a 18-53 éves populáció körében (%)**

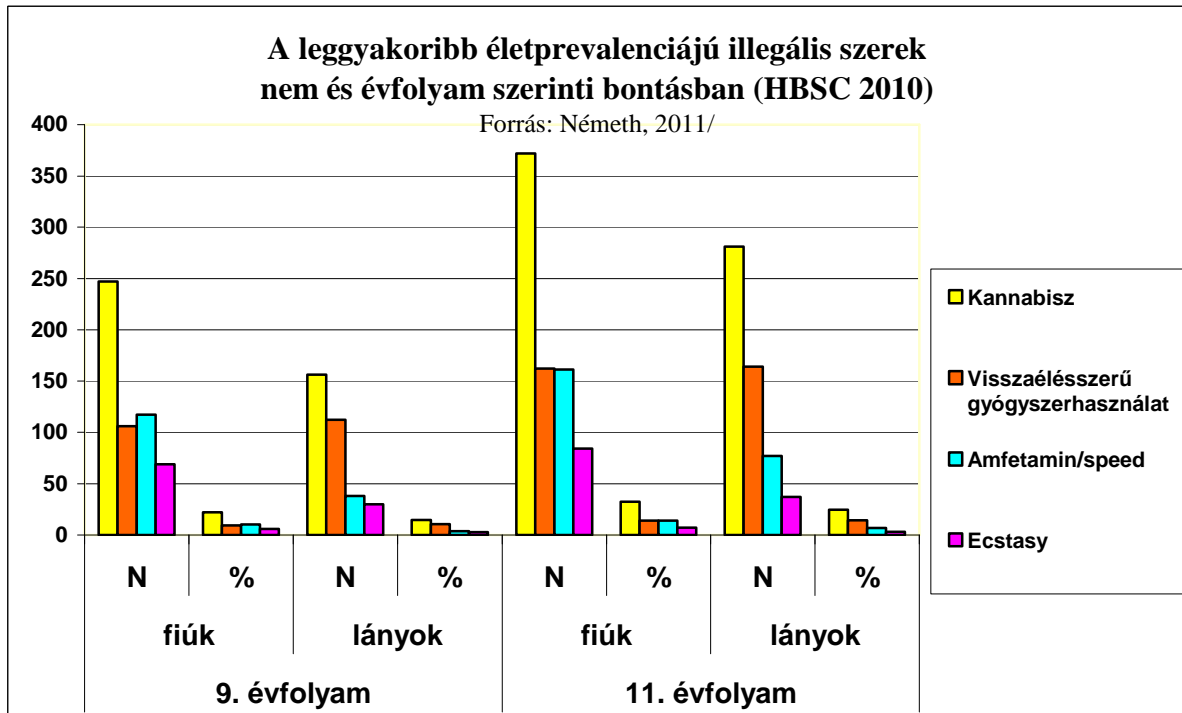
Forrás: (Paksi, 2003; Paksi, Elekes 2004; Paksi, Arnold., 2007)



