

A Kék Pont javaslatai a Nemzeti Drogstratégia tervezete kapcsán

RÉSZLETES JAVASLATOK

A **I. Bevezető** fejezetben a tervezet egyfajta kultúrtörténeti kontextusba igyekszik helyezni a tudatmódosítás jelenségét és problematikáját, amely elképzelés indokolt szándék volt. Azonban a bevezető, a nagyobb fókusz látszatának ellenére, elnagyolt és nem nyújt hiteles képet. A felütés azt a hatást kelti, mintha a drogfogyasztás jelensége az utóbbi fél évszázad terméke, illetve az ipari társadalmak kialakulásának hordaléka lenne, holott ez nem igaz. Az *„öntudat és önkontroll felfüggesztését és a révületi lelkiállapotokat”* célzó szándékok és kísérletek az emberiséggel egyidős jelenségek, koronként és társadalmi környezetként valóban változó intenzitással és megítéléssel. A dokumentum bevezetőjének eme hibája azért problematikus, mert az indító állítás máris féket képez a drogprobléma őszinte társadalmi diskurzusában, amely nélkül nincsenek meg egy józan hazai szenvedélypolitika esélyei. A bevezető azon állítása, mely *szertint „a drogok iránti kereslet nagysága miatt a szerek beszerzése és terjesztése szinte kriminális „iparág” lett, a függők önpusztító életmódja pedig kialakította az ártalomcsökkentés gyakorlatát, amely csak a szerfogyasztás egyes hatásainak tüneti ellensúlyozását tűzi ki célul.”* (1. o.) önmagában megkérdőjelezi az ártalomcsökkentő programok jelentőségét és nem vesz tudomást azok, az utóbbi évtizedben elért hazai eredményeiről sem. Az ártalomcsökkentő programok jóval komplexebb célokat követnek. Valamennyi ártalomcsökkentő szolgáltatás közös célja egy olyan hosszútávon kialakítható segítői együttműködés, amelynek révén jelentősen megnőnek az egyébként nehezen, vagy egyáltalán nem elérhető kliensek kezelésbejuttatási esélyei, közegészségügyi és közbiztonsági szempontból komoly védelmet jelentve a nem fogyasztó társadalmi többségre is. Távlati célként jelöli ki a gyakran szinte illegalitásban élő és szerfogyasztásával leállni nem képes vagy nem akaró, szegregált csoportok és egyének társadalmi rehabilitációjának, illetve reintegrációjának segítségét, szociális- és egészségügyi szolgáltatásokon keresztül, pl. lakhatási és munkahelyi problémák kezelésével, a higiénés és szexuális tanácsadással és szűrővizsgálatokkal vagy éppen gyógyszeres, helyettesítő kezelésekkel. (metadon programok) A HIV és hepatitis vírusfertőzések terjedésének megelőzésében nyújtott eredményes erőfeszítések, a drogszemét biztonságos begyűjtése és a nyíltszíni drogszcénák kialakulásának megakadályozása (tűcsere programok) szintén nem elhanyagolható tevékenységek, a kitartó és bizalomra építő szociális munka termékeként. *Javasoljuk*, hogy az ártalomcsökkentésre utaló fenti mondat ne szerepeljen a szövegben, annál is inkább ne, mert a későbbiekben, ugyan a korántsem indokolt mértékben hangsúlyozva, de a felépülés-központú szemléletet tükröző kezelés-ellátás fejezetben, mégis utal a szöveg az ártalomcsökkentés szükségességére, amely így önmagában ellentmondást mutat. A szermentesség fogalma már a bevezetőben is többször felbukkan, de nem egyértelmű, hogy a tervezet milyen hangsúlyt kíván adni neki, hisz míg azt olvassuk egy helyen, hogy *„A kockázati felvilágosítás és egészségnevelés, a szermentes életformák megtanítása nem tudta ellensúlyozni*

az ifjúsági szubkultúrák és azokon belül a nonkonformis viselkedésmódokat képviselő referenciacsoportok hatásait.(2. o.), amely alapján a szermentes életforma drogstratégiai célként való kitűzése utópisztikus és irreális célkitűzés lenne, a későbbiekben, stratégiai célként mégis támogatást élvez: „Ha nem is lehet közvetlen drogstratégiai cél, de legalább elméleti irányjelző kell legyen a szermentesség...”(2.o.) a VII. fejezetben (Kezelés, ellátás, felépülés) már egyértelműen leszögezi, hogy „ a felépülés- központú ellátás célja a tartós szermentesség...”.(27.o)

Kiegészítésként javasoljuk hangsúlyozni a **II. Előzmények, feladatok** fejezetben felsorolt stratégiai feladatok 4. pontjához, „Segítse elő a társadalom különböző közösségei, a drogszakma hivatásos és nem hivatásos szereplői, illetve a döntéshozók közötti együttműködést”(4. o.), a drogfogyasztás komplex kezelésében közvetlenül érintett szaktárcák (oktatás, egészségügyi, szociális) közös felelősségét és azt, hogy a tervezet szorgalmazza azok céljainak és programjainak a korábbiakhoz képest jóval erőteljesebb összehangolását, az érintett döntéshozók szoros és folyamatos együttműködésével.

