

## Szakmai indokolás:

A kábítószer-probléma kezelése, a kedvezőtlen folyamatok visszaszorítása, a kábítószer-használat és kereskedelem csökkentése közös társadalmi érdek. A fenti célok megvalósítására a közösségek, szakemberek, döntéshozók közötti együttműködést elősegítő, annak alapjait megteremtő nemzeti stratégia és a nemzeti stratégia végrehajtását szolgáló szakpolitikai programok adnak lehetőséget.

A 2010-2018 időszakra vonatkozóan az Országgyűlés 2009 decemberében fogadta el az akkori kormány által beterjesztett "Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére" című dokumentumot [106/2009. (XII. 21.) OGY határozat].

A drogpolitikai irányelvek meghatározása során a korábbiaktól eltérő szemléletmód megjelenítésének igénye új drogpolitikai dokumentum kialakítását tette szükségessé. Ez a következő okokra vezethető vissza: részben jelentős változások történtek a kábítószer-probléma kezelésében érintett egyes részterületeken illetve ezek feltételrendszerében, mélyreható társadalmi és gazdasági változások mentek végbe, részben jelentős negatív irányú elmozdulás történt az egyes szerhasználati tendenciákban. A fentiekben túl az új pszichoaktív szerek (ún. designer drogok) széleskörű megjelenése szintén új kihívás elé állítja a kábítószerkérdéssel foglalkozó szakembereket.

Az új nemzeti stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra, azaz nyolc évre állapít meg célkitűzéseket azzal, hogy az azok megvalósításához szükséges konkrét feladatok szakpolitikai programok keretében kerülnek részletes kifejtésre.

Az új nemzeti stratégiában megfogalmazott főcél az illegális és a visszaélésszerű legális szerhasználat csökkentése célzott, közösségi alapú beavatkozások segítségével. A nemzeti stratégia célja a szerhasználat nélküli életmodell és az egészséget alapértékként közvetítő, közösségerősítő szemléletmód középpontba állítása, a kábítószer-függők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú látásmód képviselése.

## Az Országgyűlés

.../2013. (.....) OGY

### h a t á r o z a t a

#### a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiáról (2013-2020)

Az Országgyűlés abból a felismerésből kiindulva, hogy a kábítószeres keresletének és kínálatának csökkentése kizárólag szerkezetében és szemléletében egységes stratégiai elemeket megvalósító együttműködéssel érhető el, felismerve továbbá, hogy a kedvezőtlenül alakuló tendenciák megállításában a szerhasználat nélküli életmodell és az egészséget alapértékként közvetítő szemléletmód középpontba állítása, a kábítószer-függők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú látásmód érhet el eredményeket – összhangban az Európai Unió célkitűzéseivel – a következő határozatot hozza:

1. Az Országgyűlés elfogadja a határozat *mellékletét* képező, a kábítószer-kereslet, valamint kínálat csökkentése érdekében készített „*Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére (2013-2020)*” című stratégiai programot (a továbbiakban: Nemzeti Stratégia);
2. Az Országgyűlés felkéri a Kormányt, hogy
  - a) jogalkotó és végrehajtó tevékenységében érvényesítse a Nemzeti Stratégiában elfogadott elveket, feladatokat és célkitűzéseket;
  - b) kormányzati szakpolitikai programokban gondoskodjék – a mindenkori költségvetési lehetőségek figyelembevételével – a megállapított feladatok és célkitűzések megvalósításának mérhető indikátorokat is magában foglaló eszközrendszeréről, a szükséges eszközökről és azok felhasználásáról. Gondoskodjék továbbá arról, hogy a központi költségvetés tervezése során az érintett fejezetek felügyeletét ellátó szervek vezetői vegyék figyelembe a Nemzeti Stratégiában meghatározott célokat;
  - c) az első, 2013-2015. évekre vonatkozó szakpolitikai programot a feladatok és a felelősök meghatározásával a Nemzeti Stratégia elfogadását követő három hónapon belül dolgozza ki;
  - d) négyévente tájékoztassa az Országgyűlést a Nemzeti Stratégia megvalósulásáról, az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról.
3. Ez a határozat a közzétételét követő napon lép hatályba.
4. Hatályát veszti a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat.

*Melléklet a ...../2013. (.....) OGY határozathoz*

# **Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére**

**2013–2020**

## TARTALOM

I. Bevezetés .....	6
I. 1. Stratégia, cselekvési program, drogpolitika .....	6
I. 2. Vonatkozási terület .....	7
I. 3. Újszerűség .....	8
I. 3. 1. Gyűjtőpont: tiszta tudat és józanság .....	8
I. 3. 2. Egészség-promóciós megközelítés .....	8
I. 3. 3. Felépülés-központú szemléletmód .....	9
I. 3. 4. Közösségi irányultság - szubszidiaritás .....	9
I. 3. 5. Üzenetek .....	10
I. 3. 6. Kárpát-medencei hatókör .....	10
I. 3. 7. Fogalomhasználat .....	10
I. 4. A nemzeti stratégia feladatai .....	11
II. Helyzetkép és következtetések .....	12
II. 1. Kábítószer-használat a fiatalok és a felnőttek körében .....	12
II. 2. A problémás kábítószer-fogyasztás változásai .....	13
II. 3. Kezelési adatok .....	14
II. 4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések .....	17
II. 5. Kábítószer miatti halálozások .....	17
II. 6. Megelőzési programok .....	17
II. 7. Kezelő- és ellátórendszer .....	18
II. 8. A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő közkiadások .....	20
II. 9. Kábítószer-bűnözés és kábítószer-piac .....	20
II. 10. Társadalmi környezet .....	21
II. 10. 1. Család .....	22
II. 10. 2. Köznevelési intézmények .....	23
II. 10. 3. Kortárs csoportok .....	24
II. 10. 4. Média .....	24
II. 11. Következtetések .....	24
III. Alapértékek .....	27
III. 1. Élethez, emberi méltósághoz, egészséghez való jog .....	27
III. 2. Személyes és közösségi felelősségvállalás .....	27
III. 3. Közösségi aktivitás .....	28
III. 4. Együttműködés .....	29
III. 5. Tudományos megalapozottság .....	29
IV. Célkitűzések .....	30
IV. 1. Általános célok .....	30
IV. 2. Konkrét célok .....	30
V. Egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés .....	33
V. 1. Egészségfejlesztés .....	33
V. 1. 1. Feladatok az egészségfejlesztésben .....	33
V. 2. Kábítószer-megelőzés .....	35
V. 2. 1. Feladatok a megelőzésben .....	35
VI. Kezelés, ellátás, felépülés .....	43
VI. 1. Alapvetés .....	43
VI. 2. Feladatok a kezelés, ellátás, felépülés területén .....	45
VI. 2. 1. Korai kezelésbe vétel .....	45
VI. 2. 2. Kezelő-ellátó rendszer .....	45
VI. 2. 3. Speciális csoportok, sajátos problémák .....	47

VI. 2. 4. Minőségbiztosítás, rendszerszintű irányítás, ellátásszervezés .....	47
VII. Kínálatcsökkentés .....	49
VII. 1. Főbb folyamatok .....	49
VII. 2. Szervezeti feltételek .....	49
VII. 3. Célok, alapelvek, tevékenységi terület .....	49
VII. 3. 1. Feladatok a kínálatcsökkentés területén .....	51
VIII. A megvalósulás feltételei: emberi és társadalmi erőforrások .....	54
VIII. 1. Áttekintés és a nemzeti stratégia megvalósulásának nyomon követése .....	54
VIII. 1.1. Nyomonkövetés és értékelés .....	54
VIII. 2. Képzés, továbbképzés .....	55
VIII. 3. Hazai együttműködés, intézményrendszerek .....	56
VIII. 3. 1. Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság és Kábítószerügyi Tanács .....	57
VIII. 3. 2. Helyi együttműködések koordinációja .....	57
VIII. 4. A stratégiához kapcsolódó feladatok finanszírozása .....	58
VIII. 5. Kutatás, adatgyűjtés .....	59
VIII. 6. Nemzetközi kapcsolatok .....	60
VIII. 7. A Stratégia megvalósításához szükséges feltételekkel kapcsolatos feladatok .....	60
1. számú melléklet a nemzeti stratégiához .....	62
2. számú melléklet a nemzeti stratégiához .....	67
3. számú melléklet a nemzeti stratégiához .....	68
4. számú melléklet a nemzeti stratégiához .....	76

## I. Bevezetés

### I. 1. Stratégia, cselekvési program, drogpolitika

A társadalmi jelenségek hosszú távú kezelésére irányuló *stratégiák* elsősorban alapelveket, alapértékeket, főbb cselekvési irányokat állapítanak meg, amelyek hosszabb távon érvényes, átfogó szemléleti és értelmezési keretet nyújtanak a mindezekre tekintettel kialakított programok számára. A stratégia mentén megtervezett *cselekvési program* (szakpolitikai 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.

Az európai államok, köztük az Európai Unió tagállamai, megfogalmazzák nemzeti stratégiájukat. A tagállamok törekednek arra, hogy saját nemzeti stratégiájuk összhangban legyen az Európai Unió drogstratégiájával, mely magában foglalva az Unió alapértékeit, rögzíti az Európai Unió drogpolitikájának szemléleti kereteit. A Nemzeti Stratégia elveiben és megközelítésében teljes mértékben illeszkedik az Európai Unió 2013-2020 évre vonatkozó új drogstratégiájához.

Magyarországon a kábítószer-probléma visszaszorítására, illetve kezelésére 2000-ben, valamint 2009-ben készültek hosszú távú célkitűzéseket tartalmazó stratégiai dokumentumok. Jelen dokumentum, a korábbi stratégiai hangsúlyokhoz hasonlóan, elsősorban a keresletcsökkentés és a kínálatcsökkentés szemléleti kereteit elfogadva, valamint a hazai és nemzetközi gyakorlat tapasztalatait alapul véve jelöli ki legfontosabb beavatkozási színtereket.

## I. 2. Vonatkozási terület

A különböző kémiai, illetve viselkedési függőségek számos szempontból összetartoznak, és együttesen a függőségi állapotok széles jelenségkörét alkotják. Ugyanakkor a különböző függőségi típusok – eltérő jellemzőik miatt – mégsem azonosíthatók egymással.

A Stratégia a kábítószer-problémára vonatkozik, mindazonáltal nagy nyomatékmal kívánja jelezni, hogy a kábítószer-jelenség szorosan összefügg más kémiai és viselkedési függőségi problémákkal, elsősorban pedig a nemzet általános lelki egészségi állapotával, – különös tekintettel az értékszemlélet, a kapcsolati kultúra, a problémamegoldó készség személyes és közösségi jellemzőire. Célrendszerénél fogva ugyanakkor az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos stratégiai feladatokkal is foglalkozik.

A kábítószer-problémák hatékonyan nem kezelhetők más kapcsolódó nemzeti stratégiák és programok nélkül, így például az alkohol-, gyógyszer és egyes viselkedési függőségeket érintő, illetve mentálhigiénés stratégia és program nélkül. Csak mindezek együttes, összehangolt megvalósításától várható a kábítószer-probléma érzékelhető enyhülése.

A Nemzeti Stratégia összhangban áll az Európai Unió stratégiájával, illetve az ahhoz kapcsolódó akciótervekkel, amelyek célja „a társadalom és az egyén jólétének védelme és növelése, a közegészségügy védelme, magas szintű biztonság nyújtása a lakosság számára, valamint a kábítószer-probléma kiegyensúlyozott, egységes megközelítése”. A nemzeti stratégia alapját képezik a vonatkozó ENSZ-egyezmények, az Egységes Kábítószer Egyezmény<sup>1</sup> (1961), a Pszichotróp Anyagokról szóló Egyezmény<sup>2</sup> (1971), illetve a Kábítószer és Pszichotróp Anyagok Tiltott Forgalmazása Elleni Egyezmény<sup>3</sup> (1988), amelyek a kábítószer-probléma kezelésének fontos jogi eszközei. A dokumentum célkitűzései figyelembe veszik továbbá az ENSZ Kábítószer Bizottságának 2009. évi magas szintű szegmensén elfogadott Politikai Deklarációban és az ahhoz tartozó Akciótervben lefektetett kábítószer-politikai irányelveket.

<sup>1</sup> 1965. évi 4. törvényerejű rendelet a New-Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény kihirdetéséről

<sup>2</sup> 1979. évi 25. törvényerejű rendelet a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény kihirdetéséről

<sup>3</sup> 1998. évi L. törvény az Egyesült Nemzetek Szervezete keretében a kábítószer és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988. december 20-án, Bécsben kelt Egyezmény kihirdetéséről

### **I. 3. Újszerűség**

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

#### **I. 3. 1. Gyűjtőpont: tiszta tudat és józanság**

A kábítószer-használat bármely formája kockázatot és teherterét jelent az adott személyre és közösségeire, áttételesen pedig a társadalom egészének egészségére, fejlődésére nézve. Ezért a nemzeti 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.

A nemzeti stratégia 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 kábítószer-használattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelése is fontos feladat marad.

#### **I. 3. 2. Egészség-promóciós megközelítés**

A megközelítés lényege az egészség és az egészséget támogató folyamatok, illetve az ezekhez vezető személyes, közösségi, környezeti feltételek erősítése. Elsősorban az egészségközpontú szemlélet érvényesülésétől, a kábítószereket 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 negatívan érintő problémák kialakulásának lehetősége.

Mindezt hatékonyan segíti elő, ha a személyiség fejlődése során a család és a tágabb közösség részéről megfogalmazódnak olyan konstruktív egyéni és közösségi jövőképek, illetve célok,



amelyek a személyiség, a közösség harmonikus fejlődését szolgálják. Ezért az egészség-promóciós megközelítés az egyént, a közösségeket, illetve a kortárs közösségeket ösztönző célok megfogalmazása, az azokhoz kapcsolódó üzenetek közvetítése, valamint a közvetlen drogmegelőzés eszközeinek alkalmazása közötti egyensúly kialakulását szolgálja. Ennek keretében elsősorban olyan megközelítéseket és tevékenységeket támogat, amelyek érzelmileg és erkölcsileg megerősítik az egyén és a közösség fejlődését egyaránt szolgáló célokban osztozókat.

Ugyanakkor az egészségesebb és együttműködőbb társas közeg a szerhasználókat is támogatja a nehézségekkel való megbirkózásban, az elérhető segítő szolgálatok igénybevételében.

### **I. 3. 3. Felépülés-központú szemléletmód**

A kezelés-ellátás 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.

### **I. 3. 4. Közösségi irányultság - szubszidiaritás**

A kábítószer-jelenség közösségi térben jelenik meg. Kiküszöbölése, kedvező irányú befolyásolása szempontjából tehát döntő fontosságú a közösség viszonyulása, válaszkészsége és válaszképessége. Megfelelő közösségi válasz nélkül az intézményes próbálkozások hatóköre nem képes lefedni a szükségleteket. A különböző társadalmi problémák hatékonyan főleg azokban a közegekben befolyásolhatók, ahol azok keletkeznek. A kábítószer-problémák visszaszorítása elsősorban 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. A helyi együttműködések megfelelő működési indikátorok alkalmazásával, továbbá módszertani és pénzügyi támogatásokkal ösztönözhetők.

### **I. 3. 5. Üzenetek**

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

- Az egyéneknek és a helyi közösségeknek azt, hogy mindenki felelős a vele együtt, illetve a környezetében élő személyek sorsának alakulásáért.
- A kábítószer-használatot elutasítóknak megerősítést, hogy jó úton járnak, tudnak és képviselnek valamit, amit érdemes másoknak is továbbadni.
- A kábítószereseket 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 nemzeti stratégia megvalósításában.

### **I. 3. 6. Kárpát-medencei hatókör**

A nemzeti stratégia fontosnak tekinti, hogy a határon túl élő magyarok lehetőség szerint bekapcsolódhassanak a kábítószer-probléma megelőzésére és kezelésére irányuló tevékenységbe. Ennek feltétele és első lépése az együttműködés módjának és rendszerének kidolgozása.

### **I. 3. 7. Fogalomhasználat**

A Stratégia nem csak szakembereknek, hanem minden polgárnak szól, tehát közérthető nyelvhasználatot igényel. Az előforduló szakkifejezések értelmezését, a közös szakmai nyelv használatát a Mellékletben található Fogalomtár segíti.

## **I. 4. A nemzeti stratégia feladatai**

A kábítószer-probléma kezelésére irányuló stratégia elsődleges feladatai az alábbiak:

- Hosszú távon határozza meg a hazai drogpolitikát, ugyanakkor legyen időközben értékelhető.
- A kormány számára adjon iránymutatást a nemzeti stratégia megvalósítását szolgáló akciótervek elkészítéséhez, továbbá nyújtson támpontokat az akciótervek megvalósulásának értékeléséhez.
- Nyújtson irányadó koncepciót, szemléleti és értelmezési keretet, amely alapján egyes ágazatok, intézmények és intézményrendszerek, 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.

## II. Helyzetkép és következtetések

A kialakítandó válaszok megtervezéséhez szükséges a legfontosabb, rendelkezésre álló információk, kábítószer-fogyasztási és ellátórendszeri mutatók áttekintése. (Az adatokat, illetve folyamatokat bemutató ábrák és táblázatok az 1. sz. Mellékletben találhatók.)

### II. 1. Kábítószer-használat a fiatalok és a felnőttek körében

A 18 évesnél fiatalabb korosztályok körében két, nemzetközi standardok alapján végzett vizsgálat is történt az elmúlt másfél évtizedben (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).