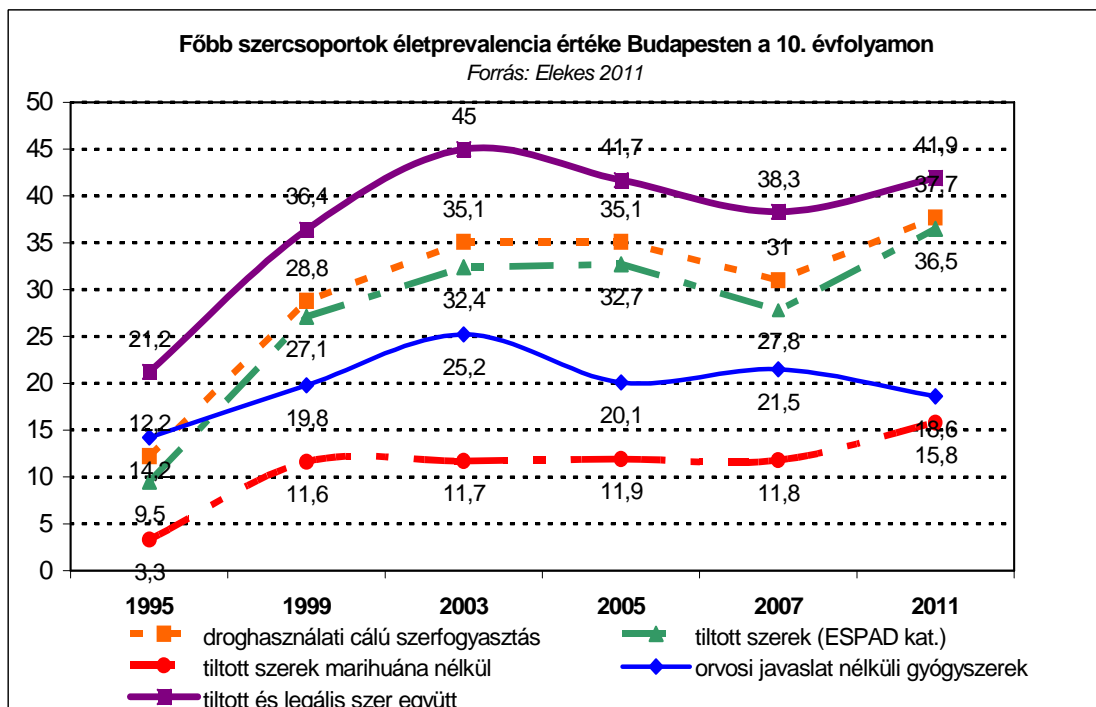
2. ábra



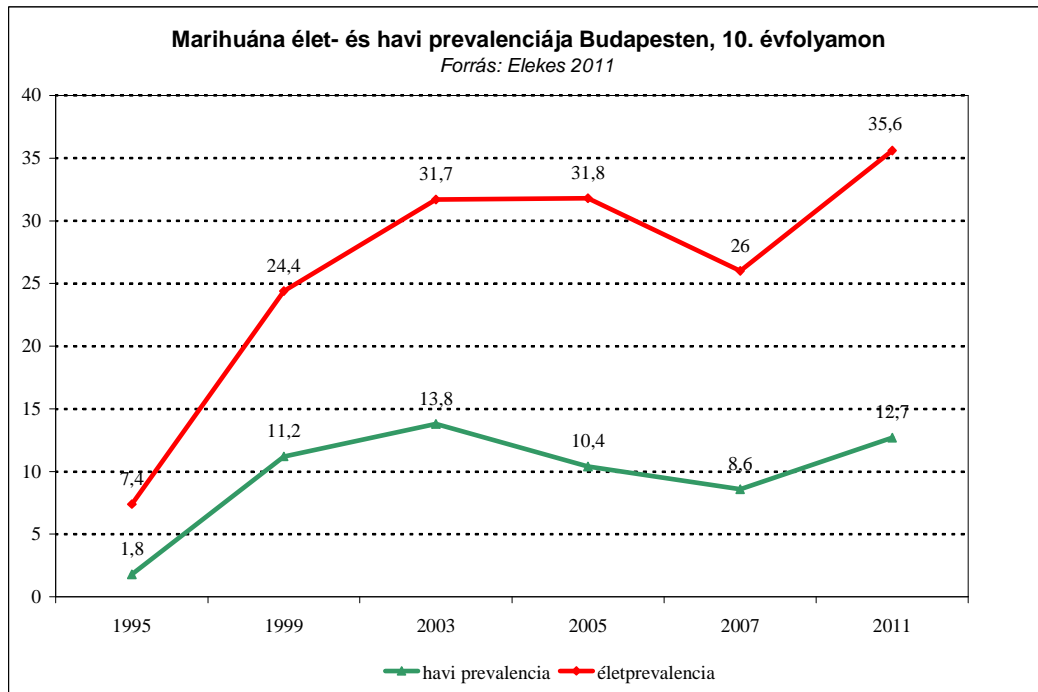
3. ábra



4. ábra



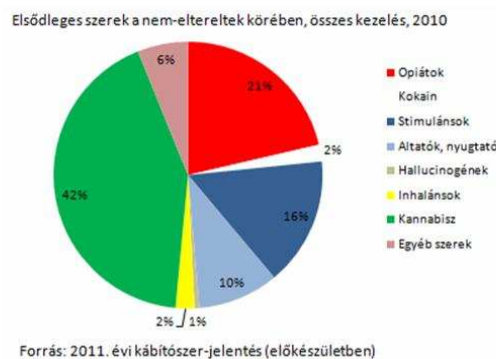
5. ábra



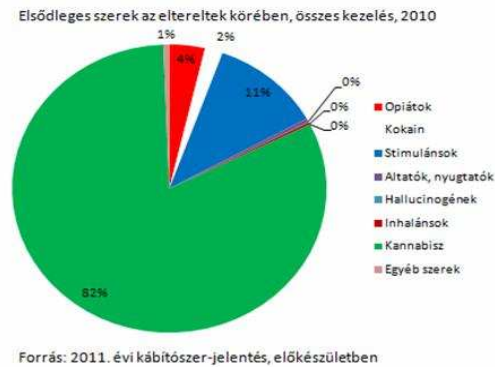
A marihuána fogyasztás életprevalencia és havi prevalencia értékének növekedését megerősítik a 2011-es ESPAD vizsgálat budapesti részadatai, mely szerint az előző érték 9,6% pontos, az utóbbi 4,1% pontos emelkedést mutat.