A III. helyzetkép, helyzetértékelés fejezetben nem világos, hogy a tervezet milyen elv szerint szelektált az elérhető adatok beválogatása között, és utóbbiak esetében miért nem a nyilvánosságra került legfrissebb adatokra hivatkozik. Míg néhány területet részletesebben kifejti, addig más területek adatai - pl. ellátási fejlesztések számokban kifejezhető mértéke és költségei vagy a kínálatcsökkentés költségei - egyáltalán nem kerültek be. Míg a tervezet említi, hogy „2006 és a 2010 között a marihuána és az amfetaminhasználat újra nőtt (7. o.)”, nem utal kellő hangsúllyal a designer drogok megjelenésének új kihívására, a dinamikusan emelkedő mértéket mutató designerdrog-használatra, illetve a jelenség nemzetközi szinten érvényes egyedi magyar jellegére. E helyütt javasoljuk az Európai Bizottság megrendelésére készült Eurobarométer felmérés 2011 nyarán nyilvánosságra hozott eredményeinek megemléztetését is, amely helyzetképet mutat a magyar fiatalok drogokhoz és drogpolitikához való attitűdjéről is! Továbbá javasoljuk a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások évi bontásban történő bemutatását is részletezni, a prevenciók kiadásoktól a kezelés-ellátáson át, a kínálatcsökkentésig!

A helyzetképben (és a későbbi fejezetekben is) különösen nagy hangsúlyt kap a pszichoaktív szerhasználó fiatalok elérése, mint kiemelt célcsoporté, de az idősebb szerhasználókat elérő programok szükségessége elsikkad. Ezzel szemben az Európai Drogmonitoring Központ (EMCDDA) által kiadott 2010-es éves jelentésében kiemelt témaként szerepel az idősebb szerhasználó csoportok egészségügyi ellátásának kérdése, hiszen itt sokszor több évtizedes szerhasználói múlttal rendelkező emberekről beszélünk, akik számára speciális programok szükségesek.

A IV. Társadalmi környezet fejezet családkról szóló részéhez (13.o.) javasoljuk, hogy az alkoholfüggők magas számának tényéből következő „családon belüli társfüggőség és az alkoholista családi játszma kialakulásának” veszélyei mellé kerüljön be a szövegbe a családon belüli erőszak és a túlzott alkoholfogyasztás ismert összefüggéseire történő utalás is, megjegyezve, hogy Magyarországon az erőszakos bűncselekmények hátterében milyen nagy

arányban szerepel az alkoholfogyasztás motívuma! Ugyanezen fejezet médiáról szóló részében (14.o.) ellentmondást érzékelünk abban, ahogy a tervezet az internet szerepéről és lehetőségeiről ír. A *„fogyasztói társadalmakban az infokommunikációs technológia (IKT) eszközei kulcsszerepet töltenek be a közbeszéd témáinak és azok értelmezésének alakításában”* megállapítás, majd az azt követő, az internetet sokkal inkább démonizáló színben történő kommunikációs színtér feltűntetése aránytalan, és indokolatlan. Különös tekintettel problémás ez az ellentmondás a közösségi médiumokon százezres nagyságrendben és igen intenzíven jelenlévő, a drogfogyasztás kialakulása szempontjából legveszélyeztetettebb korosztályok fiataljainak szempontjából. Javasoljuk a felénk forduló online prevenciós és ártalomcsökkentő programok és az online tanácsadások, önszolgálati programok hazai fejlesztési lehetőségeinek támogatását e helyen megemlíteni.

Bár e tervezet leszögezi, hogy a szövegben *„csupán jelzésszerűen hivatkozott jelenségek és folyamatok”* említésére volt lehetőség, mégis hiányoljuk a felnőtt társadalmi szerfogyasztási szokások (lásd alkohol) és ezen belül különösen a szülői attitűd-és magatartásformák mintaértékű hatásainak hangsúlyozását. A drogfogyasztásról szóló nyílt társadalmi diskurzus csak egy olyan környezetben képzelhető el, amelyben a felnőtt, szülői generációk körében is megtörténik a problémával való őszinte szembenézés és önvizsgálat. Javasoljuk ennek bátorítását, és egy a drogstratégia szellemiségével egységes szemléletet tükröző nemzeti alkoholstratégia megalkotását! Utóbbi nélkül a szigorúan az illegális drogok fogyasztására vonatkoztatott stratégia és a benne képviselt szenvedélypolitikai célkitűzések hiteltelenek lesznek.