Az egyes szertípusokat külön vizsgálva a válaszadók körében az illegális (azaz tiltott) szerek használatának növekedése észlelhető a kannabisz és különösen az amfetaminok esetében. Például ez utóbbi szer fogyasztása az elmúlt négy év alatt közel ötven százalékkal nőtt. 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 érettségít adó iskolatípusokban jelentősen alacsonyabbak a fogyasztási értékek, mint a szakmunkásképzők és szakiskolák tanulói körében. A megyeszékhelyeken és más városokban, illetve a falun és tanyán élőkhez képest határozottan erőteljesebb a Budapesten lakók kábítószer-érintettsége. A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás és az inhalánsok használata viszont vidéken magasabb.

Feltételezhető, hogy az első kipróbálás időpontja 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 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 visszaélésszerű gyógyszer-, illetve inhaláns használat. (A közölt eredmények a budapesti diákokra érvényes adatok.)

Magyarországon a 18 évesnél idősebb népességre irányuló lakossági vizsgálat utoljára 2007-ben történt, tehát az elmúlt években bekövetkezett esetleges változásokról e korcsoportra vonatkozóan nincsenek közvetlen adatok.

## **II. 2. A problémás kábítószer-fogyasztás változásai**

A becslések alapján Magyarországon a heroinhasználók száma 2800-3400 főre tehető, mely adat az elmúlt években valószínűleg jelentősen nem változott. Az amfetaminfogyasztók száma 25 000-30 000 fő. A becslés bizonytalansága a kokainfogyasztók esetében a legnagyobb, számuk országosan 5500-6000 fő. A kokain-fogyasztás előfordulási gyakorisága óvatos becslés szerint is kétszerese a heroin-fogyasztásénak, ami – összhangban a lefoglalások és a letartóztatások számának emelkedésével – a kokain-fogyasztás elterjedtségének elmúlt évekbeni növekedését igazolja.

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

stimulánsokat (amfetamin, mefedron, új pszichoaktív szerek) használóké növekszik, akiknek aránya mára – különösen a 25 évnél fiatalabbak esetében – megközelítette az opiát-fogyasztókét.

A fiatalok körében végzett kutatások az intenzív, tehát napi, vagy heti többszöri kannabisz-használat előfordulásának növekedését jelzik. A HBSC 2010. szerint a 9. és 11. osztályos középiskolás fiúk hozzávetőleg 2%-a intenzív kannabisz-használó. 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 Magyarországon 2010-ben jelentek meg jelentősebb mértékben, közülük a mefedron terjedt el leginkább. A mefedron fogyasztás növekedését már a 2011. évi ESPAD vizsgálat is kimutatta, a 10. évfolyamos budapesti diákok körében a mefedron-használat előfordulása 10,2% volt. 2011. január 1-jétől a mefedron tiltó listára került, azonban számos más, kémiai rokon szer jelent meg, amely legális, interneten keresztül, vagy bizonyos boltokból is beszerezhető, és hatásában a stimulánsokra emlékeztet. Az interneten árusított szereket általában nem emberi fogyasztásra alkalmas szerként hozzák forgalomba, azonban ezeknek a droként való fogyasztáson kívül más felhasználása nem ismert.

Az új szerek szerhasználati mintázataira vonatkozó kutatások alapján elmondható, hogy azok elterjedésének okai elsősorban az alacsony ár és a könnyű hozzáférhetőség voltak, az újdonság hatása és a legalitás miatt feltételezett alacsonyabb kockázat mellett.

A fogyasztók számának növekedéséből a szerhasználattal együtt járó problémák számának és súlyosságának (pl. megjelent és terjed az intravénás használat) növekedése is következett. Jelenleg a mefedronhoz kémiaiilag hasonló katinonok és szintetikus kannabinoidok (a marihuána hatóanyagához hasonló kémiai szerkezetű anyagok) használatának terjedése a legjellemzőbb.

### **II. 3. Kezelési adatok**

2010-ben 1233 kezelésbe lépőt jelentettek új esetként a szolgáltatók, ez a szám érzékelhető növekedést mutat. A kezelést megkezdők több mint fele korábban már állt kezelés alatt

illegális szerfogyasztás miatt. A saját kezdeményezésükre kezelésbe lépők (nem-eltereltek) körében a kezelést indokoltta tevő kábítószer leggyakrabban a kannabisz (az összes eset 42%-a), a korábbi évekhez hasonlítva 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, ez a szám kevesebb, mint a megelőző év vonatkozó adata (2009-ben 339 fő volt). Érdemi változásnak tekinthető, hogy a harmadik leggyakoribb szertípus a stimulánsok csoportja. Ezek fogyasztása miatt 2010-ben 192 nem-elterelt lépett kezelésbe, ami a 2009-es 113 esetszámhoz képest jelentős emelkedés. A stimuláns-használat 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 stimuláns-használat 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 stimuláns-használat miatti, nem változott a kokainhasználat miatti, viszont jelentősen csökkent az opiát-használat miatti kezelés-kezdeményezések száma és aránya.

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

Az elterelésbe<sup>4</sup> 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, kisebb hányaduk az egészségügyi típusú ellátásban jelent meg. Az általuk elsődlegesen használt kábítószeres: a

---

<sup>4</sup> A büntetőeljárás alternatívája alkalmazásának kereteit a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 283. §-a, végrehajtását a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet szabályozza.

kannabisz (80%), a stimulánsok (10–12%) és az opiátok (4%). A nem-eltereltekhez képest e csoportban a fogyasztott szerek mintázatán kívül más a fogyasztás intenzitása is. Mintegy 60-65%-uk alkalmi szerhasználónak tekinthető, tehát a jelentkezést megelőző 30 napban nem használt kábítószer. Közel egyötödük viszont intenzív (napi vagy heti többszöri) szerhasználó.

Az opiát-függők helyettesítő programjaiban 2010-ben összesen 1031 fő vett részt, közülük 30% megvonási, 70% fenntartási céllal, kétharmaduk esetében a metadon, egyharmaduk esetében a buprenorfin-naloxon volt a szubsztitúciós szer.

Az általában hosszú időtartamú, a terápiás közösség alapelveire épülő kezelést nyújtó mintegy tizenhárom drogrehabilitációs intézetet az utóbbi pár évben hozzávetőleg 700 kliens vette igénybe.



## **II. 4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések**

Az intravénás szerhasználó populációban a Hepatitis C fertőzés gyakoriságának értéke az elmúlt négy évben 25-35 % között volt, ami elmarad az uniós országok átlagától, ugyanakkor a fertőzöttség nagy területi egyenlőtlenségeket mutat. Egyes budapesti kerületek zárt közösségeiben a fertőzöttségi arány a 60-70%-ot is elérheti. A rendelkezésre álló adatok alapján a populációban a HIV/AIDS előfordulás valószínűsíthetően nagyon alacsony, 1% alatti. Nincs megbízható adat a kábítószer-fogyasztók körében fellépő tbc, szexuális úton terjedő és egyéb fertőző megbetegedésekről.

## **II. 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 csökkent, de 2009-ben ismét 30 fölé emelkedett. Legkevesebben 2010-ben haltak meg, összesen 17-en. Az esetszám csökkenésének oka valószínűsíthetően a heroin-fogyasztás jelentős csökkenése, a heroin feketepiacról történő részbeni eltűnése, illetve a stimulánsok előtérbe kerülése lehetett.

## **II. 6. Megelőzési programok**

Magyarországon az elmúlt másfél évtizedben nem alakult ki a megelőzés iskolai egészségfejlesztésbe integrált, fenntartható rendszere. A megelőzési programok finanszírozása minden esetben pályázati források bevonásával történt. A pályázati úton történő forráselosztás és a normatív finanszírozás hiánya a megvalósult programok tervezhetőségét, fenntarthatóságát, kedvezőtlenül befolyásolta. A megvalósult programok gyakran zárványszerűen jelentek meg az iskolák tevékenységében. A megelőzési programok esetében nem alakult ki minőségbiztosítási rendszer. A prevenciós tevékenységek értékelése vonatkozásában fejlődés volt megfigyelhető az elmúlt években, ennek ellenére a programok tervezésének és gyakorlati megvalósításának nem lett szerves része az értékelés.

2004 és 2009 között 30%-ról 80%-ra nőtt az olyan iskolák aránya, ahol minden évben folyt valamilyen megelőzési tevékenység. Jellemző, hogy a korábbi években a tematikát a legális és illegális szerhasználat témaköre uralta, ma már ezekkel közel azonos súllyal jelennek meg a lelki egészség és az egészséges táplálkozás kérdései.

Célzott megelőzés tevékenység keretében az elmúlt években pályázati finanszírozás útján támogatott programok valósultak meg, amelyek a szabadidő-eltöltés különböző színterein a veszélyeztetett fiatalokat célozzák meg. Annak ellenére, hogy e programok esetében a lefedettség mértéke nem közelíti meg az iskolai szintéren megvalósult programokét, megjelenésük ténye egyértelműen előrelépésként értékelhető.

Javallott megelőzési programok néhány éve működnek Magyarországon, megjelenésük elsősorban az elterelés megelőző-felvilágosító formájához köthető. E szolgáltatás Magyarország egész területét lefedi.

Az elmúlt években fejlődés történt a büntetés-végrehajtási intézményekben zajló megelőzési beavatkozások területén is, növekedett a drogrevenüciós körletek száma. A körletekben zajló szakmai tevékenység civil szervezetek bevonásával, elsősorban pályázati támogatással valósul meg.

## **II. 7. Kezelő- és ellátórendszer**

Valamennyi hazai pszichiátriai és addiktológiai tevékenységre engedéllyel rendelkező egészségügyi ellátó jogosult kábítószer használó betegek ellátására, ami 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 betegek mintegy 80%-át mindössze 15-20 intézmény kezeli, az illegális szereket fogyasztók 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 stimuláns-fogyasztókra korlátozódik. Az aktív fekvőbeteg-osztályok sürgősségi alapon vesznek fel illegális szereket fogyasztókat. Emellett

egyes megyékben, illetve Budapesten néhány aktív pszichiátriai vagy addiktológiai osztály is végez programozott kezelési tevékenységet, például opiátfüggők számára méregtelenítést.

Az egyházi és civil szervezetek aktívan vesznek részt az ún. terápiás közösségek, rehabilitációs szolgáltatások működtetésében. Az egészségügyi szolgáltatást és szociális szakosított ellátást nyújtó drogrehabilitációs intézetek egyidejűleg 353 kliens befogadására képesek.

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 esetlegessége kedvezőtlenül befolyásolhatja a hosszú távú tervezést és megvalósítást.

Az egészségügy területén a 2006-2007 közötti, a gondozói finanszírozást érintő kedvezőtlen változások ellensúlyozása érdekében a finanszírozás rendszerszintű módosítására illetve a teljesítményalapú finanszírozás finomhangolására került sor. További jelentős előrelépést jelentett, hogy 2011. július 1-jétől a pszichiátriai osztályon dolgozó orvoson és ápolón kívül, a pszichiátriai és addiktológiai gondozóban dolgozó orvos és ápoló is jogosult pszichiátriai pótlékra.

A szociális területen, a közösségi szenvedélybeteg-, valamint az alacsonyküszöbű szociális ellátások fejlesztésére került sor. 2011-ben 53 szolgáltató végzett alacsonyküszöbű ellátást, míg 72 szolgáltató végzett az ellátási területeken szenvedélybetegek részére közösségi ellátást.

2010-ben Magyarországon összesen 23 szervezet nyújtott tüssere szolgáltatásokat, abban az évben a szervezetek 2708 kliensről jelentettek adatokat. A tüssere programok klienskörének közel felét a 25-34 évesek tették ki. Az igénybevevők 47%-a elsődlegesen heroint, 45%-a amfetamint injektált. 2009-hez képest az előbbieik aránya csökkent, az utóbbiaké, illetve az egyéb szereket (jellemzően mefedront) injektálóké pedig nőtt. A tüssere központok az injekciós szerhasználók több mint felét elérik. A veszélyeztetett, rejtőzködő droghasználói csoportokkal sok esetben kizárólag ezek a szolgáltatók állnak kapcsolatban.

## **II. 8. A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő közkiadások**

2006-ban készült az első olyan átfogó magyarországi kutatás, mely a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadásokat vizsgálta, majd 2009-ben újabb kutatás mérte fel a kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások változását négy vizsgálati évben. Az utolsó vizsgálati évben a teljes, egy évre vonatkozó kiadások összesen mintegy 10 milliárd forintot tettek ki.

A vizsgálat a kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadásokat négy területen mérte fel: a büntető-igazságszolgáltatás; a kezelés; az ártalomcsökkentés; a megelőzés és kutatás. A becslési eljárás alapján megállapítható, hogy a probléma kezelésére fordított kiadások mintegy háromnegyede a büntető-igazságszolgáltatás területére jutott. E költségek túlnyomó része olyan kiadás, amely döntően a kábítószer-terjesztés elleni fellépéshez köthető büntetés-végrehajtási, ügyészségi, bírósági költség, illetve a szervezett bűnözés elleni fellépés költsége.

A kezelésre, illetve ártalomcsökkentő szolgáltatásokra fordított kiadások együttesen mintegy 1 milliárd 660 millió forintot tettek ki. A legkisebb mértékű, mintegy 900 millió forint összegű ráfordítás a megelőző programok működtetésére, valamint a kutatási támogatásokra jutott. Az egyes kiadások közötti arány a négy vizsgálati év során nem változott.

## **II. 9. Kábítószer-bűnözés és kábítószer-piac**

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 bűncselekmények közül 85,5% (4952 eset) volt fogyasztói típusú bűncselekmény, míg e bűncselekmények 13,7%-át (795 eset) a kereskedői típusú tevékenységek adták. A kábítószerrel visszaélést elkövetők közel 72%-a büntetlen előéletű, 26%-a büntetett előéletű, 2%-a pedig 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.

Kábítószer-csempészet tekintetében Magyarország továbbra is tranzit és célország egyben. A legtöbb kábítószer-típus külföldről jut hazánkba, a belföldi előállítás egyedül a marihuána esetében játszik egyre meghatározóbb szerepet. A kábítószer-árak 2009-hez képest lényegében nem változott, a heroin ára kismértékben, hatóanyagtartalmának csökkenésével párhuzamosan mérséklődött. Az elmúlt két év legjelentősebb kábítószer-piaci fejleménye a szintetikus szerek piacának átalakulása: az ecstasy tabletták eltűnése és új, sok esetben legális pszichoaktív hatóanyagot tartalmazó porok és tabletták megjelenése, illetve szokatlanul gyors terjedése. A rendőrségi lefoglalások során a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet a 2009-ben öt, 2010 folyamán tizenhat, 2011-ben harminchárom új vegyületet azonosított.

## **II. 10. Társadalmi környezet**

A kábítószer-probléma kezelését nagymértékben befolyásolja a tágabb társadalmi közeg, a társadalom viszonya az egészséghez, az egészséget veszélyeztető magatartásformákhoz, a fiatalok számára kínálkozó távlatokhoz. A függőségi problémák terjedése a fogyasztói társadalom életforma- és értékválságaként, illetve a társadalom tagjainak személyes, spirituális és önazonossági válságaként is értelmezhető. A „függőség kultúrájában” a magatartási minták nemzedékeken átívelő hatása miatt a szenvedélyproblémák népbetegség méreteit öltötték, ez által jelentős hatást gyakorolva az egyének és a családok életminőségére.

A pszichoaktív szerek a teljesítményt, kitartást igénylő örömök helyett „azonnali” kielégüléssel, közérzetjavulással, feszültségcsökkenéssel kecsegtetnek. A családi védőburok sérülése, a közösségek életét meghatározó normák gyengülése következményeképp az ifjúság körében mind gyakoribb a megküzdési képességek, a döntéshozó készségek elégtelensége, a pozitív jövőkép hiánya. A szerhasználat a fogyasztói társadalom és kultúra tükrében akár a 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.

A kábítószer-probléma az egész társadalom ügye, ugyanakkor 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. Ezért a stratégiának és az ahhoz kapcsolódó programoknak elsősorban a fiatalokra kell irányulniuk, és nagyobb figyelmet kell fordítani a gyermekkorúakra.

## **II. 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 kortárs csoportok 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.

Az ifjúság értékvesztésének, elbizonytalanodásának egyik oka lehet azon vélekedés közkeletűvé válása, hogy a felnőtt társadalomról való, tizenéves korban meginduló érzelmi leválás miatt jobb, ha a felnőtt társadalom mintegy önkorlátozó módon kivonul a fiatalok szabadidejéből. Ez egyes társadalmi csoportok körében olyan méreteket öltött, amely szűkítette a generációk közötti tapasztalatcsere, értékközvetítés, a pozitív mintaadás lehetőségeit, a nemzedékek közötti együttműködést és összetartozást. Ezzel a felnőtt társadalom jó része mintegy átengedte a terepet, a konstruktív célokat sokszor nem, vagy csak alig találó, értékbizonytalan kortársi hatásoknak. Minden társadalom, illetve közösség számára nagy kockázat, ha az életismeret, tapasztalat, az egymást követő nemzedékek által elfogadott és visszaigazolt értékek továbbadása elsikkad. Az ilyen folyamat elvezethet oda, hogy a felnőttek tekintélyes része érdemleges kapcsolatok híján elveszti a fiatalok helyzetével, gondolkodásával kapcsolatos valóságismeretét, sőt gyakran az irántuk való érdeklődést, az elvárható mértékű felelősségérzetet is.