6. ábra

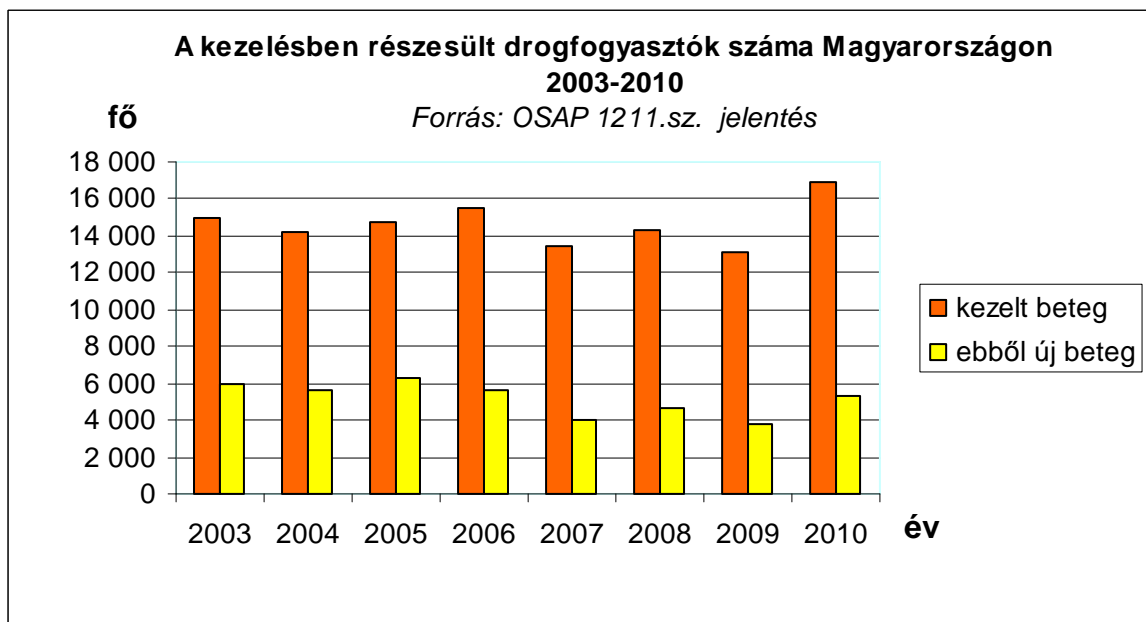
Elsődleges szer az összes (nem elterelt) kezelésbe lépő körében 2010-ben (%)
(N=1233)



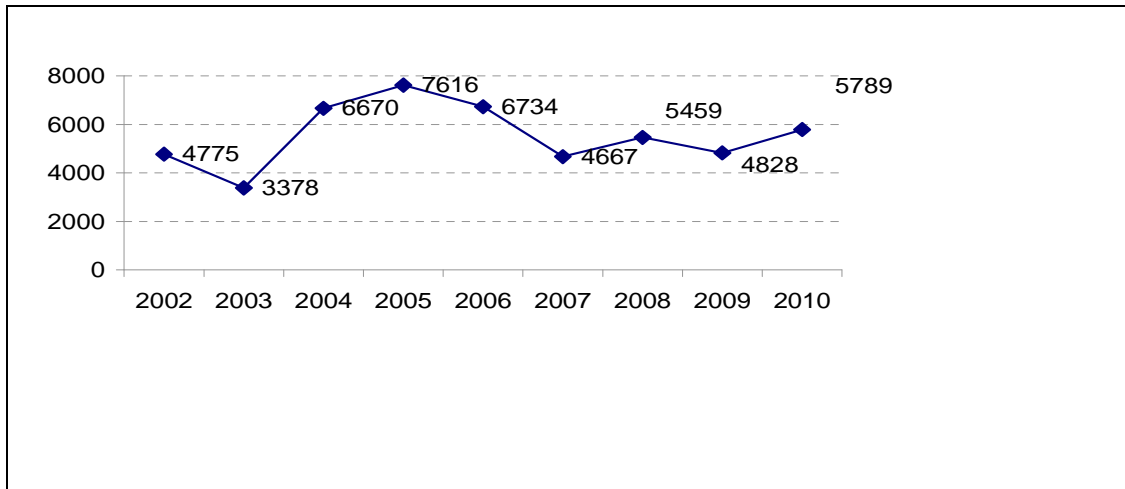
7. ábra
 Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő elterelt körében 2010-ben (%)
 (N=3.310)