Az V. Alapértékek és célok fejezet megállapításai túl általánosak és elnagyoltak, javasoljuk a fejezet újraírását, konkrét, a későbbi megvalósítást kísérő monitorozások során egyértelműen mérhető célok megnevezésével. Két szempontból is félrevezetőnek tartjuk azt a 17. oldalon olvasható mondatot, miszerint a stratégia *„elismeri a bejáratott és bevált szakmai programokat, ugyanakkor szorgalmazza a nem intézményes (extramurális) módszerek, alkalmazását, a civil kezdeményezések, egyházi közösségek, önszolgálati csoportok tevékenységét, a felépülő függők tapasztalati szakértelmének hasznosulását”*. Egyfelől, a drogfogyasztás hazai kezelésében kezdettől fogva élen járnak és valós progresszív erőt képviselnek a civil szervezetek, amelyek többsége hatékony és hiánypótló programokat működtet, ezért a civil kezdeményezéseket a bevált szakmai programoktól külön kezelve említeni nem elegáns, és félrevezető lehet a szolgáltatásokat nem ismerő laikusok számára. Továbbá maximálisan elfogadva a felépülő szenvedélybeteg tapasztalatait és azok figyelembevételét szükségesnek látva a szakmai programok kialakításakor, sőt, a sorstárs és önszolgálati programok támogatását is szorgalmazva, óvatosságra intenénk a tekintetben, hogy a felépülő függők tapasztalatait önmagában szakértelmnek nevezzük. Javasoljuk e szövegrész a fenti szempontok szerinti finomítását, átírását. Ugyancsak ebben a fejezetben olvashatunk a bűnüldözés *„resztoratív”* szemléletének érvényesítéséről, *„melynek nyomán a kárt szenvedett közösség valamilyen jóvátételben részesül. Annak megvalósulása az elkövető számára is énerősítő hatású lehet.”*(17.o.), amelynek megemlézése álláspontunk szerint egy előremutató és kívánatos szemléletet tükröz, de

sajnálatos, hogy a kínálatcsökkentés fejezetben ennek bevezetési lehetőségeiről és támogatásáról, illetve a büntethetőség és a btk. módosítás lehetőségeinek számbavételeinél, már nem tesz említést a tervezet. Javasoljuk ennek következetes újragondolását, a vonatkozó nemzetközi szakirodalom és az eredményes gyakorlatok áttekintésével!

A stratégiai tervezet *Újszerűség-ét* bemutató fejezetben különösen problematikusnak tartjuk azt a megállapítást, amely szerint „a droghasználat erkölcsi alapon is megítélhető és elutasítható”, amennyiben nem kívánjuk a fogyasztókat tovább stigmatizálni és a szerhasználók iránti elutasító társadalmi attitűdöt fokozni. Ha a stratégia azt tűzi ki célul, hogy társas és társadalmi szinten egyaránt őszintén beszéljünk a tudatmódosítás kérdéseiről és veszélyeiről, hogy a rejtőzködő és problémás szerfogyasztók eljussanak a kezelő-ellátó rendszer megfelelő intézményeibe, hogy az addiktológiai ellátásfejlesztés tudományos bizonyítékokon alapuló programokon keresztül folyjon, hogy a felépülők társadalmi visszailleszkedése is egy empatikus és támogató környezetben történjen, és hogy a tudatmódosítás kérdését sokszor hiszterizáló médiahangvétel is változzon, akkor kérjük ennek a fenti mondatnak a kivételét a szövegből!

A *célkitűzések* között található elvárás, miszerint „*épüljön ki olyan, az önkormányzatoknak felelős, társadalmi szervezetként működő hálózat, amely a helyi közösségben kezdeményezi és összehangolja az egészségfejlesztő, drogmegelőző és kezelő tevékenységet*”, mintha teljesen megfelelne a már évek óta létező kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF-ek) rendszeréről és tapasztalatairól. A jelenleg országosan közel 90 KEF jogi személyiséggé nyilvánításának témája régóta napirenden van szakmai körökben. Többségük esetében, deklarált feladatuk minőségi elvégzésében - a helyi drogstratégia koordinálása - eddig sem a civil szakmai szándék hiánya, hanem sokkal inkább az önkormányzatokkal folytatott együttműködés nehézségei és az elégtelen helyi önkormányzati források voltak az akadályok.