Azok a gyermekek, akiknek a családjában szenvedélybeteg él, vagy akik felbomlott családban nőnek fel, a kábítószer-használat szempontjából is fokozottan veszélyeztetettek. Számukra

nehezített a hagyományos értékek, magatartásminták, életformák, megküzdési stratégiák elsajátítása, amelyek pedig segíthetnék őket a kihívásoknak való megfelelésben.

## **II. 10. 2. Köznevelési intézmények**

A társadalmi feszültségek, a családi frusztrációk hatása az iskolában, az iskolai teljesítményben és az iskolához fűződő viszonyban is tükröződik. A növekvő mennyiségű, gyakran megoldatlan egyéni, családi vagy társadalmi problémákkal szembesülő köznevelési intézmények jelenlegi eszközrendszerükkel önmagukban nem lehetnek képesek ezeket a problémákat kezelni. Eszközrendszerük fejlesztésével lehetővé kell tenni, hogy azokat a magatartásmintákat és értékelveket, amelyek az egészséges személyiségfejlődéshez, a tudás, illetve a munka világában való helytálláshoz nélkülözhetetlenek, vonzóvá tudják tenni. Az elmúlt években megvalósuló kutatások eredményeinek tükrében megállapítható, hogy a pedagógusok véleménye alapján is szükséges a diákok pszichoszociális, mentálhigiénés segítése, melyhez – együttműködésben a pedagógussal és az iskolákban dolgozó segítő szakemberekkel – külső szolgáltatók igénybevételét is lehetővé kell tenni. Az iskolai kudarcok, a motivációhiány, valamint a deviáns minták növekvő befolyása a kortárs csoportokban számos esetben újabb jelentős kockázati tényezőként jelenik meg.

A védőtényezők erősítésében fontos szerepe van az iskolán belüli kapcsolatrendszernek, a tanár-diák kapcsolat minőségének, illetve az intézményrendszer keretein belül elérhető iskolai egészségügyi szolgáltatásnak, valamint egyéb tanácsadó, támogató hálózatoknak.

A beilleszkedési problémákkal, a tanulmányaikban kudarcokkal küzdő 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 család működési zavarain kívül – fontos a diákok iskolájukkal szembeni elégedetlensége, amely a 7. és a 9. évfolyam között erősödik fel. Szintén erre az időszakra jellemző a dohányzás, a nagyívás és a lerészegedés előfordulási gyakoriságának kiugrása egyes csoportokban. A kábítószer-fogyasztás növekedése a 9-11. évfolyamokban figyelhető meg.

### **II. 10. 3. Kortárs csoportok**

A kortárs csoportok gyakran ösztönzik a pszichoaktív szerek kipróbálását, főként azokban az esetekben, amikor a szülővel, vagy a társadalommal kialakított viszony nem megfelelő. Ugyanakkor szerepük a szerhasználat elutasításának kialakításában, az iskolai, sportbeli, vagy művészi előrehaladás támogatásában is rendkívül fontos lehet.

### **II. 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, a köznevelési intézmények 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 egészségfejlesztésnek, a megelőzésnek, illetve az alacsonyküszöbű ellátásoknak is hatékony eszköze lehet, ma még legalább oly mértékben terepe a pszichoaktív szerek népszerűsítésének és kereskedelmének.

### **II. 11. Következtetések**

A rendelkezésre álló adatok szerint valószínűsíthető, hogy a szerfogyasztás egyre fiatalabb életkorban jelenik meg, a kábítószerket kipróbálók már 14-15 éves életkorukban kapcsolatba kerülnek valamely tiltott szerrel. A legtöbb szer vonatkozásában nagy bizonyossággal állítható, hogy a problémás kábítószer-fogyasztók száma növekedést mutat. A droghasználatban a klasszikus szerek mellett teret nyertek a szintetikus szerek, azon belül az új pszichoaktív anyagok (ún. dizájner drogok). Egymástól eltérő fogyasztói mintázatot mutatnak a különböző iskolatípusban tanuló diákok, és a fogyasztási szokások az adott település típusa szerint is változnak.

Az új pszichoaktív szerek használók megjelenése az ellátórendszer számára új kihívást jelent. Ugyanakkor a kezelésbe kerülők jelentős része továbbra is kannabisz és stimuláns használó.



Összességében megállapítható, hogy hazánkban az elmúlt négy esztendőben a kábítószer probléma súlyosbodott. E tendencia-változás arra is utalhat, hogy az állapotromlás hátterében meghúzódó társadalmi – közösségi folyamatok kedvezőtlen hatásait a kábítószer-probléma mérséklésére hivatott jogi, szervezeti és működési rendszer programjai és intézményei csak korlátozottan voltak képesek ellensúlyozni.

Az univerzális megelőzés területén nem alakult ki a drogmegelőzés iskolai egészségfejlesztésbe ágyazott, hosszútávon működőképes, egyúttal bizonyítottan hatékony rendszere. A célzott megelőzési programok országos lefedettsége, változatossága elmarad a szükségéstől. A javallott megelőzés hatékonyságát a szellemi és anyagi erőforrások, illetve kapacitások elégtelensége, vagy teljes hiánya akadályozza.

Magyarország a kábítószer-csempészet tekintetében tranzit- és célország is egyben. A szintetikus szerek piaca az elmúlt két évben hazánkban teljesen átrendeződött. Míg a korábban népszerű szerek (pl. ecstasy) visszaszorultak a feketepiacról, ezzel párhuzamosan új szerek, új hatóanyagok jelentek meg.

A társadalom drogproblémára adott válaszkészségének növeléséhez szükség van a családi és közösségi összetartozás, a társadalmi kohézió fejlesztésére. A média szerepét tekintve figyelembe kell venni a fiatalok által használt infokommunikációs technikák sajátosságait és őket ezekhez alkalmazkodva kell megszólítani.

A jelzett nehézségek jó része nem csak hazánkban észlelhető. Úgy tűnik, hogy a modern fogyasztói társadalom aktuális feltételrendszerében az eddig alkalmazott szokványos drogstratégiák és programok csak részben képesek megfelelni az irántuk támasztott elvárásoknak, ezért a korábbi értékek megtartása mellett új megközelítésekre van szükség.

A kábítószer probléma jelensége a társadalmi viszonyrendszer, a közösségi kapcsolatok színterein alakul; bontakozik ki, vagy szorul vissza. Ezzel összhangban az új stratégiai megközelítés középpontjában az egészség, illetve az egészségpromóció áll. Az a célkitűzés, hogy az erőforrásoknak az egészséghez vezető folyamatok támogatására, a józanság kultúrájának terjedésére való összpontosításával párhuzamosan változzék meg a közösség kábítószer problémák iránti viszonyulása, illetve cselekvőképessége. Mert a kábítószer problémák visszaszorulása elsősorban a közösség problémaérzékenységének erősödésétől, és

problémakezelő képességének fejlődésétől várható, - a nemzeti és helyi közösségeket és az állam eszköztárát egyaránt beleértve. A kezelés és ellátás szakterületein e paradigmát a felépülés-központú megközelítés hangsúlya, illetve érvényesítése jelenti.

Mindezekkel összhangban és mindezek érdekében ki kell szélesíteni a kábítószer probléma megelőzésében és kezelésében közreműködő érdekhordozói kört, továbbá meg kell erősíteni a különböző közösségi, laikus és hivatásos segítő szolgálatok rendszerét.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> A stratégiai készítésekor fennálló szakmapolitikai környezet gyorsértékelésére készített SWOT analízis a 2. sz. Mellékletben olvasható.

### **III. Alapértékek**

#### **III. 1. Élethez, emberi méltósághoz, egészséghez való jog**

A nemzeti stratégia elismeri és tiszteletben tartja az élethez, emberi méltósághoz 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, és a Stratégiának ezek érvényesülését biztosítani. Ezen jogok nem csak azokat illetik meg, akik helyre szeretnék állítani a méltóságukat és az egészségüket, hanem az ezeket megóvni, kibontakoztatni szándékozókat is, és egyaránt kötelezettségeket rónak a személyekre, a közösségekre, az intézményekre. A nemzeti stratégia elkötelezett a kábítószer-használat megelőzése, a kábítószer-használó személyek stigmatizáció-mentes kezelése, ellátása mellett, valamint elismeri az egészségügyi és szociális ellátáshoz való egyenlő hozzáférés biztosításának szükségességét.

#### **III. 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 felelősséget visel 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 rászorulóknak, családoknak és közösségeknek segítségben részesüljenek. A segítségnyújtás illeszkedjen az adott lehetőségekhez, illetve motivációkhoz, amelyek szakmai eszközökkel, továbbá ön- és kölcsönös segítség révén fejleszthetők.

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

Fontos, hogy a közösség előítéletek nélkül, segítően forduljon azok felé, akik nem képesek szermentesen élni, ugyanakkor egyértelműen utasítsa el a kábítószer fogyasztást, mivel ez a hozzáállás önmagában érték, védő tényező lehet. Ezzel is előmozdítva, hogy az érintettek igényeljék a segítséget, és éljenek annak lehetőségével.

A felelősségvállalás képessége fejleszthető. Az erre irányuló törekvések hatékonyságát növelheti, ha a megelőzési és kezelő programok tervezésébe és végrehajtásába az érintettek (a felépült szerhasználók is beleértve) bekapcsolódhatnak. A felelősséggel való felruházás segíti a helyi közösségeket a kábítószer-problémák megelőzésében és kezelésében, erősíti biztonságérzetüket, segítőkészségüket.

A probléma kialakulásának megelőzése szempontjából fontos célkitűzés, hogy korai életszakasztól kezdve olyan egyéni és közösségi konstruktív célok kerüljenek megfogalmazásra, amelyek az egyén, a közösség harmonikus fejlődését szolgálják.

### **III. 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, konstruktív célokra való irányultsága és szabályrendszere alapvetően kihat a szerhasználat kialakulásának esélyeire. Minél több olyan közösségi kezdeményezésre van szükség, amely ezekre az értékekre és normákra épül, illetve ezeket állítja előtérbe.

Indokolt, hogy a már bejáratott és bevált programok mellett – civil, egyházi, önszolgáltató keretben, valamint a felépülő függők tapasztalatainak hasznosításával – újabb és egyre több közösségi jellegű, extramurális (nem intézményes) kezdeményezés, módszer jelenjen meg az ellátások sorában. Kerüljenek előtérbe a családokra és más helyi közösségekre irányuló, illetve azok részvételével zajló programok, az úgynevezett „lakossághoz közeli” szolgálatok és ellátások. Célszerű a „jó gyakorlatot” megvalósító közösségi, civil és önszolgáltató kezdeményezések, csoportok támogatása. A probléma közösségi alapokra helyezését követően várhatóan mérséklődik, és idővel meg is szűnhet a kábítószer-problémák értelmezésének és kezelésének túlzottan medikalizáló jellege. A terápiás közösségek, a

különböző önségítő és utógondozó programok is közösségi erőforrásokra épülnek. A közösségi irányultság tehát meghatározó jelentőségű a már kialakult függőség kezelésében, a felépülés támogatásában. Ezt tükrözi a bűnüldözés „resztoratív” (a károk helyreállítására irányuló) szemlélete is, melynek nyomán a kárt szenvedett közösség valamilyen jóvátételben részesül. Ennek megvalósulása az elkövető számára én-erősítő hatású lehet.

### **III. 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 nemzeti 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–iskolai egészségügyi szolgálat) belül, továbbá a területen működő intézmények, valamint a különböző közösségek és intézmények között. A felépülés-központú programok elterjesztése érdekében szükséges továbbá az egészségügyi és szociális ellátások közötti összehangolt működés feltételeinek, érdekeltségeinek megteremtése és fejlesztése.

### **III. 5. Tudományos megalapozottság**

A nemzeti stratégia multidiszciplináris szemléleten, és tudományos bizonyítékokon (mérésen, kutatáson), valamint nemzetközi tapasztalatokon alapul, megfelel a vonatkozó tudományos ismereteknek és szakmai tapasztalatoknak.

Javasolt, hogy a különböző szakmai testületek és közösségek is mindezek figyelembevételével alakítsák ki saját programjaikat, szakmapolitikájukat.

## **IV. Célkitűzések**

A nemzeti stratégia három beavatkozási területen állapít meg célokat, fejlesztési irányokat:

- Egészségfejlesztés, kábítószer-megelőzés
- Kezelés, ellátás, felépülés
- Kínálatcsökkentés

### **IV. 1. Általános célok**

- A társadalom és közösségei 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.

### **IV. 2. Konkrét célok**

- Növekedjék az olyan programok és kezdeményezések száma, amelyek bátorítják és megerősítik a kábítószereket nem fogyasztó fiatalokat, illetve népszerűsítik a szermentes életformát. A teljes körű iskolai egészségfejlesztés által elért tanulók aránya 2020-ra érje el az 50%-ot.
- Erősödjék a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalása és koordinációs tevékenysége. Minden járásban működjön helyi kábítószerügyi egyeztető fórum, a kormányhivatalok, helyi önkormányzatok, egyházi és civil szereplők, valamint a köznevelési intézmények, az érintett egészségügyi és szociális ellátók részvételével.
- A megelőzési programok tervezése során fordítódjon kiemelt figyelem a család szerepének megerősítésére és a szülői szerepre való felkészülésre. A családi megközelítést alkalmazó megelőzési programok évente legalább egyszer ériék el a gyermeket nevelő családok 20 %-át.

- Csökkenjen a kábítószereket kipróbáló, illetve alkalmoszerűen használó serdülők adott korosztályon belüli aránya. A jelenlegi életprevalencia értékek csökkenjenek jelenlegi mértékük 10%-ával.
- Alakuljon ki a gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer, amely a valós szükségleteknek megfelelő országos lefedettséggel és általános hozzáféréssel működik.
- Javuljon a szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetősége és országos lefedettsége. Törekedni kell arra, hogy 2020-ra legyen mindegyik járásban közös működési indikátorokat használó, összehangolt, komplex ellátó rendszer, mely aktív megkereső és kezelésbe vonó technikákat alkalmaz.
- A problémás szerhasználók és függők körén belül növekedjék a kezelésbe kerülők aránya, és törekedni kell a megfelelő ideig történő kezelésben tartásukra. A problémás szerhasználók és függők legalább 20 %-a kerüljön be valamilyen kezelési programba, az alkohol-problémával küzdőket is beleértve.
- Javuljon az ágazatok közötti, illetve a helyi és nemzeti szintű együttműködések hatékonysága. Az iskolán kívüli drogmegelőzési programokon belül legalább a 25%-ot érje el a többszektörű megközelítést alkalmazó egészségfejlesztési programok aránya. A kormányzati és helyi államigazgatási döntések során rendszerszerűen vegyék figyelembe a lelki egészség érdekeit, ennek érdekében valamennyi szinten végezzenek hatásvizsgálatokat.
- Mérséklődjön a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények száma, javuljon a kínálatcsökkentést célzó beavatkozások hatékonysága. 2020-ra legalább a mostani érték 20 %-ával csökkenjen a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények száma.
- Az ellátás minőségének és hatékonyságának értékelése érdekében törekedni kell a minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítására. 2015-től csak akkreditált és monitorozott egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, a köznevelési intézmények tevékenységét is beleértve. Az egészségügyi és szociális szolgáltatók a vonatkozó szakmai irányelvek alapján végezzék tevékenységüket, és a szolgáltatók mindegyikénél történjen rendszeres klinikai, vagy szociális intézményi minőségbiztosítási audit.

- Kerüljön felülvizsgálatra a Lelki Egészség Országos Programja, elfogadásra az alkoholprobléma visszaszorítását célzó szakpolitikai program, valamint történjék meg azok kábítószer-stratégiával való összehangolása.



## **V. Egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés**

### **V. 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 középpontjába. Az elért eredmények ellenére sem egységes az egyes területeken bekövetkezett fejlődés. A csökkenő források mellett is kialakult azonban egy új szakmaiság, a megelőzési tevékenységet folytató szolgáltatók köre bővült.

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 is hangsúlyosabbá váljanak. Szükséges egyrészt a személyes és közösségi erőforrások fejlesztése, illetve a megfelelő infrastruktúra biztosítása, elsősorban a következő színtereken: család, iskolarendszer (köznevelési intézmények), munkahely, Internet és más médiumok, szabadidő-eltöltés helyszínei, gyermekvédelmi intézményrendszer, büntető-igazságszolgáltatás intézményei, illetve speciális szükségletű csoportok.

#### **V. 1. 1. Feladatok az egészségfejlesztésben**

- Tárca- és ágazatközi együttműködés nyomán egészségfejlesztésre épülő folyamatok további ösztönözése, a köznevelési intézményekben folyó egészségfejlesztés rendszerszintű megvalósítása.
- A kapcsolati kultúra fejlődését, a kölcsönös bizalom erősödését, az önazonosság elmélyülését és a közösség iránti felelősségvállalást szolgáló programok kidolgozása és támogatása.
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) az elmúlt évtizedben a helyi közösség fontos szervezeteivé váltak. Alkalmasak helyi programok és akciók kezdeményezésére, tervezésére, értékelésére, a helyi közösség valós szükségleteire épülő egészségfejlesztési tevékenység összehangolására. Célkitűzés a KEF-ek

munkájának hatékonyabbá tétele, hatókörük kiterjesztése, az önkormányzat szerepének és felelősségvállalásának erősítése.