8. ábra



9. ábra
A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2002-2010 között
 Forrás: ENYÜBS



1. Tábla

Kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások				
Év	2000	2003	2005	2007
Millió Ft.	5.300	8.100	11.100	9.800

Fogalomtár

Anómia: A társadalmak, emberi közösségek életét meghatározó, annak kereteket nyújtó szabályok, normák meggyengülése vagy hiánya. Ezzel összefüggésben fokozott alkalmazkodási terhek hárulnak a közösségre, és általában halmozódnak a normasértő magatartási megnyilvánulások.

Ártalomcsökkentés (Harm reduction): Az alkohollal és illegális drogokkal összefüggésben olyan stratégiák és programok, melyek közvetlenül az alkohol és illegális drogok fogyasztásából eredő ártalmak csökkentésére összpontosítanak egyéni és társadalmi szinten. A kifejezést főleg olyan stratégiákra és programokra alkalmazzák, melyek úgy kívánják mérsékelni az ártalmakat, hogy nem követelik meg az absztinenciát. Ártalomcsökkentés például a tücsere, amely csökkenti a túmegosztást és így a fertőző betegségek terjedését az intravénás kábítószer-fogyasztók között.

Drog

Dizájner drog: Mesterséges, megtervezett módon olyan pszichoaktív hatású molekulát hoznak létre, ami nem szerepel a kábítószeres listáján. Így amíg tiltólistára nem kerül a szer, legálisan forgalmazható és használható. Az „új típusú” dizájner drog a jellemzően 2010-től megjelenő szereket jelenti, amelyek közül 2010-ben a leginkább elterjedt a mefedron volt. Tiltólistára kerülését követően újabb – hasonló szerkezetű és hatású, egyelőre legális – szerek jelentek meg. Használatuk intravénás formában is történhet.

Inhaláns: A szervezetbe a légutakon át bejuttatott pszichoaktív anyag, amely elsősorban a légutakon, illetve a tüdő nyálkahártyáján keresztül szívódik fel a szervezetbe.

Kábítószer: a pszichoaktív csoportba tartozó azon szerek, amelyek szerepelnek az Egyesült Nemzetek Szervezete által elfogadott kábítószer, illetve veszélyes pszichotrop anyag listákon. (A Btk. 286/A. § (2) szerint kábítószeren: az 1988. évi 17. törvényerejű rendelettel kihirdetett, az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben, 1972. március 25-én kelt Jegyzőkönyvvel módosított és kiegészített, az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott anyagokat; az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotrop anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott veszélyes pszichotrop anyagokat, valamint az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény mellékletében meghatározott pszichotrop anyagokat kell érteni.)

Prekurzor anyag: A végső anyag előállításához alapanyagként vagy résztermékként használatos kémiai vegyület. Az EU jogban azon alapanyagokra korlátozódik, melyekkel bizonyos, az ENSZ 1971-es pszichotrop anyagokról szóló egyezményében vagy az 1961-es Egységes Kábítószer Egyezményében felsorolt anyagokat lehet előállítani.

Pszichoaktív drog vagy pszichoaktív anyag: Az általános szóhasználatban a drogok azon csoportja, amelyekhez tartozó anyagok hatásukat a központi idegrendszer működésének megváltoztatásán keresztül fejtik ki.

Stimulánsok: Elsősorban a mentális és fizikai állapotot serkentő szerek.

Szintetikus kábítószeres: Mesterségesen, laboratóriumi úton előállított kábítószeres.

Drogprevenció/-megelőzés: Tág értelmezésben olyan tervezett beavatkozás, melynek célja a drogfogyasztás társadalmi és környezeti befolyásoló tényezőinek megváltoztatása, beleértve a droghasználat elkezdésének megakadályozását és a gyakoribb használat kialakulásának megelőzését a veszélyeztetett populációkban.