Az **VI. Egészségfejlesztés, megelőzés** fejezet indító gondolatával, miszerint az Ottawai Charta szellemiségével összhangban, az egészség korántsem egyenlő a betegség nemlétével, teljesen egyetértünk. A Kék Pont maga is a holisztikus szemléletű egészségfejlesztési programokat szorgalmazza. Az a későbbi megjegyzés, miszerint „*a drogmegelőzés szűkebb értelmezését fel kell váltsa az a szemléletmód, amely az egészségfejlesztést, az átfogó, testi-lelki-szellemi-társadalmi jól-létet állítja középpontba*”, mégis félrevezető, hiszen ez a szemlélet már a korábbi stratégiák ajánlásában is érvényesült, és a civil szervezetek kínálta programok javarésze már régóta ennek alapján születik. Amikor a meghatározott feladatok között azt ajánlja a tervezet, hogy a Kábítószer Egyeztető Fórumok, illetve a tervezetben előrevetített jövőbeli Közösségi Erőforrások Fórumai lesznek a helyi akcióterv koordinálói, akkor itt ismét érdemes lenne hangsúlyozni a már korábban említett tapasztalatokat, az önkormányzati szerepvállalás és az önkormányzati –civil szakmai együttműködés elégtelenségéről. Szervezeti tapasztalataink szerint a helyi oktatási intézmények képviselői gyakorta kimaradnak a közvetlen és intenzív KEF munkából, illetve jellemzően azok az oktatási intézmények is látókörön kívül esnek, már a tervezéskor, amelyek nem önkormányzati fenntartásúak. Ugyancsak saját tapasztalatunk az is, hogy a helyi prevenciós tevékenységet ellátó szolgáltatók összessége nem ismert az önkormányzatok előtt sem, nincs egy átlátható prevenciós paletta, amely megmutatná azt is,

hogy melyik iskolában, melyik szolgáltató van jelen, és milyen programmal. A tervezet kiemeli, hogy az alap-közép, és felsőfokú intézményekben induljanak el életkor-specifikus szakmailag hitelesített képzési programok, ami felveti annak kérdését, hogy a készülő oktatási koncepcióban is lesznek-e erre vonatkozó feladat-meghatározások, mennyiben életszerűek az itt leírt elvárások? Üdvözljük a megelőző programok minőségbiztosítására, a programok akkreditálására való elvárásokat. Azonban itt meg kell jegyeznünk, hogy mindig lehetnek, lesznek olyan helyi, speciális igényeket kiszolgáló, intézmény-specifikus programtervek, amelyek nem feltétlen férnek bele egy merev akkreditációs keretrendszerbe. Éppen ezért még az akkreditációs igénynél is fontosabbnak tartjuk azt, hogy az iskolák valóban kötelezve legyenek a saját drogstratégiájuk kidolgozására és végrehajtására, és hogy ehhez minden szakmai segítséget- szakembereket, civil együttműködések, anyagi források- megkapjanak! Megítélésünk szerint az iskolai univerzális prevenciók programok ügye az, ami a legnagyobb változtatásokat igényli a megelőző szintek közül, ezért a tervezetből erre vonatkozólag kiolvasható szándékokat alapvetően támogatjuk. A jelenlegi rendszer sajnos még mindig kedvez a drogmegelőző programok ad hoc megjelenéseinek, az óraszám kötelezettségek miatt ezek a foglalkozások sokszor a legmostohább körülmények között, a „kötelezően letudandók” listáján szerepelnek, sokszor erősen kétségbe vonható hatékonysággal. A pedagógusok leterheltségét látva, különösen ajánlott lenne az, hogy a helyi szakember-erőforrásokat külső segítő szakemberekkel folytatott, folyamatos együttműködések támogatásával segítsük. Az a gyakorlat, amely zöld lámpát ad a kipipálható drogprevenciók programoknak, tűzoltás jelleggel, azonnali segítségnyújtásként 1-2 , esetenként több száz fő előtt megtartott frontális előadással, vagy „megrendelt ráijesztéssel” kívánja megelőzni vagy kezelni a helyi problémákat, csak tovább rontja a hazai prevenciók munka és a preventorok hírnevét. Itt jegyezzük meg ismét, hogy a tapraállt függők egyedi és pótolhatatlan tapasztalatai nem elegendőek ahhoz, hogy önmagukban szakértelemként tervezzünk velük, ezért javasoljuk a szöveg e szerinti árnyalását!(23.o.) *A kortárs csoportok, ifjúsági színterek* pontnál a tervezet utal a biztonságosabb szórakozás feltételeinek megteremtésére, azonban nagyon egyoldalúan és hiányosan. A szövegben ez szerepel: *„Meg kell alkotni azokat a jogszabályokat, amelyek egyértelműen rögzítik a kereskedelmi létesítmények (például plázák), illetve a különböző szórakozóhelyek üzemeltetőinek felelősségét a helyszínen tartózkodók egészségének megóvásával, illetve a kábítószer fogyasztás megakadályozásával kapcsolatosan. A zenés, táncos szórakozóhelyek bevonása és érdekeltté tétele a fiatalok biztonságosabb szórakoztatásában a kínálatcsökkentés igen fontos eleme.”* A szöveg kizárólag a szórakozóhelyek üzemeltetők jogszabályi és a kínálatcsökkentés felelősségét taglalja. Semmi sem utal a differenciálódott zenei szórakozói térre megszületett prevenciók és ártalomcsökkentő programok létezésére és azok indokolt támogatására, a tervezet ezen része csak a hatósági megoldásokban gondolkozik. A kínálatcsökkentés szerepének e helyen történő kiemelése leginkább a rosszlelkű „diszkórazziák” korszakára emlékeztet minket, amelynek „eredménye” a drogkereskedelem visszaszorítása szempontjából értékelhetetlen. Javasoljuk, hogy a stratégia, a zenés-táncos szórakozóhelyek színtereinél emelje ki a szórakozás biztonságosabbá tételét célzó prevenciók és ártalomcsökkentő programok jelentőségét, és