- A köznevelési intézményekben, illetve a felsőoktatási intézményekben és kollégiumaikban életkor-specifikus képzési programok támogatása, amelyek segítik a szülői szerepre való felkészülést, a családi élet iránti elköteleződést és felelősségvállalást. 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.
- Szükséges olyan szabadidős programok támogatása, melyek közös kulturális, művészeti, sport és közhasznú tevékenységek által a felnőtt társadalom pozitív részvételét erősítik a fiatalok életében, erősítve a generációk közötti pozitív mintaadás lehetőségét, az értékszemlélet formálásának lehetőségeit.
- 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 megelőzés) szempontjából is kívánatos, hogy a hitoktatásban, a pasztorális munkában, az egyházi iskolákban zajló nevelésben és oktatásban, továbbá a lelkeszképzésben 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 biztosítani.
- 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 értéként és nevesített feladatként az egészségügy, a köznevelés, valamint a tömegtájékoztatás területein;

- képzések, továbbképzések révén a mentálhigiénés szemlélet egyre inkább váljon az egészség-, a szakmai, illetve általában véve a kapcsolati kultúra szerves összetevőjévé.

## **V. 2. Kábítószer-megelőzés**

A kábítószer-problémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek valamennyi szintén és célcsoportban az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia. Egyaránt figyelni kell a társas-közösségi feltételekre és hatásokra, illetve a személyre és annak környezetére. Különösen a nevelési-oktatási intézményi szintén vannak már jelei, hogy a kábítószer-megelőzés szűkebb értelmezése helyett a programok középpontjába az egészségfejlesztés, az átfogó testi, lelki, szellemi, társadalmi jól-lét kerül.

A korszerű szakirodalom általános/univerzális, célzott, javallott megelőzés felosztást alkalmaz, a szintereken törekedni kell mindhárom kategória egyidejű megjelenítésére.

Az egészségfejlesztés részeként zajló, valós szükségletekre épülő, körültekintően tervezett, folyamatos, értékelt és összehangolt megelőző munka is főleg helyi közösségekben, illetve azok által valósítható meg. A programok eredményessége elsősorban a személyes ellenálló-, megbirkózási és konfliktuskezelő képességekben, az én-hatékonyságban, bizonyos ismeretek és készségek elsajátításában mutatott fejlődés, valamint a szerhasználat elutasításának tükrében ítélt meg. A rendelkezésre álló tapasztalatok ellenére jelenleg megoldatlan a megelőzési 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.

### **V. 2. 1. Feladatok a megelőzésben**

#### *V. 2. 1. 1. Helyi közösségek szintere*

- Ágazatok közötti együttműködésben – a felelősségi körök és a megvalósítás kulcsszereplőinek rögzítésével – épüljön ki a megelőző szolgáltatások rendszere. Törekedni kell a köznevelési intézményekben és egyéb szintereken a

minőségbiztosítási rendszer keretében hitelesített megelőzési szolgáltatások finanszírozási hátterének kialakítására.

- A KEF-ek – civil szervezetek, egyházi és más helyi közösségek, illetve intézmények bevonásával – szervezzék meg és hangolják össze a stratégiai célokat szolgáló megelőzési tevékenységet.
- 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 felépülő, illetve felépült szenvedélybetegek önsegítő csoportjai továbbra is kapcsolódjanak be a különböző megelőzési programokba, mivel ők személyes példájukkal, tapasztalataikkal jelentős hatást fejthetnek ki a helyi közösségre.
- A helyi közösség a veszélyeztetett, sérülékeny személyek és csoportok számára biztosítsa a 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.

#### *V. 2. 1. 2. Családi szintér*

- Váljanak széleskörűen elérhetővé a családok problémáinak észlelését, kezelését elősegítő komplex családgondozási szolgálatok és szolgáltatások például: védőnői családgondozás, családkonzultáció, családterápia, mediáció, nevelési tanácsadás.
- A helyi egészségfejlesztési és megelőző programok tervezésekor és megvalósításakor figyelembe kell venni a családok kulturális hátterét, szociális helyzetét, egészségismereti szintjét, illetve egyéb sajátosságait.
- A családi szinten zajló egészségfejlesztési tevékenységek keretein belül elengedhetetlen azon szabadidő-szervezési közös célok megjelölése is, és azon tevékenységi formák lehetőség szerinti és az ismert tudományos bizonyítékoknak megfelelő beépítése, élénkítése, amelyek közös tevékenységek formájában erősítik az idősebb generációk pozitív részvételét a fiatalok köznapijaiban.

- A közösségi ellátási formákat a szenvedélybetegeken kívül hozzátartozóik számára is elérhetővé kell tenni. Az érintett családok támogatása érdekében bővíteni kell a különböző segítő szolgálatok közötti konzultációs lehetőségeket.

#### *V. 2. 1. 3. Köznevelési intézményi szintér*

- Egészséges az olyan intézmény, amelyet a szervezeti bizalom légköre jellemez, amelyik támogatást és kibontakozási lehetőséget biztosít mind a diákok, mind a pedagógusok számára. A lelkileg egészséges, kompetenciáit megélő pedagógus példája, konfliktuskezelő képessége, kommunikációs készsége központi jelentőségű e tekintetben.
- Az intézmények az egészségfejlesztés és a célzott megelőzés kiemelt szinterei, ahol szükség van e tevékenységek megvalósítására és folyamatos fejlesztésére, a minőségbiztosítási követelmények megfogalmazására és következetes érvényesítésére. Támogatni kell az intézmények szocializációs feladatainak hatékonyabb ellátását szolgáló folyamatokat, amelyekkel párhuzamosan a kábítószer-használat megelőzését közvetlenül szolgáló intézkedések hatékonysága is növekszik.

Ennek legfőbb feltételei:

- a szociális és szocializációs konfliktusok kezelésében illetékes segítő szakmák jelenlétének növelése a köznevelési intézményekben,
- az iskola-egészségügyi ellátás feladatköréhez kapcsolódó módszerek, tevékenységek folyamatos fejlesztése, az alapellátás és az iskolai egészségügyi szolgálat együttműködésének javítása,
- a pedagógiai módszerek korszerűsítése, a tanulás hatékonyabbá tétele és a tanulók motiválása érdekében az életkori adottságokat tükröző tananyag megjelenése a helyi pedagógiai programban,
- a tanórán kívüli tevékenységek tartalmasabb, változatosabb megszervezése, tekintettel arra, hogy ezek a tevékenységek a közvetlen befolyásolás eszközeinél nagyobb hatással vannak a tanulók életvitelének és értékválasztásainak alakulására.
- Bár e szintér kulcsszereplője a nevelőtestület egésze, illetve a pedagógus, a helyi egészségfejlesztési program megalkotásába és megvalósításába az iskolai-egészségügyi feladatot ellátó szakembereket és – a nem pedagógus végzettségű segítő

szakemberek közreműködésén kívül – indokolt esetben a szülőket és a diákokat is be kell vonni.

- Az intézményi programok esetleges és többnyire csupán egy évre szóló pénzügyi támogatása helyett hosszú távú cél olyan kiszámítható finanszírozási rendszer kialakítása, amely hosszabb idejű programokat is lehetővé tesz, illetve igazodik a tanulók létszámához.

#### *V. 2. 1. 4. Gyermekvédelmi intézményrendszer*

- A köznevelési intézmények mellett a megelőzés másik kulcsszereplője a gyermekvédelmi intézményrendszer. A gyermekjóléti alapellátások és gyermekvédelmi szakellátások, valamint a javítóintézeti nevelés területein a megelőzési feladatok ellátásához szükséges az egészségfejlesztést támogató megfelelő infrastruktúra kialakítása, valamint a személyi feltételek megteremtése.
- A család működészavarainak ellensúlyozásához a gyermekvédelmi intézményrendszeren belül speciális szakmai ismeretek átadása, illetve a kompetenciák fejlesztése szükséges.
- A gyermekvédelmi intézményekben élő gyerekek és fiatalok számára célzott és javallott prevenciós programok kialakítására és elterjesztésére van szükség.

#### *V. 2. 1. 5. Felsőoktatási szintér (beleértve a kollégiumokat is)*

- 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.
- Fokozott figyelmet kell fordítani „a campus lét” jelenségére, a felsőoktatásban tanulók sajátos mentálhigiénés problémáira.

#### *V. 2. 1. 6. Kortárscsoportok, ifjúsági közösségek színtere*

- A megelőzés, az ártalomcsökkentés és a kínálatcsökkentés egyaránt fontos elemeként a zenés, táncos szórakozóhelyek bevonása és érdekeltté tétele a fiatalok biztonságosabb szórakoztatásában, a biztonságos szórakozás feltételeinek megteremtése, az ezzel kapcsolatos követelmények következetes ellenőrzése.
- Világosan rögzíteni kell a felelősségi szinteket a különböző kereskedelmi létesítményekben és szórakozóhelyeken tartózkodók egészségének megóvásával, illetve a kábítószer-fogyasztás megakadályozásával kapcsolatosan. Biztosítani kell a követelmények betartatását.
- Támogatni kell alternatív szabadidős programok szervezését és olyan helyszínek kialakítását, ahol ezek a programok helyet kaphatnak (művelődési házak, ifjúsági központok, stb.).
- A zenés-táncos szórakozóhelyeken zajló megelőzési és ártalomcsökkentő programok, illetve a bevásárlóközpontokban, valamint a lakótelepeken és azok környékén működtetett célzott megelőzési programok módszertanának fejlesztése és nyomonkövetése.

#### *V. 2. 1. 7. Média szintér*

- A függőséget okozó pszichoaktív szerek bármilyen célú és formában történő reklámozásának és népszerűsítésének korlátozása és tiltása a fogyasztóvédelmi szabályozás átalakításával. Érvényt kell szerezni annak a szabályozásnak, mely szerint a legálisan forgalomba hozható termékek iránti kereslet növelése érdekében tilos az adott termékek kábító hatásának hangsúlyozása.
- A világhálón és a kereskedelmi kommunikáció egyéb színterein a kábítószer-fogyasztást ösztönző tartalmak visszaszorítása, a meglévő internet-figyelő szolgálatok erősítése, tevékenységük bővítése.
- A kábítószer-termesztés és -használat legkülönbözőbb segédeszközeit árusító üzletek ellenőrzése, e termékek árusításának, reklámjának visszaszorítása.
- Az infokommunikációs technológiai eszközök, elsősorban az Internet nyújtotta lehetőségek megelőzési, tanácsadási és terápiás célú felhasználásának támogatása. A szolgáltatásokhoz szükséges szakismeretek és képességek átadása, illetve fejlesztése képzéseken és továbbképzéseken.

- Növelni kell a felelősséget tükröző, előítéleteket oldó, szolidaritásra és részvételre ösztönző médiaprogramok számát, illetve a kábítószer-problémák háttértényezőit, megelőzési és kezelési lehetőségeit bemutató médiatartalmak támogatását.
- Megelőzési és egészségfejlesztési ismereteket elmélyítő képzési, továbbképzési programok szervezése újságírók, kommunikációs és médiaszakemberek számára.
- A megelőzés és kezelés lehetőségeiről történő tájékozódás megkönnyítése érdekében a droghasználókkal közvetlenül és közvetett módon foglalkozó szervezetek működésére és elérhetőségére vonatkozó adatok gyűjtése, értékelése és terjesztése.

#### *V. 2. 1. 8. 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.
- Módosítani szükséges a vállalatok besorolási rendszerét olyan irányban, amely a megelőzési programokat, a vállalati kultúrát, a munkavállalók egészségtudatosságát is figyelembe veszi.
- A kormányzat és az önkormányzatok segítsék a vállalatok felelősségvállalási tevékenységét, másrészt – mint munkáltatók – megelőzési programok kezdeményezésével mutassanak példát a magánszektor számára.
- A munkavállalói érdekképviseltek a különböző megállapodások keretein belül (például kollektív szerződésben) kezdeményezzék az egészségfejlesztésre, megelőzésre irányuló programokat.
- A munkahelyeken megvalósítható drogmegelőzés lehetséges tartalmainak és kivitelezési feltételei módszertanának fejlesztése és a jogszabályi környezet megteremtése.

#### *V. 2. 1. 9. Büntető-igazságszolgáltatás intézményei*

- A büntető-igazságszolgáltatás hatókörébe került személyek társadalmi beilleszkedésének elősegítése.
- Biztosítani szükséges a büntetés-végrehajtási intézetek drogprevenciós körleteinek működését, hatókörük bővítését.



- Fejleszteni kell a büntetés-végrehajtási intézetekben az addiktológiai problémával küzdő fogvatartottak megfelelő ellátáshoz való hozzáférését.

#### *V. 2. 1. 10. A "büntetés helyett kezelés" intézménye*

A „büntetés helyett kezelés” (a hétköznapi nyelvhasználatban: az elterelés) a megelőzési és kezelési tevékenység fontos intézménye, amely az esetek döntő többségében még nem függő szerhasználókra irányul, mégpedig olyan sajátos életkorban, amikor az önismeretet és a problémamegoldást fejlesztő tanácsadásban nagy lehetőségek rejlenek. Az elterelés lehetőségének igénybevétele akkor érheti el valódi célját, ha az elterelés nem ad lehetőséget újabb visszaélésekre, eredményei pedig nyomon követhetők.

- Meghatározott jogszabályi feltételek teljesülése esetén 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.
- 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 az elterelésben részt vevők és az általuk igénybe vett szolgáltatások általános és egységes nyilvántartási rendszerének megteremtése az adatvédelmi előírások betartása mellett.

#### *Prioritások:*

- *Növelni kell az olyan programok és kezdeményezések számát, amelyek bátorítják és megerősítik a kábítószereket nem fogyasztó fiatalokat, illetve népszerűsítik a szermentes életformát.*
- *A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés által elért tanulók aránya 2020-ra érje el az 50%-ot.*
- *A megelőzési programok tervezése során kiemelt figyelmet kell fordítani a család szerepének megerősítésére és a szülői szerepre való felkészülésre. A családi megközelítést alkalmazó megelőzési programok évente legalább egyszer érik el a gyermeket nevelő családok 20 %-át.*

- *A kábítószereket kipróbáló, illetve alkalomszerűen használó serdülők adott korosztályon belüli, életprevalencia értékben mért aránya a jelenlegi érték 10%-ával csökkenjen.*
- *2014-ig ki kell alakítani, és ezt követően fokozatosan be kell vezetni a megelőző, felvilágosító programok minőségbiztosítási rendszerét.*
- *2015-től csak akkreditált és minőségbiztosítási rendszert tartalmazó egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, beleértve ebbe a köznevelési intézmények tevékenységét is.*
- *Az elfogadásra kerülő, a lelki egészség fejlesztését, az alkoholprobléma és más viselkedési függőségek kezelését célzó nemzeti stratégiák és programok kábítószer-stratégiával való összehangolása történjék meg.*
- *A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalásának és koordinációs tevékenységének erősítése. Minden járásban működjön helyi kábítószerügyi egyeztető fórum, a kormányhivatalok, helyi önkormányzatok, egyházi és civil szereplők, valamint a köznevelési intézmények, az érintett egészségügyi és szociális ellátók részvételével.*

## **VI. Kezelés, ellátás, felépülés**

### **VI. 1. Alapvetés**

A felépülés-központú ellátás célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása (a tartós szermentességet is beleértve), továbbá a társadalomba történő reintegráció elősegítése. 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 kliens-utak 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. Ebben a 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, mely körülményekre az ellátórendszer viszonyulása és 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 szerhasználatára 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 módon történő összehangolása, amely növeli a későbbi felépülés esélyét. A szolgáltatások további célja a rejtőzködő kábítószer-használók felkutatása, amely lehetőséget kínál arra, hogy a kábítószer-problémával küzdő személy

kezelésbe kerüljön. Az ártalomcsökkentő programok a fertőző betegségek terjedésének, a bűnözés kockázatának mérsékléséhez, és a túladagolás okozta halálesetek megakadályozásához is hozzájárulnak. Lényeges azonban, hogy a különböző ártalomcsökkentő szolgáltatások a felépülés-központú komplex programokba integrálódjanak, és szorosan működjenek együtt a gyógyító-rehabilitáló intézményekkel.

A felépülés-alapú ellátási modell követelményeinek a jelenlegi intézményrendszer csak korlátozottan képes megfelelni. A hazai ellátórendszer több ponton jelentős kapacitáshiánnyal küzd, leginkább a kábítószer-használó gyermek- és fiatalkorúak, valamint a többszörösen visszaeső, a rejtőzködő és a komorbid szerhasználók ellátásának megoldatlansága szembeötlő. Törekedni kell a pszichoszociális beavatkozások minél hatékonyabb alkalmazására, valamint az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségekben szenvedők kezelésbe irányítására. Elő kell segíteni az egészségügyi és szociális ellátások összehangolását, a beteg- és kliens-utak áttekinthetővé tételével párhuzamosan.

A szerhasználatot, a függőséget, annak komplex, pszichoszociális összefüggését is kezelni képes ellátórendszer egyik lényeges eleme egy korszerű, szervezési, módszertani, oktatási és tudományos feladatokat is ellátó, a betegfolyamatokat követő és bizonyos speciális területeket kiemelt módon ellátni képes központ. A létrejövő új Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet egyszerre biztosítja az addiktológiai és a pszichiátriai terület országos intézeti funkcióit, annak létrehozása lehetőséget teremt a hiányzó ellátási modalitások kialakítására is.