Általános megelőzés (Universal prevention): Az e kategóriába tartozó prevenciós stratégiák a populáció egészét (országosan, helyi közösségekben, iskolában) szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a probléma-viselkedés (alkohol, dohányzás, kábítószer-fogyasztás) megjelenését igyekeznek megakadályozni, illetve késleltetni. A prevenciós beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a

problémák jelentkezésének kivédését. Az általános prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnek tekinthető, a veszélyeztetettség mértéke azonban igen különböző az egyének szintjén.

Céltolt megelőzés (Selective prevention): E beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők (például alkoholisták szülők gyermekei, iskolából kimaradó, tanulási problémával küzdő fiatalok). A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatók, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszichoszociális, szociális vagy környezeti kockázati tényezők mentén – amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a problémás viselkedés kialakulása között.

Javallott megelőzés (Indicated prevention): Ez a kategória olyan prevenciós beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (Mentális rendellenességek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 4. kiadás, Betegségek nemzetközi osztályozása, 10. kiadás) függőnek nem minősülő, de a problémás használat korai jeleit mutató személyek viselkedését szeretnék a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. A megnövekedett egyéni kockázat jelei lehetnek a romló osztályzatok, alkohol- és drogfogyasztás és elidegenedés a szülőktől, iskolától és normatartó kortársaktól. Kevesebb hangsúlyt fektetnek az olyan környezeti hatások befolyásolására, mint például a közösségi értékek.

Egészség: A teljes fizikai, szociális, és mentális jóllét állapota és nem pusztán a betegség vagy rokkantság hiánya. Az egészség a mindennapi élet erőforrása és nem az élet célja. Az egészség pozitív fogalom, amely hangsúlyozza a társadalmi és személyes forrásokat csakúgy, mint a fizikai képességeket.

Egészségfejlesztés (Health promotion): Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy megértsék és növeljék befolyásukat a saját egészségük meghatározói felett annak érdekében, hogy egészségük jobb legyen.

Az Ottawai karta öt tevékenységi területet jelöl ki prioritásként:

- egészséget támogató politikai gyakorlat,
- egészséget támogató környezet biztosítása,
- egészségbarát közösségi tevékenységek támogatása,
- egyéni képességek fejlesztése,
- az egészségügyi ellátórendszer új hangsúlyainak megteremtése.

A Dzsakartai nyilatkozat szintén öt tevékenységi területet jelöl ki prioritásként a 21. századra:

- az egészséget megcélzó társadalmi felelősségvállalás támogatása,
- a „beruházás az egészségbe” megközelítés érvényre juttatása,
- az együttműködés kiszélesítése az egészségfejlesztés érdekében,
- a közösségi erőforrások növelése és az egyén képessé tételének javítására,
- infrastruktúra biztosítása az egészségfejlesztés számára.

Egészségnevelés (Health education): Az egészségnevelés nem csupán az információk továbbadását jelenti, hanem a motiváció felkeltését, a képességek és az önbizalom fejlesztését az egészség javítása érdekében.

Egészséget támogató/egészségbarát környezet (Supportive environment for health): Az egészséget támogató környezet védelmet nyújt az egészséget veszélyeztető ártalmakkal szemben, és lehetőséget biztosít a lakosság egészségi állapotának javítására. A környezet az emberek mindennapi életterét jelenti, otthonaikat, munkahelyeiket, a helyi közösséget, valamint azokhoz a forrásokhoz való hozzáférést is, amelyek egészségük védelmét szolgálják. Az *egészségbarát környezet* megteremtéséért számos – politikai, közgazdasági, társadalmi – síkon is cselekedni kell.

Egészséget veszélyeztető magatartás (Risk behaviour): Olyan egyéni és/vagy közösségi viselkedés, amelynek hatásaként nagyobb valószínűséggel fordul elő valamilyen megbetegedés. A betegségmegelőzés fő célja az *egészséget veszélyeztető magatartásformák* megváltoztatása, amelynek hagyományos eszköze az egészségnevelés. Az egészségfejlesztés azonban tágabban értelmezi a problémát, miszerint az *egészséget veszélyeztető magatartás* a kedvezőtlen életkörülményekkel való megküzdési stratégia lehet. Az *egészséget veszélyeztető magatartást* kezelő programoknak tehát az életvezetési készségek fejlesztését és az egészséget támogató környezet biztosítását is magukba kell foglalniuk.