pontosítsa, hogy a kínálatcsökkentés szerepét miben látja! Javasoljuk továbbá, hogy ennek tárgyalásánál a stratégia készítői vegyék figyelembe a TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt, kábítószerügyi pillérének, addiktológiai ellátások fejlesztése keretében született Módszertani levél ajánlásait! A *Média* szintér alfejezet első mondatában ezt olvassuk: *„a függőségeket okozó szerek bármilyen célú és formában történő reklámozását és népszerűsítését tiltó jogszabályok megalkotása, az internetes tartalmak ez irányú fokozott ellenőrzése”*(26.o). A stratégia e helyütt nem utal arra, hogy valóban minden, függőséget okozó szert értenek-e a készítők ez alatt, vagyis például az alkohol reklámokat éppen úgy, mint az energitalokat vagy a függőséget okozó gyógyszereket? Ha igen, akkor véleményünk szerint ez a szándék alapvetően átrajzolja a magyar szenvedélypolitika irányait, és ez esetben annak szellemében kell a stratégiát újratervezni. Szintén a média szerepét taglaló részben ajánlja a stratégia azt, hogy *„a vonatkozó egészségfejlesztési és drogmegelőzési ismeretek jelenjenek meg az újságíró (kommunikációs szakember) képzések tanterveiben.”*(27.o.) Azon túl, hogy ez ismét az oktatási tárcával történő szoros együttműködésben valósulhat csak meg, irreális és felesleges elvárásnak érezzük a fenti szándékot. Javasoljuk, hogy az ismeretek újságíróképzésbe történő kötelező beemelése helyett a stratégia szorgalmazza olyan attitűdformáló, érzékenyítő újságíró tréningek, programok támogatását, amelyek a tudatmódosítás jelenségét, egy a jelenleginél jóval árnyaltabb és komplexebb kommunikációval segíthetnek értelmezni! Javasoljuk áttekinteni az e téren korábban született jó gyakorlatokat és tapasztalatokat! A VI. fejezet végén egy Kábítószer Információs Központ létrehozásáról olvashatunk, amelyben *„a kábítószer okozta problémákról, a megelőzés és kezelés lehetőségeiről az érdeklődők szakemberektől kaphatnak felvilágosítást.”* Javasoljuk annak pontosítását, hogy ennek az új intézménynek mi lenne a funkciója a már működő Nemzeti Drogmegelőzési Iroda, a Szakmai Információs Portál, (www.szi-ndi.hu), a Nemzeti Drog Fókuszpont, a Magyarországi Addiktológiai Ellátások Portálja: www.addiktellatasok.hu, vagy az Országos Addiktológiai Centrum feladataihoz képest!

A **VII. Kezelés, ellátás, felépülés** fejezetben önmagában a kezelés-ellátási irányokat kijelölő felépülés-központú megközelítést támogatjuk, amennyiben az *„a szemlélet a szerhasználó és a segítő intézményrendszer első találkozásánál megjelenik és végigkíséri a kliens útját az ellátó rendszerek között.”* (27.o.) Azonban itt megint felmerül a szermentesség elvárásának problémája, amennyiben az indító mondatban *„a felépülés-központú ellátás célja a tartós szermentesség,…”*(27.o.), az absztinencia-orientált programok kizárólagos igényét sugallja. Ezzel szemben ugyanitt, az ellátási lánc első állomásaként értelmezhető, a még aktív szerhasználókkal találkozó ártalomcsökkentő programok hiánypótló szerepének hangsúlyozása (lásd a bevezetőnkben írtakat) kimaradt, ezért javasoljuk az ártalomcsökkentés kifejezés a szövegnek e részében történő használatát, és funkciójának ismertetését a felépülés rendszerében. A tervezet nem elég konkrét az addiktológiai ellátórendszer fejlesztéseinek feladataiban, és a későbbi monitorozás számára ismét nem teszi mérhetővé (lásd korábban) a stratégiában megvalósítandó feladatok eredményességét, ezért javasoljuk az ellátás-fejlesztések területén elérni kívánt eredmények pontosabb meghatározását! Támogatjuk az ellátórendszer legkülönbözőbb szereplői közötti szoros együttműködés fejlesztését. Különösen tekintettel az alacsonyküszöbű

programokon keresztül kezelésbe jelentkezők, továbbá a drogbetegek ambuláns ellátásából a kórházi és rehabilitációs intézménybe irányított kliensutak és a szakemberek közti kommunikáció megkönnyítése javallott! Utóbbi segítése lehet csak garancia arra, hogy az újonnan megjelenő a szociális, egészségügyi, sőt rendészeti szereplőket egyaránt próbára tevő kihívásokra viszonylag hamar reagálni tudjunk. (lásd designerdrog-jelenség)