A nemzeti stratégia a fentiek érdekében ellátás-szervezési alapelveket fogalmaz meg. A különböző szakterületeken működő szolgáltatások által nyújtott ellátások egymásra épülése, a szolgáltatások területi lefedettségének összehangolása fontos eleme ennek. A szolgáltatások szakmai tartalmának összehangolása és a párhuzamosságok megszüntetése a rendszerszintű hatékonyságot javítja. Az egyes ellátás-típusok közötti, intézményi határokon átívelő beteg-utak során az ellátáshoz való jog fokozott védelme, a kliensek úttévesztésének megelőzése, kezelésben tartása és követése különösen fontos.

## **VI. 2. Feladatok a kezelés, ellátás, felépülés területén**

### **VI. 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. A beavatkozási módszerek általában egyszerűek, előnyük éppen a széles körű alkalmazhatóság, továbbá az, hogy hatásuk a problémás szerhasználat korai szakaszában jelentkezik. Ennek megvalósítása érdekében:

- Elő kell mozdítani a célzott beavatkozások, illetve a javallott megelőzési tevékenységek alkalmazását az egészségügyi ellátórendszer azon intézményeiben, amelyek erre a szakmai követelmények teljesítésével jogosultságot szereznek.
- A korai beavatkozás lehetőség szerint a család bevonásával, segítségével történjék, mivel a családtagokra is kiterjedő munka lényegesen hatékonyabb.

### **VI. 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. Törekedni kell az integrált addiktológiai ellátások kialakítására és fejlesztésére.
- Az egyenlő hozzáférés biztosítása érdekében csökkenteni kell az addiktológiai ellátás területi egyenlőtlenségeit, törekedni kell a teljes kezelési spektrum kiépítésére. Ezáltal az egészségügy területén 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 önsegítésen alapuló programjaival.
- A járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás mellett fejleszteni szükséges a szenvedélybetegek szociális alapszolgáltatásait és szakosított ellátási formáit is. A szociális ellátásokban a szolgáltatási szektor fejlesztése – különös tekintettel a lakosság közeli ellátásokra és a mobil szolgáltatásokra – hatékonyan segíti a kezelésbe jutást és a felépülést.

- Fejleszteni kell a megkereső tevékenységet, elő kell segíteni az alacsonyküszöbű programokba történő könnyebb és stigmatizáció-mentes bekapcsolódást. Ezek az ellátások mintegy „első lépcsőként” illeszkedjenek a felépülés-központú programokhoz. Az alacsonyküszöbű programok fejlesztését a rejtőzködő szerhasználók felkutatása és kezelésbe-ellátásba vonása, fertőző betegségeik megelőzése, szűrése és kezelése is indokolja.
- 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.
- A legális gyógyszer-ellátási csatornákon keresztül forgalmazott szerek eltérítésének, illetve az orvosi rendelvényre szabályosan kiváltott gyógyszerek visszaélészerű használatának csökkentése szükséges, figyelembe véve azt, hogy az opiát alapú gyógyszerekhez való akadálytalan hozzáférés mindenkor biztosított legyen a rászorulóknak teljes körében.
- A felépülőben lévő szenvedélybetegek közösségbe történő visszailleszkedése érdekében a szükségletnek megfelelően fejleszteni kell a reszocializációs és szociális ellátó rendszereket.
- Szükséges olyan finanszírozási környezet kialakítása, amely biztosítja az ellátás megfelelő szakmai színvonalának fenntarthatóságát.
- 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 és egyéb segítő hivatásúak bevonása a járóbeteg-ellátásba. Ez irányú tevékenységüket finanszírozni kell.
- A kábítószerrel összefüggő halálozások és a kábítószer túladagolások megelőzése érdekében a kezelési és ártalomcsökkentési beavatkozásokat összehangoltan kell alkalmazni.

### **VI. 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.
- Szélesíteni kell a különböző speciális szükségletű szerhasználók számára szolgáló kezelő-ellátó, utánkövető-gondozó programok kínálatát, különös tekintettel a kisebbségi csoporthoz tartozókra, a hajléktalanokra, a fogvatartottakra, 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.

### **VI. 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.
- Szükséges a legális, terápiás célú kábítószerekhez való hozzáférés biztosítása, különös tekintettel az ópiát tartalmú gyógyszerekre.
- 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 szolgáltatók közötti együttműködés erősítése, valamint a rendszerszintű hatékonyság javítása érdekében a helyi ellátók együttműködésének hatékonyságát leíró, illetve együttműködésüket ösztönző indikátorok meghatározása és alkalmazása a különböző ellátási típusokban.
- 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.

#### *Prioritások:*

- *Meg kell teremteni annak a feltételét, hogy javuljon a szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetősége és országos lefedettsége.*
- *Törekedni kell arra, hogy a járások mindegyikében működjön közös működési indikátor-rendszert használó, működésében integrált, komplex ellátó-háló.*
- *Ki kell építeni a kezelő-, ellátórendszerből ma még hiányzó elemeket.*
- *Olyan, a gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer kialakítása szükséges, amely a valós szükségleteknek megfelelő országos lefedettséggel és széleskörű hozzáféréssel működik.*
- *2020-ra minden ellátási egység alkalmazzon aktív megkereső és kezelésbe vonó technikákat a szenvedélybetegek megkeresése és kezelésbe vonása érdekében.*
- *A problémás szerhasználók és függők körén növelni kell a kezelésbe kerülők arányát.*
- *Meg kell erősíteni az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségek elleni védekezést szolgáló kezelő-, ellátórendszer elemeit.*
- *Az egészségügyi és szociális szolgáltatók legalább 80%-a a vonatkozó szakmai irányelvek alapján végezze tevékenységét, a szolgáltatók mindegyike klinikai, vagy szociális intézményi minőségbiztosítási auditon essen át.*



## **VII. Kínálatcsökkentés**

### **VII. 1. Főbb folyamatok**

Magyarországon amellet, hogy az összes klasszikus kábítószer típus hozzáférhető, rohamosan terjed az új típusú pszichoaktív szerek (dizájner drogok) kereskedelme és használata. A forgalmazás szervezett bűnözéssel való kapcsolata miatt e szerek megjelenésének nemzetbiztonsági kockázata is jelentős. A korábban hagyományos kábítószerekkel kereskedő bűnözői csoportok újabban egyre inkább e szerek forgalmazásával foglalkoznak.

A különböző kábítószer típusokkal foglalkozó elkövetői körök a terjesztői piramis magasabb fokain már a szervezett bűnözés valamennyi ismervét 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 kábítószerek a kannabisz után a második leginkább keresett szer csoport. A kokain-kínálat szintén folyamatosan növekszik.

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

### **VII. 2. Szervezeti feltételek**

Az országot behálózó csempész-, termesztő, terjesztő csoportokkal az általános rendőrségi feladatok ellátására létrehozott szerv bűnügyi szerveinek keretein belül – váltakozó sikerrel – egy jelenleg nem egységes szervezet néz szembe. Szükséges az erők, az eszközök és főleg az információk összpontosítása az ország kábítószer-ellátását végző bűnözői szervezetek elleni küzdelem hatékonyságának növelése érdekében.

### **VII. 3. Célok, alapelvek, tevékenységi terület**

A kínálatcsökkentés stratégiai célja a kábítószerek hozzáférhetőségének megakadályozása. Ezt szolgálja a hatékony bűnfelderítés, illetve – a keresletcsökkentés szereplőivel

együttműködve – azok a programok, amelyek elősegítik, hogy a fiatalok képesek legyenek nemet mondani a kábítószer-használatra.

A kínálatcsökkentő munka jogszabályokban foglalt kötelezettség, amely védi a társadalom tagjait, és a különböző közösségek (család, köznevelési intézmény, munkahely stb.) biztonságát szolgálja. Tevékenységi területe a jogi szabályozást, a bűnüldözést, az illegális kábítószer-termelés felszámolását és az úgynevezett kábítószer-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 felöleli elsősorban a rendőrség, a Nemzeti Adó- és Vámhivatal 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 egyházaknak), valamint üzleti vállalkozásoknak (például szórakozóhelyek üzemeltetői) 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 zéró 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 kábítószerekkel kapcsolatos bűnözés visszaszorítását célozza, ami megfelel a társadalom elvárásainak is. A büntetőpolitikával kapcsolatos társadalmi elvárás az is, hogy a bűncselekmények egyéni és közösségi következményeivel kapcsolatos beavatkozások rendszere is rendelkezésre álljon. A kábítószereket előállítók, termelők,

forgalmazók, üzletszerűen kénálók által elkövetett bñncselekmények esetén a szigorú szabadságelvonás mellett a kábítószerekkel összefüggésben keletkezett vagyon elvonását is biztosítani kell a jogszabályi kereteknek. Az elkobzás alá eső vagyon esetében cél hogy az a megelőzés, a kezelés–ellátás, illetve a kínálatcsökkentés fejlesztésére fordítható legyen.

A modern bñnüldözés nélkülözhetetlen eleme az információk megszerzése, feldolgozása, hasznosítása, átadása. A kínálatcsökkentésre irányuló tevékenységben is szükséges a kábítószerek előállításával, termesztésével, forgalmazásával, kénálásával kapcsolatban keletkezett információk összegyűjtése, elemzése és értékelése. Ennek érdekében egységes adatbázist kell kialakítani, amely mind az új típusú kábítószerek, mind az új típusú elkövetési módok tekintetében nagy segítséget nyújthat. A kínálatcsökkentés további eleme a kábítószerekkel kapcsolatos különböző bñncselekményekre felhívó, illetve a kábítószerek 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-prekursorokkal, 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.

### **VII. 3. 1. Feladatok a kínálatcsökkentés területén**

- Az általános rendőrségi feladatok ellátására létrehozott szerv szervezeti egységén belül létre kell hozni egy országos kábítószer-bñnözés elleni egységet. Ehhez fel kell használni a jelenlegi szervezetek technikai, személyi, anyagi bázisán létrehozott és továbbfejlesztett, Európa számos államában sikeresen működő, országos illetékességű, kábítószer-bñnözés elleni hatóságok tapasztalatait. Ez az egység kizárólagos

hatáskörrel végezze a kiemelt, az ország ellátása szempontjából számottevő, illetve nemzetközi jelentőségű visszaélés kábítószerrel bűncselekmények felderítését.

- A nyomozati munka támogatása érdekében tovább kell fejleszteni a szakértői háttér személyi állományát és technikai felszereltségét.
- A meglévő adatbázisok összekapcsolásával egységes adatbázist kell kialakítani a rendészeti szervezetek között.
- Mivel a kábítószer-bűnözés a nemzetközi szervezett bűnözés része, a hatékony fellépéshez elengedhetetlen a nemzetközi kapcsolatok fejlesztése. Biztosítani kell a kábítószer-bűnözés elleni rendőri egységek számára a napi szintű nemzetközi kapcsolattartást.
- Erősíteni kell az önkormányzatok felhatalmazását a területükön megvalósuló kábítószer-forgalmazás elleni fellépésre.
- Elő kell segíteni a kábítószer-vizsgáló laboratóriumi hálózat szakmai, tudományos fejlődését és technikai fejlesztését, kapacitásuk igény szerinti bővítését.
- A kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése érdekében fokozni kell a célzott közúti ellenőrzéseket, és meg kell teremteni a balesetet okozó gépkocsivezetők szűrésének lehetőségét.
- Az egészségügyi és szociális ellátókkal közösen kialakított programokra van szükség a drogfogyasztók ellátása érdekében azon kulcsfontosságú időszakokban (pl. a börtönből való szabadulás ideje), amikor a visszaesés és a bűnismétlés veszélye különösen magas.

#### *Prioritások:*

- *Mérséklődjön a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények száma, és javuljon a kínálatcsökkentést célzó beavatkozások hatékonysága.*
- *2020-ra legalább a jelenlegi szám 20 %-ával csökkenjen a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények száma.*
- *A meglévő adatbázisok összekapcsolásával ki kell alakítani a rendészeti szervezetek közötti egységes adatbázist.*
- *A hatásos és hatékony kínálatcsökkentés érdekében, létre kell hozni egy országos kábítószer-bűnözés elleni egységet.*
- *Fejleszteni és folyamatosan biztosítani kell a kábítószer-bűnözés elleni rendőri egységek számára a napi szintű nemzetközi kapcsolattartást.*

- *Növelni kell az egyes szakterületek közötti hazai és nemzetközi együttműködés hatékonyságát.*

## **VIII. A megvalósulás feltételei: emberi és társadalmi erőforrások**

### **VIII. 1. Áttekintés és a nemzeti stratégia megvalósulásának nyomon követése**

A kábítószer-probléma kezelésére irányuló nemzeti stratégia megvalósításának kulcseleme a társadalom kábítószer-jelenségre adott válaszkészségének és válaszképességének megteremtése, valamint azok fenntarthatóságának biztosítása. A képzések és továbbképzések során nyújtott, folyamatosan frissített, illetve az országos adatgyűjtésekre és kutatásokra alapozott ismeretek, a különböző szintű együttműködési mechanizmusok, továbbá a finanszírozási folyamatok együttesen jelentik azokat az emberi és társadalmi erőforrásokat, amelyekre egy sikeres stratégia támaszkodhat. Ennek megfelelően a nemzeti stratégia az alábbi kiemelt területeken kívánja ösztönözni a társadalmi erőforrások fejlesztését.

#### **VIII. 1.1. Nyomonkövetés és értékelés**

A nemzet stratégia rövidtávú megvalósítási menetrendjét, a stratégia elfogadását követően kidolgozásra kerülő cselekvési program (szakpolitikai program) tartalmazza. A cselekvési program biztosít lehetőséget az egyes részterületeknek az ágazati prioritások, a felelősök, források és határidők megfogalmazására.

A nemzeti stratégia megvalósulását részletesen nyomon kell követni, hogy pontosan meg lehessen ítélni a beavatkozások és intézkedések hatékonyságát, az esetleges módosítások szükségességét. Előre rögzített módon és keretek között rendszeresen gyűjteni kell a kábítószer-probléma alakulását, illetve a nemzeti stratégia hatékonyságát jelző legfontosabb mutatókat.

A nemzeti stratégia nyomonkövetéséhez és értékeléséhez szükséges adatokat az államigazgatás illetékességéből adatokat gyűjtő szervezetei és intézményei szolgáltatják. Az adatok elsődleges feldolgozása a Nemzeti Drog Fókuszpontban történik, mely intézmény összeállítja az éves kábítószer-jelentéseket, teljesíti az Európai Unió által előírt jelentési kötelezettségeket, hivatalból értesül a vonatkozó hazai kutatási programokról, valamint ilyen programokra tesz javaslatot.

A Nemzeti Stratégiában foglalt célok megvalósulását az (1) egészségfejlesztés, kábítószer-megelőzés, (2) a kezelés, ellátás, felépülés, illetve (3) a kínálatcsökkentés területén rendszeres adatgyűjtésen alapuló hazai és nemzetközi adatbázisokhoz kapcsolódó indikátorok biztosítják. A nemzeti stratégia monitorozásához szükséges legfontosabb mutatókat (indikátorokat), azok rövid tartalmát, a gyűjtésükért felelős intézményeket, szervezeteket, továbbá az adatgyűjtések legfontosabb jellemzőit, valamint becsült költségét az 1. számú Függelék tartalmazza<sup>6</sup>.

Az eljárás keretrendszere összhangban áll az Európai Unió stratégiai dokumentumaival, különösen az Európai Stratégia 2020 vállalásainak teljesülését jelző indikátorokkal. A prioritások mentén megfogalmazott beavatkozások hatékonyságának nyomonkövetése döntő mértékben támaszkodik az EMCDDA<sup>7</sup> által kialakított kulcsindikátorokra. Az információk a döntéshozók számára a meglévő intézményrendszerek együttműködésével válnak elérhetővé.

A nemzeti stratégia féldős felülvizsgálatát mind az általános-, mind a konkrét célok megvalósulása tekintetében a bemutatott indikátorokon alapuló komplex vizsgálattal szükséges ellenőrizni. Az adatok értelmezése és az esetleges új beavatkozási irányok cselekvési programokban történő rögzítése a kormányzati egyeztetés intézményrendszerén keresztül történik. Az időközi jelentésnek a célok megvalósulásának értékelése mellett az erőforrások felhasználásának hatékonyságára is ki kell terjednie. A jelentés elemzi továbbá a stratégia, illetve a cselekvési program egyszerűsítésének lehetőségeit, a célok és intézkedések alkalmasságát, valamint a korábbi stratégiák és programok utólagos értékeléseinek eredményeit.

## **VIII. 2. Képzés, továbbképzés**

A kábítószer-problémára adott helyi válaszok sajátos ismereteket, illetve az alkalmazásukhoz szükséges készségeket követelnek meg. Az újszerű feladatmegosztás legfontosabb elemeinek

<sup>6</sup> Mindebben nem szerepelnek azon kutatások költségei, amelyek esetleg, a kábítószer-probléma egyes részterületeihez kapcsolódnak, illetve kiegészítik, pótolják a meglévő, rendszeresen gyűjtött indikátorokat. E kutatások forrásairól -, előzetes egyeztetések után - a kormányzat kábítószerügyi koordinációját ellátó szervezeti egysége dönt. A források felhasználása az aktuális egészség- és drogpolitikai prioritások mentén történik.

<sup>7</sup> Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

és az hozzájuk 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 nemzeti 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 szociális munkás képzési- és továbbképzési programokban.