Egészségfejlesztési program (Intervention programme): Adott célcsoportra megtervezett tevékenységek rendszere, amely hatékonyan alkalmazható valamilyen megbetegedés vagy rendellenesség megelőzésére. A cél a kockázat csökkentése a megbetegedéssel vagy rendellenességgel szemben. Az *egészségfejlesztési program* a célcsoport egészséget veszélyeztető magatartását kívánja megváltoztatni, gyakran egészségnevelési programot is alkalmazva.

Egészségpolitika (Health policy): Makro szinten: intézmények (különösen a kormány) formális dokumentuma, amely az egészséggel kapcsolatos szükségleteinket célozza meg prioritások és tevékenységek meghatározásával, a rendelkezésre álló források és a politikai érdekek figyelembevételével. Mikro szinten: a csoportnak, a közösségnek, a helyi önkormányzatnak a törvényi kereteken belül az igényekhez, lehetőségekhez igazított, az egészséget szolgáló stratégiája, prioritásrendszere. Az *egészségpolitika* törvényhozáson vagy más jellegű szabályozáson keresztül rendelkezik az egészségügyi ellátásról és programokról és az ezekhez való hozzáférésről. Az *egészségpolitikát* meg kell különböztetni az egészséget támogató társadalompolitikától, mivel az előbbi elsősorban az egészségügyi ellátásban és programokban érdekelt.

Elterelés, elterelt: A Büntető törvénykönyv lehetőséget ad a „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmény bizonyos, törvényben meghatározott eseteiben az elkövető számára a büntetés elkerülésére. A Btk. 283.§-a tartalmazza azokat a tényállásokat, amikor nem büntethető az eljárás alá vont személy, feltéve, ha vállalja, hogy egy legalább 6 hónapig tartó folyamatos

- kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, vagy
- kábítószer-használatot kezelő más ellátásban, vagy
- megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vesz részt.

A büntetés elkerülésének lehetősége jelenti az *elterelés-t*, amely a droghasználat és a droghasználat következtében megjelenő problémák súlyosságától függően többféle eljárást jelenthet. A drogfüggő vagy problémás droghasználó kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben vagy kábítószer-használatot kezelő más ellátásban, a kevés pszichoszociális problémával jellemezhető alkalmi használó, illetve „egyszer kipróbáló” pedig megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vesz részt. Az elterelésben részt vevő személyt nevezzük *elterelt*-nek.

ESPAD: Alkoholhál és más drogokkal kapcsolatos európai iskolakutatás (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Az Európa Tanács által kezdeményezett, független kutatói csoportok által, nemzetközi szabványok alapján megvalósított kutatás a fiatalok szerfogyasztási szokásairól. Adatfelvétele jellemzően négyévente történik.

Evidencia adatbázis: A kutatási eredményeket tartalmazó, ellenőrzött módszertan szerint működő kutatási adatbankok. Az evidencia fokozatai egyre szigorúbb és szélesebb körű kutatások összegzése nyomán tett megállapításokat jelentenek.

Extramurális: „Falakon kívüli”, tehát intézményeken kívül kezdeményezett és megvalósuló tevékenység.

HBSC: Iskoláskorú gyerekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-Aged Children). Az Egészségügyi Világszervezet által kezdeményezett és nemzetközi szabványok alapján zajló egészségmagatartás-vizsgálat. Magyarországon 1985 óta zajlanak ezek a vizsgálatok, négyévenkénti

ismétlődéssel. A „Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, 2010” a nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.

Helyettesítő kezelés: A szerfüggőség kezelése egy másik helyettesítő szer adásával. A kezelés célja, hogy megszüntesse, vagy csökkentse az eredeti szer fogyasztását, különösen, ha az illegális, és csökkentse a szerhasználat speciális módjából (például intravénás használat) eredő károkat és az ezzel járó egészségügyi veszélyeket (például tümegosztás) és szociális következményeket (pl. bűncselekmények).

Kereslet-csökkentés: Tág fogalom, amelyet azon drogpolitikai intézkedések és programok széles körével kapcsolatban használnak, melyek az illegális szerek megszerzésének és használatának vágyát és az arra irányuló tevékenységét kívánják csökkenteni. A drogok iránti kereslet csökkenthető prevenció és oktatási programokkal, melyek felvilágosítják a használókat vagy potenciális használókat az illegális szerekkel való kísérletezés és/vagy a további használat kockázatairól; helyettesítő programokkal (például metadon), kezelési programokkal, melyek az absztinenciára, a használt mennyiségek és a használat gyakoriságának csökkentésére koncentrálnak; büntetőeljárás alternatívájaként nyújtott képzési vagy kezelési programokkal; átfogó szociálpolitikával, mely mérsékli a drogfogyasztással összefüggő egyéb befolyásoló tényezőket, mint például munkanélküliség, hajléktalanság vagy iskolából való kimaradás.