A **VIII. Kínálatcsökkentés** fejezetben sok helyen inkább a rendőrség szerepét írja le a szöveg, sem mint a kínálatcsökkentésnek drogpolitikában betöltött helyét határozza meg. Így szerepel ebben a részben a keresletcsökkentés, prevenció feladatára vonatkozó megállapítás is: *„Ezt [A kínálatcsökkentés stratégiai célját, a kábítószeres hozzáférhetőségének megakadályozását] szolgálja a hatékony bűnfelderítés, illetve – a keresletcsökkentés szereplőivel együttműködve – azok a programok, amelyek elősegítik, hogy a polgárok képesek legyenek nemet mondani a droghasználatra, és váljon meggyőződésükké, hogy nem létezik biztonságos drogfogyasztás.”*(31.o.). Emellett itt tárgyalja a tervezet az eltereléshez kapcsolódó feladatot is: *„ Az eltereléshez kapcsolódó szolgáltatások minőségbiztosítási rendszerének kialakítása. A kínálatcsökkentésben közreműködő szakemberek bevonásával az elterelés szakmai protokolljának kidolgozása”* (34.o.). Ha a rendőrségnek a keresletcsökkentésben, kezelésben is szerepet szánunk a drogstratégia alkotói, azt érdemes lenne a vonatkozó helyeken, illetve az adott témákban a lehetséges együttműködő partnerek kontextusában tárgyalni. Különösen azért, mert sok szakmai program legfontosabb helyi partnere lehetne a rendőrség, azonban a nyílt kommunikáció és konstruktív együttműködés kevésbé jellemző – hasonlóan a gyermekvédelemmel és szerhasználókkal foglalkozó szervezetek közötti bizalmatlansághoz, amely megnehezíti például a fiatalok szerhasználók és családjaik számára, hogy hozzáférjenek az adott helyzetnek megfelelő, integrált ellátáshoz. Fontos eredmény lenne, ha a végleges drogstratégia egymás munkájának tiszteletben tartását, egymás szakmai szempontjainak jobb megismerését szem előtt tartva iránymutatásként szolgálhatna ezen a téren minden fél számára. A megelőzéssel illetve a rendőrség ebben betöltött szerepével kapcsolatban leírtakkal, miszerint *„A drogproblémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek valamennyi szintén és célcsoport vonatkozásában az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia.”* (32.o.) messzemenőig egyet tudunk érteni. A *„váljon meggyőződésükké, hogy nem létezik biztonságos drogfogyasztás”* (31.o.) kitétel kapcsán itt jegyeznénk meg, hogy azzal együtt, hogy minden szerhasználat kockázatokkal jár, létezik biztonságosabb drogfogyasztás is. A megfelelő ismeretek ezen a téren jelentősen csökkentik nem csak az egyéni károkat, de a közösségre, a társadalomra háruló költségeket is (az élete egy szakaszában szerhasználó egyén életében kiemelt jelentősége lehet ezeknek az ismereteknek, hiszen meghatározhatja az életminőségét akkor is, amikor már felhagy a szerhasználattal, a társadalom számára pedig alacsonyabb egészségügyi költségeket és produktívabb embereket jelent), amely rövid- és középtávon mindenképpen fontos szempont, akkor is, ha a stratégia hosszútávon a szermentes társadalmat tűzi ki célul. Kiemelten fontosnak gondoljuk a biztonságosabb szerhasználattal kapcsolatos információkat a hétvégén/éjszakánként táncos szórakozóhelyeken történő rekreációs szerhasználat esetében, ahol a biztonságos szórakozás feltételei nem mindig adottak – itt a szórakozóhelyekre vonatkozó feladatok,

standardok, esetleges kapcsolódó képzések meghatározásának helye van a drogstratégia keretein belül (lásd korábban, a kortárs szinterek fejezetnél megjegyzéseinket!). A kínálatcsökkentés fejezetben úgy fogalmaz a stratégia, hogy *„A kínálatcsökkentés során olyan alkalmazott büntetőjogi felelősségre vonás elrettentő hatású legyen, azaz alkalmas arra, hogy megakadályozza a későbbi azonos, vagy hasonló jellegű bűncselekmény elkövetését.”*(32.o.) Az elrettentő büntetések hatása a nemzetközi tapasztalatok alapján kétséges (leggyakrabban az Egyesült Államokat szokás példaként említeni, ahol az elmúlt évtizedekben óriási arányban növekedett a kábítószerhez kapcsolódó ügyben elítéltek száma, viszont nem csökkent a kábítószerhez kapcsolódó erőszakos bűncselekmények száma, és jelenleg sokkal többen fogyasztanak kannabiszt, mint például Hollandiában), így érdemes lenne árnyaltabban fogalmazni ezen a téren. Mint ahogy minden drogpolitikai eszköz esetében, a kínálatcsökkentés esetében is rendkívül fontos vizsgálni a hatékonyságot, azonban a stratégia jelenlegi tervezete a kínálatcsökkentéssel kapcsolatban egyáltalán nem említi ezt. Érdemes lenne a feladatok között megfogalmazni a kínálatcsökkentés esetében is a hatékonyság, költséghatékonyság vizsgálatát, hogy a következő drogstratégia kidolgozásakor ezek ismeretében lehessen a kínálatcsökkentés terén hangsúlyokat, feladatokat megfogalmazni. A kábítószerfogyasztás büntetőjogi vonatkozásainak tárgyalásakor javasoljuk a nemzetközi szinten ismert és elismert *arrest referral* (letartóztatottak továbbirányítási rendszer) gyakorlatának megismerését és bevezetésének megfontolását, illetve a bevezetőnkben említett resztoratív technikák, azaz „a károk jóvátételére irányuló törekvések”-et szolgáló kezdeményezések szorgalmazását!