A jelentős elmaradásokra tekintettel egyes szakterületeken további külön szakemberképzési erőfeszítések is szükségesek. Ilyen szakterület például a gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségét érintő gyermekpszichiátria, illetve azon belül külön is a szenvedélybetegségek célzott megelőzése és gyógyítása, a gyermek-addiktológia. Sajátos probléma a roma kisebbséghez tartozók lelki egészségének védelme, szerfogyasztásból eredő problémáik megelőzése és kezelése. 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 kistélepeken élők és a veszélyeztetettek érdekében újszerű szervezeti megoldások is megfontolandók, például az egészségügyi alapellátásban dolgozók bevonása a szerhasználókkal kapcsolatos különböző gondozási feladatokba.

### **VIII. 3. Hazai együttműködés, intézményrendszerek**

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



szinten a kábítószer-probléma kezelésében résztvevő szereplők feladatainak és tevékenységének összehangolását.

### **VIII. 3. 1. Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKB) és Kábítószerügyi Tanács**

A Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (a továbbiakban: KKB) a Kormány kábítószerügyi tanácsadó testülete, amely lehetőséget biztosít a szakmai és ágazatközi egyeztetésre az államigazgatási szereplők számára. A KKB-re vonatkozó rendelkezéseket a 1089/2013. (III. 4.) Korm. határozat tartalmazza. A KKB a nemzeti stratégia, valamint az ahhoz készült cselekvési programok végrehajtását folyamatosan figyelemmel kíséri, javaslataival részt vesz megvalósulásuk értékelésében.

A Kábítószerügyi Tanács a civil szervezetekkel történő együttműködés fórumaként keretet biztosít a társadalmi szervezetek, egyházak, szakmai szervezetek számára a nemzeti stratégia, valamint a cselekvési programok előkészítésével, megvalósításával, nyomon követésével és értékelésével kapcsolatos konzultációra, javaslataik és véleményük kifejtésére.

A két fórum közötti kapcsolatot a Tanács elnökeként funkcionáló állami vezető biztosítja.

### **VIII. 3. 2. Helyi együttműködések koordinációja**

A kábítószerügyi egyeztető fórumok tevékenysége helyi szinten összehangolja a közösség és együttműködés, a megelőzés és gyógyítás, a rehabilitáció és a kínálatcsökkentés szervezeteinek és intézményeinek munkáját. Egységes szakmai és módszertani szemlélet megvalósításával a helyi szinten megvalósuló kábítószer-megelőző és kezelő tevékenységet irányítja, ésszerűsíti, a helyi szükségletek feltárásával és az ezekre épülő stratégiák kimunkálásával. Alapvetően nem programok megvalósítását végző szervezetek, hanem a szakmai együttműködést segítő fórumokként értelmezhetők.

Az állami feladatellátás területén bekövetkező szerkezeti és szervezeti változások új helyzetet és új lehetőségeket teremtenek a helyi együttműködések területén. Az egészségügyi és szociális ellátórendszer, a köznevelés szervezésének, irányítási és felügyeleti rendszerének változása, a kormányhivatalok és az egészségügyi tervezésért és ellátás-szervezésért felelős struktúrák szerepének erősödése, az együttműködés új, hatékony formáinak kialakulását teszi

lehetővé és egyben szükségessé. A helyi önkormányzatok feladatkörének változása, új értelmezési keretbe helyezi a helyi kábítószerügyi koordinációt is.

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. Ennek megfelelően cél, hogy jöjjenek létre azok a helyi együttműködési fórumok, amelyekben a kábítószer-probléma kezelésében felelősséggel rendelkező és jártas egészségfejlesztő, megelőző és kezelő tevékenységet folytató, köznevelési, népegészségügyi és szociális ellátó, valamint bűnmegelőzési és bűnüldözési szervek részt vesznek.

A Fórumok működésében az önkormányzati, a helyi társadalmi szervezetek, és a kormányhivatalok által felügyelt szervezetek egyaránt fontos szereplők. A közigazgatási szervezetek és a kábítószer használat elleni fellépésben közreműködő civil, egyházi szolgáltatók közötti partnerségnek, mint alapelvnek az érvényesülését a megnövekedett állami felelősségvállalással működő struktúrában is biztosítani kell.

#### **VIII. 4. A stratégiához kapcsolódó feladatok finanszírozása**

A nemzeti stratégia által megjelölt feladatok megvalósításához szükséges pénzügyi feltételek biztosítása többletforrások bevonását és a jelenlegi finanszírozási rendszer átalakítását igényli. Az átalakítás olyan irányba történjen, hogy mérséklődjenek a működési és egyéb teljesítményből fakadó egyenlőtlenségek. Ehhez olyan finanszírozási technikákra van szükség, melyek lehetővé teszik az intézményrendszerek hosszú távú tervezését és kapacitásfejlesztését. A nemzeti stratégia függelékeiben meghatározott feladatok későbbiekben jóváhagyott cselekvési programok (szakpolitikai programok) szintjén fognak véglegessé válni a felelősökkel, forrás megjelöléssel és határidőkkel.

A lelki egészség előmozdítására és védelmére, a köznevelési intézményekben előforduló agresszió kezelésére és a szerfogyasztás megelőzésére irányuló tevékenységeket egyaránt a

teljeskörű egészségfejlesztés keretében célszerű értelmezni. A megelőzési tevékenységet folytató szolgáltatók, szervezetek esetében cél a minőségbiztosítási rendszereknek való szakmai megfelelés. Ezen feladatok teljesítéséhez elengedhetetlen kiszámítható, fenntartható, a hosszú távú tervezést segítő finanszírozási technikák hozzárendelése.

Az egészségügyi alapellátás szintjén a háziorvosi tevékenység adatgyűjtési és finanszírozási rendszerében az illegális szereket fogyasztók és az alkoholproblémával küzdők korai azonosítását és kezelésbe vételét önálló elemként kell megjeleníteni. Szükséges a járóbeteg-ellátás finanszírozásának olyan irányú módosítása, amely (a nem szakorvosi tevékenységet is beleértve) előmozdítja a betegek gondozásban tartását. Ugyancsak önálló tevékenységi elemként szükséges elismerni a kezelésben tartást, és finanszírozási ösztönzők segítségével kell támogatni az integrált ellátások működését, fejlesztését, illetve a helyben tevékenykedő, a betegek ellátásában részt vevő más szervezetekkel (például szociális szolgáltatókkal) megvalósuló együttműködést.

## **VIII. 5. Kutatás, adatgyűjtés**

A nemzeti szintű, közfinanszírozott kutatási és adatgyűjtési programok meghatározó intézménye a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ. A hazai adatgyűjtés jórészt az Európai Unió szakintézményével összehangoltan zajlik. A Központ az adatokat és a változó trendeket éves jelentések formájában teszi közzé. Szintén ez az intézmény végzi a legjobb színvonalú nemzetközi evidencia-adatbázisok folyamatos figyelését és a legjelentősebb eredmények hazai ismertetését.

Intézményesíteni kell a hazai lakossági szerfogyasztásra 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. A konkrét adatgyűjtési szükségletek egyfelől ki kell, hogy elégítsék a Magyarország uniós tagságából eredő jelentési kötelezettségeket, másfelől megbízható képet kell szolgáltatassanak a magyar fiatalok egészségi állapotáról, a kockázati magatartások változását és megoszlását is beleértve. Külön kiemelt adatgyűjtési szükséglet a népegészségügyi szempontból kockázatot jelentő magatartások és jelenségek megbízható

feltérképezése, továbbá az alkalmazott beavatkozások hatékonyságának méréséhez szükséges adatok rendszerszerű gyűjtése és rendszerezett közzététele.

Rendszeressé kell tenni a hazai ellátórendszer értékelését, különös tekintettel a kezelés, ellátás hatékonyságának, eredményességének vizsgálatára. 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, ami az alapvető módszertan kidolgozását feltételezi.

## **VIII. 6. Nemzetközi kapcsolatok**

Magyarország az Egyesült Nemzetek Szervezete, az Európai Unió, valamint az Európa Tanács szakosított kábítószerügyi szerveivel aktív szakmai kapcsolatot tart fent. Kétoldalú kapcsolatai során is törekszik a nemzetközi és regionális szakmai együttműködésre és a legjobb gyakorlatok cseréjére. A nemzetközi, elsősorban uniós kutatási programokban, szakmai fejlesztési együttműködésekben történő aktív részvétel biztosítja a hazai kutatási tevékenység magas színvonalát, az új kezdeményezések gyors megjelenését a megelőzésben, a kezelésben és a bűnüldözésben egyaránt. (A legfontosabb nemzetközi szervezetek listáját a 4. számú melléklet tartalmazza).

## **VIII. 7. A nemzeti stratégia megvalósításához szükséges feltételekkel kapcsolatos feladatok**

- A felsőoktatási képzési programokra vonatkozó követelmények áttekintése 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.
- Rövid, intenzív képzési programok szervezése és lebonyolítása az érintett intézmények közreműködésével.
- A szerfogyasztáshoz kapcsolódó problémák megelőzése és hatékonyabb kezelése érdekében képzések és továbbképzések megvalósítása szükséges, különös tekintettel

az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberekre. A rendszeres és a célzott programok tervezhetősége érdekében a finanszírozási háttér megteremtése szükséges.

- A képzési programok összeállításánál és megszervezésénél a roma lakosság sajátos szempontjaira is figyelemmel kell lenni.
- Az egységes nemzeti álláspont koordinált kialakítása és képviselése szükséges az ENSZ szakosított szerveiben, az uniós és európai tanácsi intézményekben, valamint a kétoldalú szakmai kapcsolatok során.
- A kábítószer-problémával foglalkozó hazai és nemzetközi kutatási és adatgyűjtési eredmények hozzáférhetővé tétele a lakosság és valamennyi érdekhordozó számára.
- A nemzetközi kapcsolatok minél hatékonyabb felhasználása révén hozzá kell járulni a legjobb gyakorlatok hazai alkalmazásához.
- Támogatni kell a nemzetközi együttműködésekben, kutatási programokban és regionális projektekben történő részvételt.
- Az uniós és egyéb források kábítószerügyi szakterületen történő hatékonyabb elérése és felhasználása érdekében fejleszteni kell a pályázói tevékenységet.

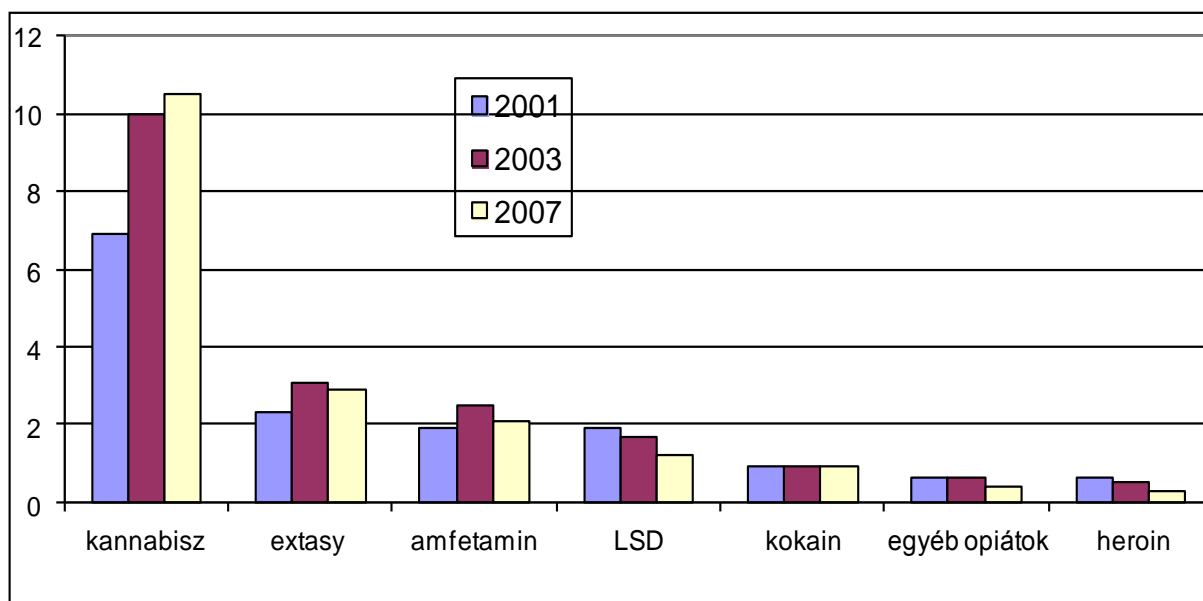
## 1. számú melléklet a nemzeti stratégiához

### Ábrák és táblázatok

1. ábra

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

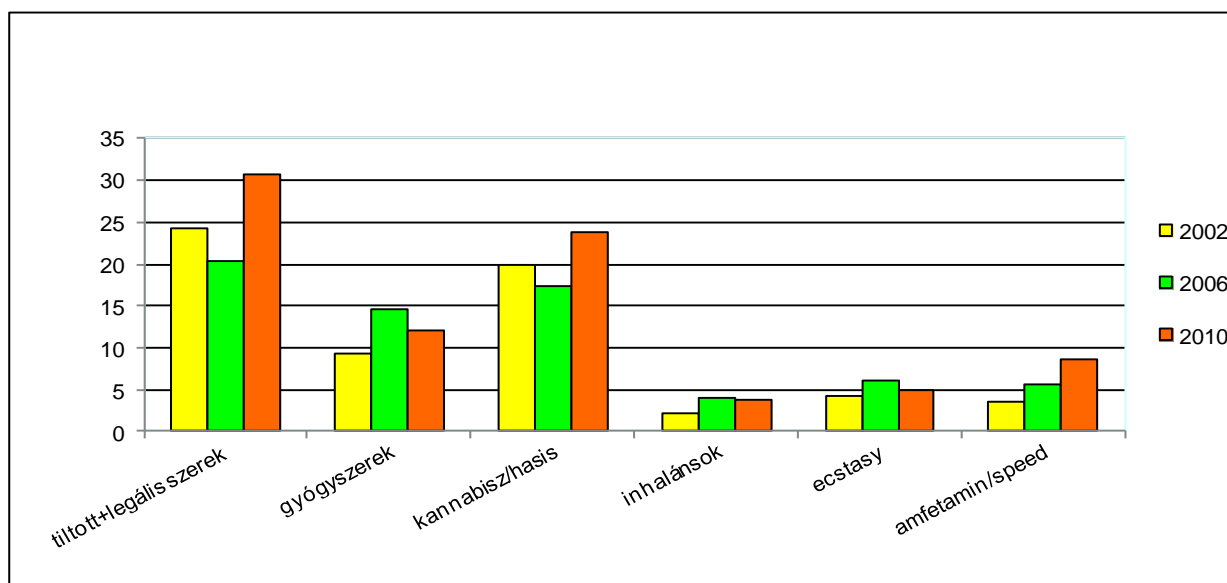
*Forrás: (Paksi, 2003; Paksi, Elekes 2004; Paksi, Arnold, 2007*



2. ábra

**Életprevalencia értékek alakulása %-ban megadva/  
a 9-11 osztályos tanulók körében (HBSC 2002-2010)**

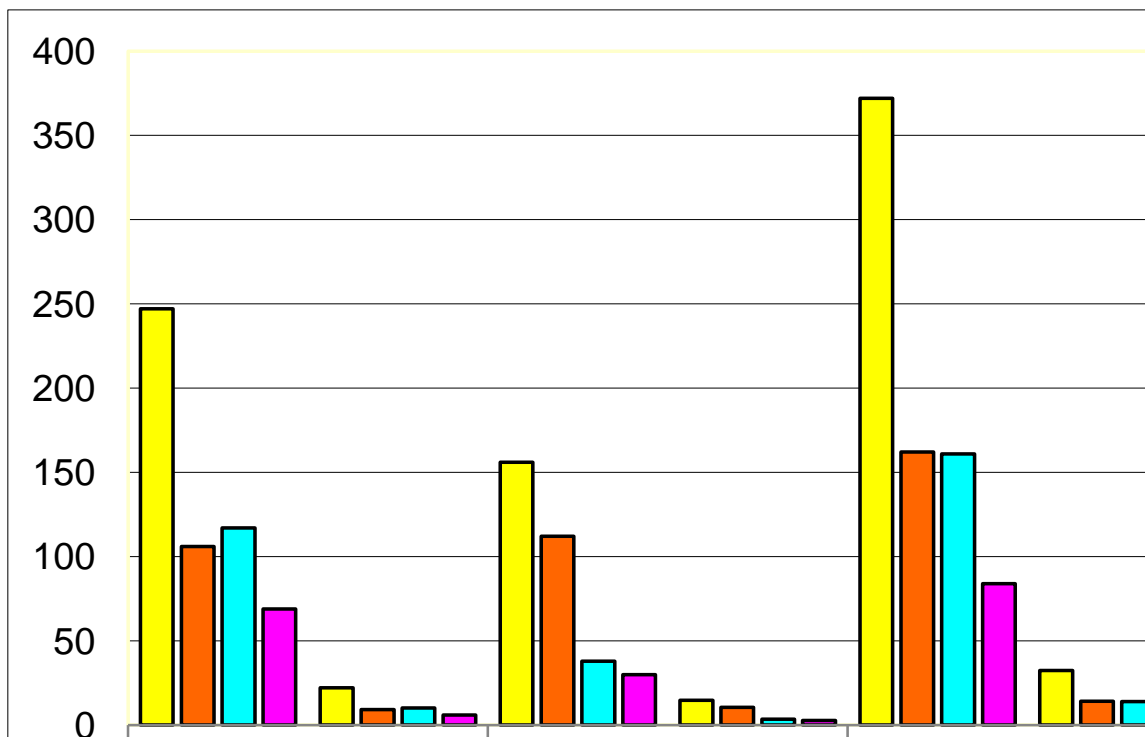
*Forrás: Sebestyén, Németh 2003 / Kovacsics, Sebestyén 2007 / Németh 2011*