Kezelési Igény Indikátor (Treatment Demand Indicator - TDI) Az EMCDDA Kezelési igény indikátora (a továbbiakban TDI, az angol eredeti Treatment Demand Indicator-ból) fontos szerepet játszik az epidemiológiai kulcsindikátorok között. Ezek biztosítják a kábítószer-használat, illetve következményei összehasonlíthatóságát az EU-tagállamaiban. A TDI egyike annak az öt epidemiológiai kulcsindikátornak, amelyek átfogóan mutatják be a kábítószer-használat helyzetét a EU-tagállamokban, valamint az e téren érvényesülő tendenciákat. A TDI a kezelőhelyek éves forgalmát méri a kezelésbe kerülők számának, valamint az először kezelésbe kerülők számának (kezelési incidencia) segítségével. A kezelést kereső emberek számáról szóló információ betekintést enged a problémás kábítószer-használat általános trendjeibe és a kezelőintézmények forgalmára, szervezetére is rálátást enged. A kezelési igény adatok főleg a járóbeteg kezelőhelyek adataiból származnak.

Kínálat-csökkentés: Azon tevékenységeket jelenti, amelyek a kábítószerek előállítását, termelését és terjesztését hivatottak megállítani. A termelés csökkenthető a termés megsemmisítésével, vagy más növénykultúrák termesztését támogató fejlesztési programokkal. Az illegális előállítás visszafogható közvetlenül az illegális laborok felszámolásával és a prekursorok ellenőrzésével, míg a terjesztés csökkenthető a rendőrség és vámhatóság munkája által, illetve néhány országban katonai beavatkozással.

Komorbiditás: Különböző betegségek egyidejű fennállása ugyanazon betegen. Itt: jellemzően pszichiátriai társbetegségek fennállása a problémás szerfogyasztás, illetve szerfüggőség mellett. A szerfogyasztás szerepelhet mint ok, de a pszichiátriai megbetegedés is növelheti a szerfogyasztás kockázatát.

Közösségi szenvedélybeteg-ellátás: A személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatások része. Célja, hogy az általa gondozott szenvedélybetegek integrált és teljes jogú tagjai maradjanak a társadalomnak, illetve visszakapcsolódjanak a közösségbe. Ennek érdekében a gondozás és a pszichoszociális rehabilitáció, valamint a tanácsadás minden formáját a szenvedélybeteg otthonában illetve lakókörnyezetében, tartózkodási helyén biztosítja.

Medikalizáló (pszichiatrizááló): Egy adott jelenség elsősorban orvosi (pszichiátriai) szempontú értelmezésének, kezelésének előtérbe állítása.

Mentálhigiéné: Az egészséges lélektani folyamatok és személyközi kölcsönhatások fejlesztésére, illetve a pszichés működészavarok megelőzési lehetőségeire vonatkozó szemlélet és elméletrendszer,

interdiszciplináris megközelítésmód, illetve társadalmi gyakorlat, amely intézmények, szervezetek, embercsoportok – magukat egészségesnek érző emberek – mozgósítására és megváltoztatására irányul.

Motiváció: Indíték, késztetés valamely magatartásforma, viselkedésmód, cselekvés vállalására vagy éppen korlátozására, visszafogására. A drogokkal kapcsolatosan a fogyasztáscsökkentés törekvését vagy a kezelésbevitel vállalását, a kezelésben való részvételt szokták érteni a motiváció fogalomkörében.

Multidiszciplináris: Különböző tudományterületeket, hivatásokat egyaránt érintő, felölelő.

Népegészségügy (Public health): A népegészségügy társadalmi és politikai koncepció, amelynek célja populációs szinten az egészség fejlesztése, az élet meghosszabbítása és az élet minőségének javítása a lakosság körében az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés és más egészséget befolyásolni szándékozó tevékenység által. Az új népegészségügyi koncepció azon az átfogó megközelítésen alapszik, hogy az életmód és az életkörülmények miként befolyásolják az egészségi állapotot. Továbbá azon a felismerésen nyugszik, hogy a különböző politikáknak, programoknak és szolgáltatásoknak erőforrásokat kell mobilizálni és beruházni az egészséges életvitel támogatása és az egészségbarát környezet kialakítása érdekében.