IX. Emberi és társadalmi erőforrások

A fejezetben felsorolt területek, amelyeknek a stratégia alkotói szerepet szánunk a társadalmi tőke mozgósításában olyan széles perspektívába helyezik a kapcsolódó feladatokat és olyan ambíciózusan jelölik ki a cselekvés horizontját, hogy azok sokszor túlmutatnak szervezetünk szakmai tudásán. Ezzel együtt hasznos lenne, ha már a stratégiában részletesebben megismerhető lenne, hogy a területen dolgozó állami és nem állami szervezetek számára milyen kötelezettségekkel és feladatokkal, lehetőségekkel járna a következő években a társadalmi erőforrások fejlesztése. A képzés, továbbképzés területtel kapcsolatban felsorolt elképzelések megvalósulása az oktatási szakterülettel folytatott egyeztetésektől függ majd. Érdemes lehet végiggondolni, hogy nem lenne-e célszerűbb a elmélyültebb, speciális ismereteket átadni, készségeket fejleszteni azoknak, akik valóban szeretnének majd a szerhasználattal foglalkozni, mint az alapképzésben általánosan érinteni a témát. Szintén ebben az alfejezetben esik szó az ellátás területi egyenlőtlenségeinek csökkentéséről *„A hiányzó szakemberek pótlását segítő ösztönző rendszer kialakításával el kell érni, hogy a ma még hátrányos helyzetű, ellátatlan térségekben is megteremtődjön a lelki egészség megőrzését, a betegségek kezelését biztosító szolgáltatásokhoz való hozzáférés.”* (35.o.). Ez nagyon fontos probléma, amely önmagában a szakember-képzés kiterjesztésével nem orvosolható, itt komplexebb megközelítésre lenne szükség. A hazai együttműködés, intézményrendszerek kapcsán a stratégia az önkormányzatokra terhelné a helyi együttműködések koordinálását (*„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.” (36.o.). A probléma kezelésével foglalkozó szervezetek helyi együttműködése elengedhetetlen, a kliensek, kliensutak követése nagyon fontos, az adott szerhasználó számára sokkal hatékonyabb segítséget tesz lehetővé, ha az alacsonyküszöbű ártalomcsökkentő szolgáltatástól a szociális szolgáltató rendszeren, családsegítőn, a kezelőhelyen, rehabilitáción, egészségügyi intézményen esetleg büntetés-végrehajtási intézményen keresztül haladva az egyes szervezetek visszajelzést adnának egymásnak. Ez a leghatékonyabban a szereplők egymás közötti kommunikációjának erősítésével, a közvetlen együttműködések megteremtésével érhető el, így itt fontos segítség lehetne a kooperációhoz szükséges készségek javítása, az egymás munkájának jobb megismerése. Ennek megteremtése elősegíthető például célzott tréningekkel, amely talán hangsúlyt kaphatna a képzés, továbbképzés alfejezetben is, így maga a szakma válhatna ennek kezdeményezőjévé, nem pedig az önkormányzatokat terhelné további feladatokkal.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság átalakításával, illetve a Társadalmi Drogmegelőzési Konzultációs rendszerrel kapcsolatban szívesen látnánk pontosabban az irányokat, részleteket, hiszen a KKB, eredeti szándékai szerint a kormány legmagasabb szintű tanácsadó szerve. A KKB civil-szakmai delegáltjai a négy legnagyobb hazai szakmai ernyőszervezet képviselői, akiknek megválasztása (újra)választása) széleskörű szakmai konszenzus eredménye. Különösen fontos lenne látni, hogy hogyan lehet majd ebben a rendszerben a szigorúan vett szakmai szempontokat érvényesíteni. Amennyiben a drogjelenség nyílt társadalmi diskurzusát kívánja a stratégia ezzel az új, kibővített formával biztosítani, úgy javasoljuk, hogy azt a meglévő KKB mellett, azzal szoros együttműködésben, de ne a KKB tagság változtatásával együtt kezdeményezze! Javasoljuk, hogy a drogfogyasztás problémájának kezelésében érdekelt területek képviselői számára a stratégia ösztönözze a civil konszenzus-konferenciák rendezését és az egyéb civil érdekérvényesítő technikák által kínált lehetőségek erőteljesebb kiaknázást, megteremtve azok megismerésének és megvalósításának feltételeit! A finanszírozás kapcsán érdemes lenne tisztázni, hogy a stratégia megalkotói számára pontosan mik azok a *„jelenlegi működészavarok”* amelyek miatt *„elengedhetetlen a finanszírozás jelenlegi keretrendszerének átalakítása”* (36.o.), mert úgy tisztábban láthatnánk, hogy milyen irányba tervezik a stratégia megalkotói átalakítani a finanszírozás rendszerét. Ez minden szakterületen működő szervezetnek létkérdés, hiszen a működés tervezéséhez nagyon fontos lenne a jövőbeli finanszírozási lehetőségek ismerete. A kutatással kapcsolatban úgy fogalmaz a stratégia, hogy *„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 együttesen jelentik azokat emberi és társadalmi erőforrásokat, amelyekre egy sikeres drogstratégia támaszkodhat.”* (34.o.). A kutatások hangsúlyozása az erőforrások kapcsán nagyon lényeges, hiszen az erőforrások hatékony felhasználása csak akkor lehetséges, ha a rendelkezésre álló erőforrásokat az elérhető tények és bizonyítékok alapján az