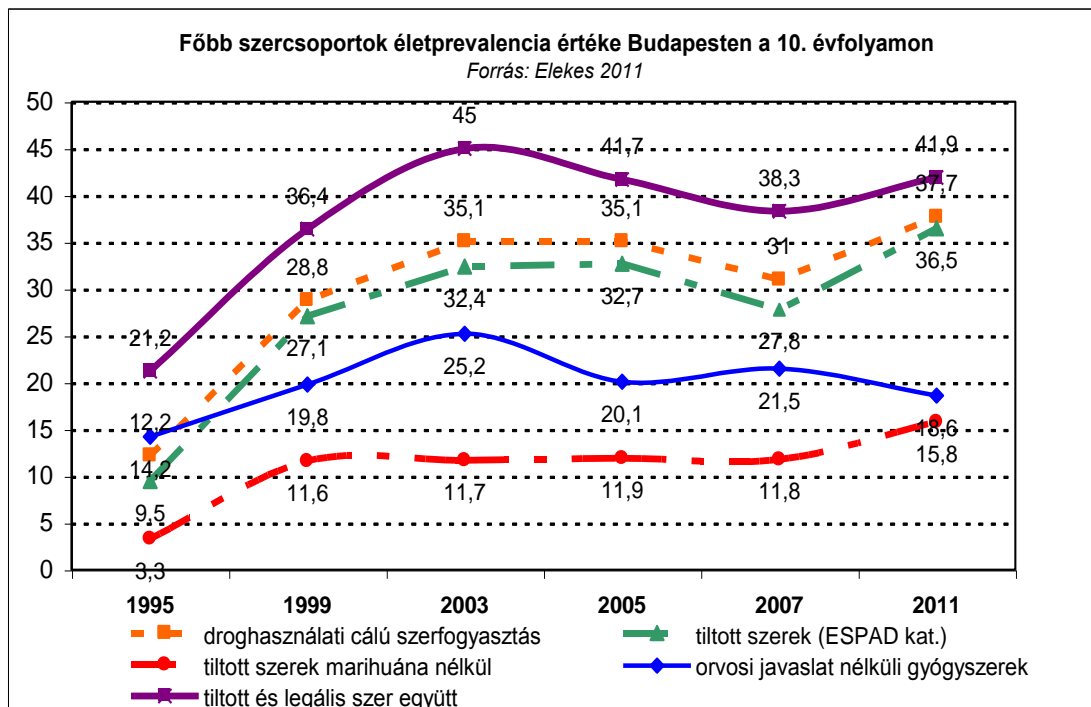
3. ábra

**A leggyakoribb életprevalenciájú illegális szerek  
nem és évfolyam szerinti bontásban (HBSC 2010)**

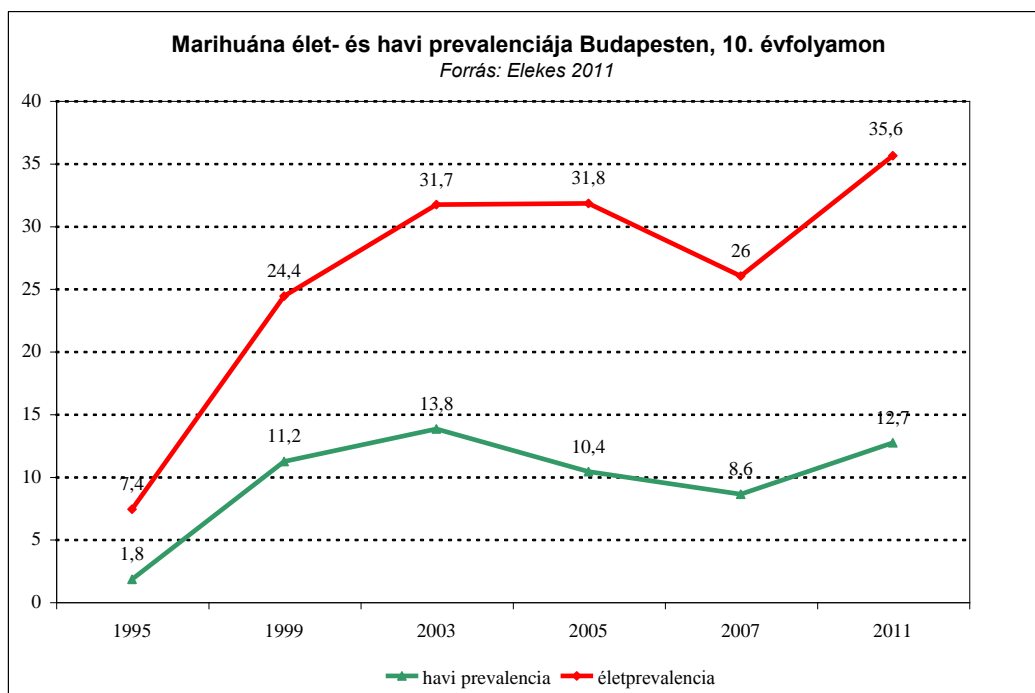
Forrás: Németh, 2011



4. ábra



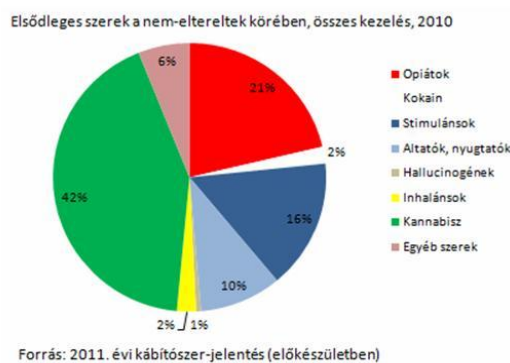
5. ábra



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

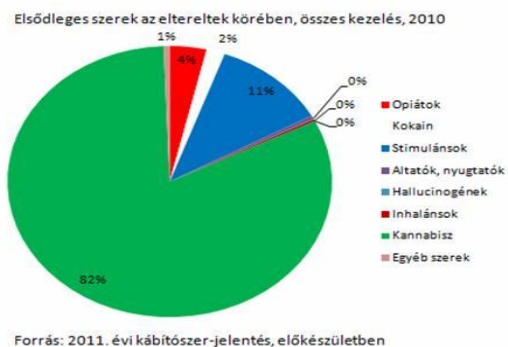
**Elsődleges szer az összes (nem elterelt) kezelésbe lépő körében 2010-ben (%)**  
(N=1233)



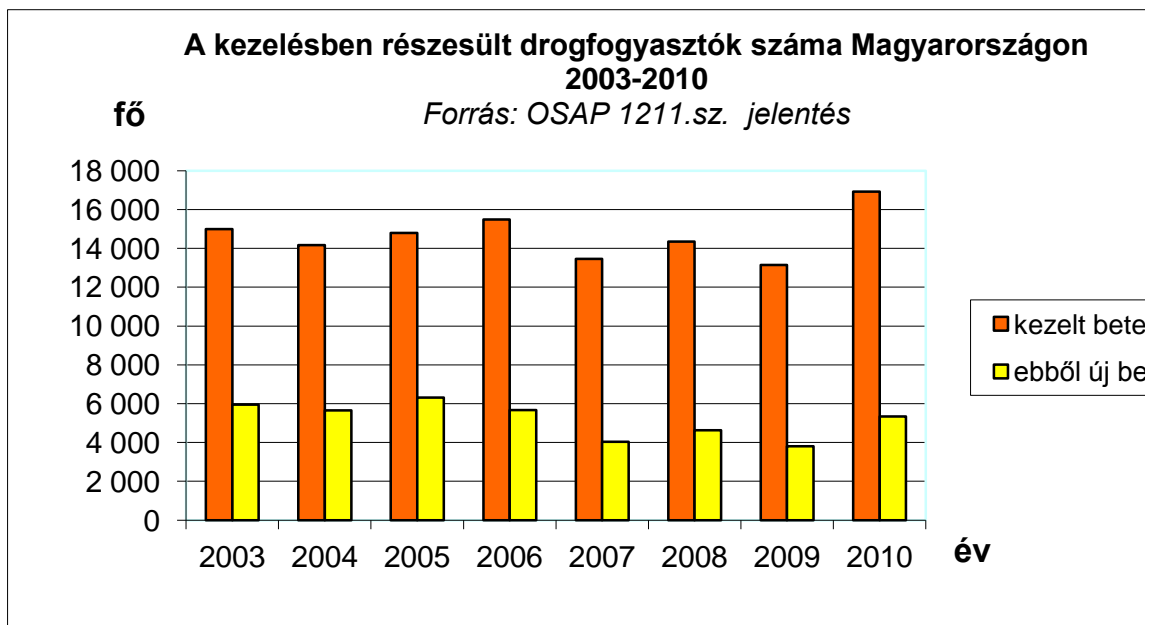


7. ábra

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



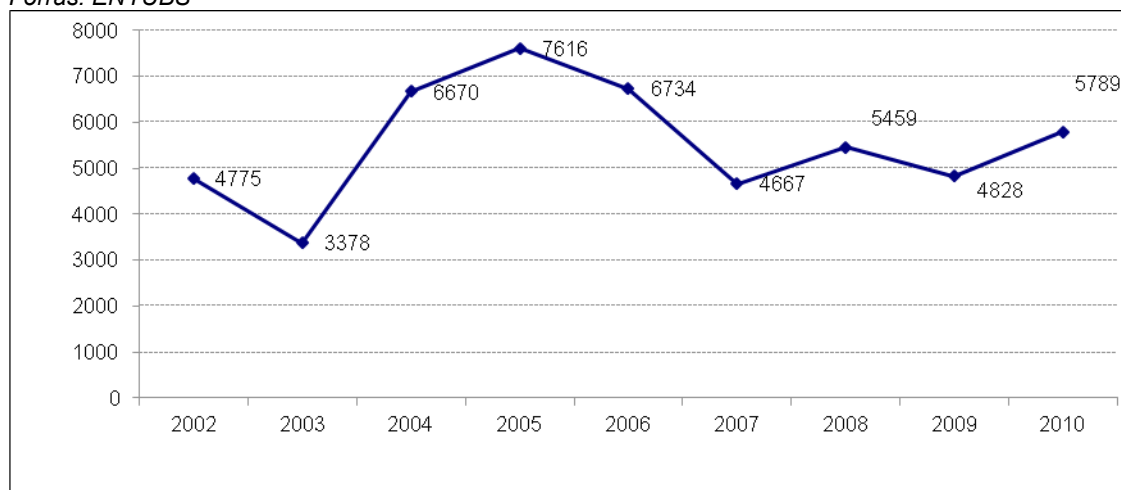
8. ábra



9. ábra

### A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2002-2010 között

Forrás: ENYÜBS



1. táblázat

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

## 2. számú melléklet a nemzeti stratégiához

### A nemzeti stratégia készítésekor fennálló szakmapolitikai környezet gyorsértékelése SWOT-módszerrel

Erősségek	Gyengeségek
<ul style="list-style-type: none"> <li>– A nemzeti stratégia szempontjából kiemelten jelentős ágazati területek közül több egy minisztériumi irányítás alá tartozik (köznevelés/felsőoktatás/képzés – szociális – egészségügy).</li> <li>– A Kormány rendelkezik kábítószerügyi szakmai kapacitásokkal, valamint számos szakmai háttérintézmény is segíti a szakmai döntéshozatalt.</li> <li>– Magyarország 2000. óta rendelkezik Nemzeti Drogstratégiával.</li> <li>– Kialakult a kábítószer-probléma megismeréséhez szükséges intézményi infrastruktúra, a 18 év alatti korosztály körében két, nemzetközi standardok alapján végzett vizsgálat is történt az elmúlt másfél évtized során (HBSC és ESPAD).</li> <li>– A szociális területen szélesedett az ellátások köre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A különböző ágazatokhoz tartozó intézkedések, intézmények között gyenge az együttműködési készség (köznevelés/felsőoktatás/képzés – munkaügy – szociális – egészségügy).</li> <li>– A különböző szakterületi stratégiák (illetve cselekvési terveik) nem mindig vannak összhangban.</li> <li>– Az ellátórendszer egyes elemei hiányoznak (gyermek-addiktológiai ellátás).</li> <li>– Az egészségügy területén szűkült ellátások köre.</li> <li>– Az ellátórendszer területi egyenetlenségeket mutat.</li> <li>– Egyes szolgáltatási formák esetében nincs egységes szakmai iránymutatás.</li> <li>– A stratégiai dokumentum jellege koncepcionális, szemléleti és értelmezési keretet nyújtó; így az egyes regionális különbségekre csak korlátozottan képes reagálni.</li> </ul>
Lehetőségek	Veszélyek
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Számos jó gyakorlat létezik a civil és egyházi területen.</li> <li>– Az Európai Unió rendelkezik drogstratégiával és kapcsolódó akciótervvel (iránymutatás az Unió tagállamok számára).</li> <li>– A nemzetközi kapcsolatrendszerből számos jó gyakorlatot, működő technikát megismerhetünk.</li> <li>– Aktív társadalmi, nem kormányzati szereplői vannak a hazai kábítószer-politikának.</li> <li>– Az infokommunikációs technológia kulcsszerepet tölt be a közbeszéd témái, a beállítódások, vélemények, ítéletek, az értékvilág és az életmód alakításában.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A drogfogyasztással kapcsolatos elfogadó attitűdök elterjedhetnek a társadalomban.</li> <li>– A drogfogyasztókkal szembeni túlzott társadalmi előítélet ronthatja egyes beavatkozások hatékonyságát.</li> <li>– A területen működő állami és társadalmi szervezetek túlnyomó részt forráshiánnyal küzdenek.</li> <li>– Gyorsan változik az illegális szerek fogyasztási mintázata. Újabb és újabb szerek jelennek meg a drogpiacon.</li> <li>– Egyes területeken (például gyermekpszichiátria, gyermek-addiktológia) szakemberhiány mutatkozik.</li> <li>– Az előző stratégia végrehajtásának tapasztalata alapján (regionális, megyei, városi stb.) szinte teljes egészében hiányzik a drogstratégia helyi szintű döntéshozói beágyazottsága.</li> <li>– “Függőség kultúrája” – negatív társadalmi minták.</li> </ul>

### 3. számú melléklet a nemzeti stratégiához

#### Fogalomtár

##### I.

*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 pszichotróp anyag listákon. (A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 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 pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott veszélyes pszichotróp anyagokat, valamint az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény mellékletében meghatározott pszichotróp anyagokat kell érteni.) A nemzeti stratégia szövegének értelmében nem értendő *kábítószer-használatnak* a gyógyászati célú, orvosi-ellenőrzés mellett történő alkalmazás.

*Kábítószer-Prekursor anyag:* A végső anyag előállításához alapanyagként vagy résztermékként használatos kémiai vegyület. Az EU jogban azon alapanyagokra korlátozódik, melyekkel bizonyos, az ENSZ 1971-es pszichotróp 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.

*Stigmatizáció:* Egyes személyek vagy csoportok megszégyenítése, igazságtalan kirekesztése és megkülönböztetése, melynek következtében nő a kockázata annak, hogy az adott személyek, illetve csoportok a társadalom egészen belül peremhelyzetbe sodródnak, vagy ott létük állandósul.

*Stimulánsok:* Elsősorban a mentális és fizikai állapotot serkentő szerek.

*Szerhasználati mintázat:* A szerhasználat szerenkénti eloszlása a társadalom egyes alcsoportjaiban. A fogalom maga alapvetően elméleti konstrukció mely két forrásból táplálkozik: egyrészt az egyes társadalmi csoportokban a szerek elterjedtségének és egyéb

változók - fogyasztási gyakoriság, szervezetbe juttatás módja és egyéb kockázati tényezők – megfigyeléséből; másrészt a közvetlenül nem mérhető fogyasztási szokások vagy egyéb magatartások – kriminalitás, kockázatkeresés, marginalizáció, szociális státusz stb. – becsléséből.

*Szintetikus kábítószer**ek*: mesterségesen, fizikai, kémiai, illetve biológiai úton előállított kábítószer*ek*.

*Visszaélésszerű gyógyszerhasználat*: Nyugtatók, altatók vagy az erős hatású (ópiát hatóanyagot tartalmazó) fájdalomcsillapítók orvosi rendelvény nélküli vagy attól eltérő használata, illetve ezen gyógyszerek alkohollal történő kombinált használata.

## II.

*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*: Az ezen 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.

*Célzott megelőzés*: 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 alkoholista szülők gyermekei, iskolából kimaradó, tanulási problémával küzdő fiatalok). A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, 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*: 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.

*Környezeti prevenció:* a legfrissebb kutatási adatok szerint a környezet nagymértékben befolyásolja a serdülők kockázatos magatartásformákban való részvételét. Ezek a bizonyítékok mindenképp a környezeti megelőzés módszerét támasztják alá, amely nagyobb mértékben támaszkodik a környezet megváltoztatására, mint a pusztán meggyőzésre. Eszerint a fiataloknak szóló prevenciós intézkedéseknek a tájékoztatás helyett inkább a normákra és a normalitás érzékelésére kellene helyezni a hangsúlyt. A prevenció szempontjából fontos az iskolára, a családra és a rekreációs színterekre koncentrálni.