Önsegítés, önsegítő csoport: Az *önsegítő csoportok* kezdeményezői és tagjai úgy látják, hogy személyes problémájukat (leggyakrabban függőségüket) képtelenek önerőből és/vagy az egészségügyi és szociális intézmények segítségével megoldani. Az *önsegítés* olyan, leginkább csoportos formában megvalósuló együttműködési forma, amelyben rendszerint hasonló gondokkal küzdő emberek szervezik meg önmagukat egyetlen közös cél (a 12 lépéses anonim programok, így például a Névtelen Anyagosok esetében a szermentesség és a józanság) elérése érdekében. A rendszeres, kölcsönös, egymásnak nyújtott ingyenes segítség révén belső változási folyamatot indítanak el, amelynek mentén szellemi, lelki és szociális állapotuk javul. Legfőbb hatótényezők és erőforrásaik: a sorsközösség, a tapasztalatok megosztása, a szolidaritás, a támogatás, az elfogadás, a spiritualitás, a biztonságos környezet és a hierarchia-mentesség. Az önsegítő csoportok hatása az önértékelésre, a megküzdési képességre, a hangulati állapotra és az aktivitásra meglepően jó, a tapasztalatok szerint gyakran felülmúlja az intézményi beavatkozások hatásfokát.

Prevalencia: Arányszám, mely adott földrajzi területen, adott idő alatt, adott feltételek vagy jellemzők előfordulását mutatja meg a társadalomban. Így beszélhetünk például életprevalenciáról vagy elmúlt havi prevalenciáról.

Életprevalencia: a személy élete során legalább egyszer már megvalósította az adott magatartást. Életprevalencia-érték jellemzően azon személyek számaránya egy adott közösségben, csoportban, akik életükben legalább egyszer fogyasztottak már például kábítószert. Ebbe beletartoznak azok is, akik egy alkalommal fogyasztottak szert, de azok is, akik rendszeres használók.

Promóciós: Fejlesztő, támogató, erősítő hatású.

Rendészet: Olyan állami, közigazgatási tevékenység, amely a közbiztonság megzavarásának megelőzésére, a zavaró magatartás megakadályozására és a megzavart rend helyreállítására irányul.

Rehabilitáció: Krónikus, maradványállapottal, maradványtünetekkel járó betegségek esetében a fizikai és szellemi működés helyreállítása, különös tekintettel a munkaképességre és az önálló életvitelre.

Reszocializáció: Krónikus, maradványtünetekkel járó egészségkárosodások rehabilitációja mellett és után történő felkészítés, gondozással és képzéssel a közösségbe való visszailleszkedés érdekében. Különösen pszichiátriai és szenvedélybeteg felépülést célzó, közösségi ellátásának fontos feladata.

Resztoratív büntetőpolitika: A károk jóvátételét, a károsodott helyzet helyreállítását célul kitűző büntetőpolitikai irányzat.

Szubszidiaritás: A társadalmi szabályozás olyan elve, amely szerint minden döntést és végrehajtást a lehető legalacsonyabb szinten kell meghozni, a problémák keletkezési helyén, hiszen a legnagyobb hozzáértéssel a helyi szinten rendelkeznek. A felsőbb szintek beavatkozásának a szükséges minimumra kell korlátozódnia, de nyújtania kell a szükséges segítséget. (Az Európai Unió és tagállamainak működése, valamint a KEF-ek eddigi és a stratégiában tervezett tevékenysége is a szubszidiaritás elvére épül.)

Társadalmi tőke (Social capital): A társadalmi tőke a társas összefogást, illetve összetartozást fejezi ki egy adott közösségben. Ezek az emberek hálózatokat, normákat hoznak létre, bizalmat éreznek egymás iránt és együttműködnek a kölcsönös haszon reményében. A *társadalmi tőke* számtalan társas interakció eredményeként születik meg. Civil, vallásos csoportokban, családi kapcsolatokban, informális közösségi hálózatokban ölt testet, amelyeket az önkéntesség, önzetlenség és bizalom köt össze. Minél szorosabb ez a kötelék, annál valószínűbb, hogy a közösség tagjai a kölcsönös haszon érdekében együttműködnek. Így a társadalmi tőke segítségével egészségi állapot javulását érhetünk el.

Budapest, 2011. október 20.

*Berényi András, Buda Béla, Grezsa Ferenc, Kály-Kullai Károly, Koós Tamás, Lányi András,
Nagy Zsolt, Rácz József, Urbán Zoltán, Vandlik Erika és Victorné Erdős Eszter*