adott problémát leghatékonyabban megcélzó módszerekre fordítjuk. Éppen ezért érdemes lenne a kutatások kapcsán nem csupán országos adatfelvételekre helyezni a hangsúlyt, hanem megfelelő forrást biztosítani arra is, hogy a területen dolgozó szervezetek hatékonyság és eredményesség vizsgálatokat tudjanak elvégezni saját programjaikkal kapcsolatban. A *„kutatás-finanszírozás keretein belül a nemzetközi együttműködésekben való részvétel támogatása, a lehetőségek pályáztatása”* (39.o.) nagyon fontos, szervezetünk jelenleg is igyekszik résztvenni a nemzetközi szakmai munkában, örömmel vesszük, ha a jövőben további támogatásban részesülnek az ilyen munkák, hiszen a nemzetközi tapasztalatok megismerése gazdagítja a hazai szakmai életet és elengedhetetlen a magas szakmai színvonal fenntartásához. Az utolsó fejezetben többször is megemlíti a stratégia a roma kisebbséget: *„Sajátos probléma a cigány kisebbséghez tartozók lelki egészségének védelme, szerfogyasztásból eredő problémáik megelőzése és kezelése. Döntéseiknek a közösség egészségi, különösen lelki egészségi állapotára gyakorolt hatásainak alaposabb megismerése érdekében a vonatkozó ismereteket – legalább minimális szinten - az államigazgatási, önkormányzati munkatársak számára is biztosítani kell.”* (35.o.), majd a feladatok felsorolásánál külön kiemeli, hogy *„Önálló romológiai modul beépítése a lelki egészség témakörét érintő képzésekbe, másfelől pedig a lelki egészséggel kapcsolatos ismeretek beépítése a romológiai tárgyú képzésekbe.”* (38.o.). Ezzel kapcsolatban fontos lenne tisztázni, hogy pontosan miért tartják sajátos problémának a romák szerhasználatát, mennyiben speciális a romák számára nyújtandó megelőzés és kezelés, miért kell kiemelni önálló modulként lelki egészséggel foglalkozó képzésekben a roma kisebbséget? Elismerjük, hogy a témának lehet létjogosultsága a mai magyar társadalomban, amennyiben az a halmozottan hátrányos helyzetű, romák által sűrűn lakott, gyakran gettó-szerű városrészek, illetve a kisvárosok, falvak roma telepeinek komplex felzárkóztatási, esélyegyenlőségi programjaival összehangolva merül fel, de annak szükségességére a tervezet sem a helyzetértékelésben, sem itt nem utal. Valamint javasoljuk annak végig gondolását is, hogy más magyarországi kisebbségek, szubkultúrák nem rendelkeznek-e annyira sajátos szerhasználati mintázattal, speciális lelki egészséget érintő jellemzőkkel, hogy őket is megilletné hasonlóan differenciált odafigyelés? Nem gondolják-e, hogy a magyarországi előítéletesség problémája túlmutat a drogstratégia keretein belül megoldható feladatokon?

Összegezve véleményünket, a Kék Pont Alapítvány számos kérdésben még kidolgozatlanak, vagy problematikusnak látja a Nemzeti Drogstratégia tervezetében javasoltakat, amely további végiggondolásokat indokol. Bízunk benne, hogy a tervezet jelenlegi munkaformája még messze van a véglegesnek tekinthető stratégia szövegétől, egyben megerősítjük, hogy amennyiben a stratégiai készítői, a társadalmi egyeztetés folyamatában a jövőben is számítanak a civil szakmai szervezetek véleményére és javaslataira, úgy abban a Kék Pont Alapítvány továbbra is felajánlja konstruktív együttműködését.