### III.

*Ártalomcsökkentés:* Az alkohollal és illegális drogokkal összefüggésben olyan stratégiák és programok, melyek közvetlenül az alkohol és illegális drogok fogyasztásából eredő egyes 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 túcsere, amely csökkenti a tümegosztást és így a fertőző betegségek terjedését az intravénás kábítószer-fogyasztók között, míg más károkat nem befolyásol.

*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:* 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 tétele egészsége javítására,
- infrastruktúra biztosítása az egészségfejlesztés számára.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény meghatározásában az egészségfejlesztés az a folyamat, amely során az egyén növeli jártasságát saját egészségének javítása érdekében, képességet szerez az egészséges életvitel fenntartására és a változó környezethez való alkalmazkodásra. Az egészségfejlesztés a lakosság egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővítésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak és megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység.

*Egészséget támogató/egészségbarát környezet:* 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:* Olyan egyéni és/vagy közösségi viselkedés, amelynek hatásaként nagyobb valószínűséggel fordul elő valamilyen megbetegedés. A betegségmegelőzés fő célja az *egészséget veszélyeztető magatartás*formák 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:* 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.

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

*Egészségpolitika:* Makroszinten: 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 hozzáféréssel. Az *egészségpolitikát* meg kell különböztetni az egészséget támogató társadalompolitikától, mivel az előbbi elsősorban az egészségügyi ellátásban és programokban érdekelt.

*Egészség promóció:* Olyan tevékenység, amellyel képessé tesszük az egyéneket és közösségeket arra, hogy egészségüket értéként kezeljék és fejlesszék, erősítsék azt.

*Elterelés, elterelt:* A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (Btk.) 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. A szakzsargonban az elterelésben részt vevő személyt nevezzük *elterelt*-nek.

*ESPAD*: Alkohollal 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 v. szubsztitúciós 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 tevékenységet kívánják csökkenteni. A drogok iránti kereslet az alábbi módszerekkel csökkenthető: prevenciós 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*: 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.

*Kínálatcsökkentés:* Azon tevékenységeket jelenti, amelyek a kábítószeres 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.

*Mediáció:* (azaz közvetítés): eltérő nézeteket valló, illetve érdekeket képviselő felek közötti egyeztetési folyamat, konfliktuskezelési eljárás, amelyet erre felkészült semleges szakember, a mediátor, azaz közvetítő irányít.

*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, készítés 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:* Olyan társadalmi tevékenység, melynek 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. A 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 kábítószer. Ebbe beletartoznak azok is, akik egy alkalommal fogyasztottak szert, de azok is, akik rendszeres használók.

*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 szenvedélybetegek 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 Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok eddigi és a stratégiában tervezett tevékenysége is a szubszidiaritás elvére épül.)

*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 az egészségi állapot javulását érhetjük el.

#### 4. számú melléklet a nemzeti stratégiához

##### A legfontosabb nemzetközi szervezetek listája

*ENSZ Kábítószer Bizottsága:* Az ENSZ Kábítószer Bizottsága (CND) az ENSZ központi döntéshozó testülete, amely a kábítószerekkel kapcsolatos ügyekben meghatározza a követendő irányelveket, a globális kábítószer-politikát, illetve ellenőrzi annak végrehajtását. Az ENSZ rendszerén belül ez a központi döntéshozó testület, amely minden kábítószerüggyel kapcsolatos kérdésben felelős szerepet játszik.

*ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bünmegelőzési Hivatala:* Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bünmegelőzési Hivatala (UNODC) az ENSZ illegális kábítószeres és nemzetközi bűnözés elleni fellépésének fő szerve. Legfőbb tevékenysége, hogy minden évben elkészíti Éves Jelentését a világ kábítószer-helyzetéről, amely a legátfogóbb összefoglaló elemzés a szakterületen végbemenő folyamatokról. Kutatási és elemzési tevékenységeket végez, segíti a tagállamokat a nemzetközi egyezmények ratifikálásában és alkalmazásában, illetve szakmai együttműködéseket kezdeményez a tagállamok között. Fontos feladata továbbá a CND titkársági feladatainak ellátása.

*Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv:* A Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv (INCB) egy, mind a kormányoktól, mind az ENSZ-től független, az ENSZ kábítószerügyi konvencióinak végrehajtását ellenőrző szervezet.

*Az Európa Tanács Pompidou Csoportja:* A Pompidou Csoport az Európa Tanács részeként működik, ellátva annak kábítószerrel való visszaéléssel és kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatos tevékenységét. Mivel az európai uniós hatókörön túlmutat működése, ideális terepe az összeurópai együttműködéseknek. Különösen aktív a Keleti Partnerség országaiban.

*Az Európai Unió Tanácsának Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoportja:* Az Európai Unióban a Tanács Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoportja (HDG) felelős a kábítószerügyekkel kapcsolatos kezdeményezésekért, vizsgálatokért és a programok koordinációjáért.

*Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja:* A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (EMCDDA) feladata, hogy a tagországai által továbbított objektív, megbízható és összehasonlítható nemzeti szintű információk és adatok alapján európai szintű adatokat biztosítson a tagországok számára a kábítószer-probléma minden területéről és az arra adott válaszokról.

*Dublin Csoport:* A Dublin Csoport (Dublin Group) 1990-ben, az Egyesült Államok kezdeményezésére, az Európai Unió ír elnöksége alatt alakult, széles körű kábítószerügyi kezdeményezés, az azonosan gondolkodó országok informális koordinációs csoportja.

## 1. számú Függelék

## A nemzeti stratégia nyomon követéséhez szükséges legfontosabb indikátorok

Indikátor	Indikátor rövid leírása	Indikátor gyűjtését/elsődleges adatgyűjtést végző szervezet	Indikátor gyűjtésének gyakorisága és költségei
Tiltott szerek fogyasztása a felnőtt populációban (GPS) *EMCDDA-kulcsindikátor	A legfontosabb tiltott szerek fogyasztásának jellemzői (például élet-, elmúlt évi és elmúlt havi prevalencia) a felnőttek körében, különösen a fiatal felnőtt (18-34 éves) korcsoportban	Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	2, legfeljebb 4 évente (budapesti fiatal felnőtt kétévente). Következő adatfelvétel 2013 Becsült költségek: 30 MFt/alk.
Tiltott szerek fogyasztása a fiatalkorúak körében - ESPAD (GPS) *EMCDDA-kulcsindikátor	A legfontosabb tiltott szerek fogyasztásának jellemzői (például élet-, elmúlt évi és elmúlt havi prevalencia) a fiatalkorúak körében	Szakmai konzorcium az eddig megvalósító munkacsoport (Corvinus Egyetem) és az Országos Egészségfejlesztési Intézet közreműködésével	4 évente. Következő adatfelvétel 2015 Becsült költségek: 20 MFt/alk.
Egészségmagatartás az iskoláskorúak körében vizsgálatban - HBSC (GPS) *EMCDDA-kulcsindikátor	A legfontosabb tiltott szerek fogyasztásának jellemzői (például élet-, elmúlt évi és elmúlt havi prevalencia) a fiatalkorúak körében	Országos Gyermekegészségügyi Intézet	4 évente Következő adatfelvétel 2014 Becsült költségek 20 MFt/alk.
Problémás szerfogyasztás a felnőtt népesség körében (PDU) *EMCDDA-kulcsindikátor	A teljes népességben történő vizsgálat a problémás szerfogyasztók számának becslésére (a mindenkor EMCCDA-módszertan szerint)	Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ / Országos Addiktológiai Centrum / Országos Rendőr-főkapitányság / Országos Epidemiológiai Központ / Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet	3 évente. Következő becslési eljárás 2013.
Kezelési Igény Indikátor (TDI) *EMCCDA-kulcsindikátor.	Illegális szerfogyasztás miatt kezelést kezdők száma és jellemzői	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente

<b>Indikátor</b>	<b>Indikátor rövid leírása</b>	<b>Indikátor gyűjtését végző szervezet</b>	<b>Indikátor gyűjtésének gyakorisága és költségei</b>
Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek. (DRID) *EMCDDA-kulcsindikátor	A kábítószeres fogyasztásával kapcsolatban megjelenő fertőző betegségek éves új esetei és előfordulásuk (Hepatitis B és C, HIV, továbbá tbc, egyes nemi úton terjedő betegségek.)	Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente. Szervezett (sentinel) szűrővizsgálat az iv. drogfogyasztók körében, évente. Becsült költségek: 10 MFt/év.
Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozások. (DRD) *EMCDDA-kulcsindikátor	Az illegális szerfogyasztással kapcsolatos közvetlenül és közvetetten bekövetkező halálesetek száma	Országos Addiktológiai Centrum és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés.
Tiltott szerek fogyasztása egyes kockázati csoportokban.	Az illegális szerfogyasztás miatt leginkább fenyegetett csoportok körében mért prevalencia értékek: élet-, múlt évi, múlt havi stb.). Legfontosabb csoportok és szintek: nevelő-intézeti / gyermek-védelmi ellátásban részesülők, büntetés-végrehajtási intézetben lévő, hajléktalanok, prostituáltak, menekültek, éjszakai szórakozóhelyek.	Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ által koordinált célzott kutatások.	Legalább 2, vagy 4 évente minden azonosított kockázati csoportban. Becsült költségek: kb. 15 MFt/év.
Kezelésben lévők esetazonosítóval történő adat-gyűjtése. (TDI-prevalencia és szubsztitúciós adatgyűjtés.)	Azon személyek száma és jellemzői, kik a tárgyévben illegális szerfogyasztással összefüggésben kezelésben vettek részt, beleértve ebbe a helyettesítő (szubsztitúciós) kezelésben részt vettek is.	Országos Addiktológiai Centrum és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente. Becsült költségek: 6 MFt/év.

<b>Indikátor</b>	<b>Indikátor rövid leírása</b>	<b>Indikátor gyűjtését végző szervezet</b>	<b>Indikátor gyűjtésének gyakorisága és költségei</b>
Kábítószer-bűnözéssel összefüggő bűnüldözési adatok.	Az ismertté vált – a kábítószerekkel kapcsolatos – bűncselekmények száma és az elkövetők jellemzői.	Egységes Nyomozó Hatósági / Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente.
Kábítószer-lefoglalások.	A lefoglalási események száma és a lefoglalt kábítószerek mennyisége.	Országos Rendőr-főkapitányság / Nemzeti Adó és Vámhivatal / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet	Rendszeres adatgyűjtés, évente.
Kábítószerek utcai ára.	A fogyasztók számára forgalomba kerülő illegális szerek nagykereskedelmi és átlagos utcai ára.	Országos Rendőr-főkapitányság és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente.
Lefoglalt kábítószer összetétele, koncentrációja, tisztasága.	Az utcai forgalomba kerülő, illetve lefoglalt kábítószer összetétele, esetleges szennyezettsége, hatóanyag-tartalma.	Országos Rendőr-főkapitányság / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet	Rendszeres adatgyűjtés, évente.
Új pszichoaktív (dizájner) szerek magyarországi megjelenése, korai jelzőrendszer.	A nemzetközi kábítószer és pszichotrop egyezmények hatálya alá nem tartozó, úgynevezett új szintetikus szerek megjelenése Magyarországon.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet / Országos Rendőr-főkapitányság / Igazságügyi Szakértői és Kutató Intézetek / Nemzeti Adó és Vámhivatal	Rendszeres adatgyűjtés, félévente áttekintendő helyzetkép. Becsült költségek: 10 MFt/év.
Kábítószerekkel kapcsolatba hozható közlekedési bűncselekmények, szabálysértések, balesetek száma.	A kábítószer-fogyasztás közlekedés-biztonságra gyakorolt hatásainak indikátora.	Országos Rendőr-főkapitányság	Rendszeres adatgyűjtés.

<b>Indikátor</b>	<b>Indikátor rövid leírása</b>	<b>Indikátor gyűjtését végző szervezet</b>	<b>Indikátor gyűjtésének gyakorisága és költségei</b>
Általános megelőzési lefedettség mértéke iskolákban.	Teljes körű iskolai egészségfejlesztést (életkornak és érettségnek megfelelő szerfogyasztást megelőző programokat is beleértve) megvalósító iskolák és tanulók száma, a programok tartalma, az elért célcsoportok jellemzői.	Országos Egészségfejlesztési Intézet és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Rendszeres adatgyűjtés, évente. Becsült költség: 6 MFt/év.
Célzott és indikált prevencióban történő részvétel mértéke.	A megjelölt megelőzési programokban részt vevő, illetve célzott szolgáltatásokban részesülő tanulók száma, a programok száma, tartalma.	Országos Egészségfejlesztési Intézet / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente. Becsült költség: 6 MFt/év.
Helyi együttműködések, kezdeményezések.	Az aktivitás meghatározott mértékét elérő Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) száma. A drogmegelőzés szakmai támogatásában, szervezésében érdemben részt vevő Egészségfejlesztési Irodák (EFI) száma.	Országos Egészségfejlesztési Intézet és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente.
Munkahelyi drogmegelőzési tevékenységek.	Munkahelyi drogpolitikát bevezető munkahelyek száma, az érintett munkavállalók száma.	Országos Egészségfejlesztési Intézet	Rendszeres adatgyűjtés, évente. Becsült költség: 3 MFt/év.
Kezelő-ellátórendszer adatai.	Az illegális szerfogyasztókat (is) ellátó egészségügyi és szociális intézmények, szervezetek száma. A programok száma, forgalmi adataik, szolgáltatások, hozzáférhetőség, finanszírozási adatok, a munka-társak létszáma, a szakképzettségre vonatkozó adatok.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda / Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente.



<b>Indikátor</b>	<b>Indikátor rövid leírása</b>	<b>Indikátor gyűjtését végző szervezet</b>	<b>Indikátor gyűjtésének gyakorisága és költségei</b>
Ártalomcsökkentő tevékenység.	Az illegális szerfogyasztók célzott kockázatsökkentésével foglalkozó (ártalomcsökkentő) intézmények, szervezetek száma. A programok száma, forgalmi adataik, szolgáltatások jellemzői, hozzáférhetőség, éves finanszírozási adatok	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda / Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente.
Büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe lépők, ilyen programokat befejezők száma.	Az ügynevezett elterelés valamely programjában részt vevők száma, illetve az ilyen programok száma és módszertani jellemzői.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Rendszeres adatgyűjtés, évente.
Büntetés-végrehajtási intézetekben történő kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelések, megelőzés; ártalomcsökkentés; visszavezető programok.	A büntetés-végrehajtási intézetekben zajló kezelési programok száma és tartalma, ill. az ilyen programokban részt vevő elítéltek száma.	Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Rendszeres adatgyűjtés, évente. Becsült költségek: 1 MFt/év.
Média tartalmak	A kábítószer jelenség tükröződése az írott és elektronikus sajtó mérvadó és rögzített mintájában, a közlések tematikai megoszlása, a jelenség iránti jellemző viszonyulásmódok, illetve a közösség válaszkészségének / válaszképességének tükröződése a közlésekben.	Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Rendszeres adatgyűjtés, évente. Becsült költség: 2 MFt/év.

## 2. számú Függelék

## A nemzeti stratégia megvalósulását szolgáló programirányok és beavatkozások

BEAVATKOZÁSOK	ÜTEMEZÉS	FELELŐS	VÉGREHAJTÁSI FELTÉTELEK	BECSÜLT KÖLTSÉG
<b>KONKRÉT CÉLOK</b>				
<b>I. EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉS KÁBÍTÓSZER MEGELŐZÉS</b>		Emberi Erőforrások Minisztériuma		
<b>1. A teljes körű iskolai egészségfejlesztés megvalósítása.</b>				
Tárca- és ágazatközi együttműködés nyomán egészségfejlesztésre épülő folyamatok további ösztönözése, az iskolai egészségfejlesztés rendszerszintű megvalósítása.	Folyamatos.		A szükséges jogszabályi háttér megteremtése, továbbképzések, módszertani ajánlások.	2016-ra 0,5 Md Ft/év, 2020-ra 2 Md Ft/év
A kábítószereket nem fogyasztó fiatalok megerősítése, illetve a szermentes életforma népszerűsítése.	Folyamatos.		A szermentességet támogató megelőzési programok arányának növelése a pályázatok célrendszerén belül.	2016-ra 0,5 Md Ft/év, 2020-ra 2 Md Ft/év
A szociális és szocializációs konfliktusok megoldásában illetékes segítő szakmák iskolai jelenlétének növelése.	Folyamatos.		A szükséges jogszabályi háttér megteremtése, továbbképzések, módszertani ajánlások.	

A tanulás hatékonyabbá tétele és a tanulók motiválása érdekében az életkori adottságokat tükröző tananyag kidolgozása a helyi nevelési programban, a pedagógiai módszerek korszerűsítése.	Folyamatos.		Kerettantervek időszakos áttekintése, célzott oktatási anyag-fejlesztés.	Évi 30-40 mFt oktatás-fejlesztési projektekre
A nem pedagógus végzettségű segítő szakembereken túlmenően szülők és a diákok bevonása a helyi egészségfejlesztési program megalkotásába és megvalósításába.	Folyamatos.		A szükséges jogszabályi háttér megteremtése, továbbképzések, módszertani ajánlások.	
A tanórán kívüli iskolai tevékenységek tartalmasabb, változatosabb megszervezése, tekintettel arra, hogy ezek a tevékenységek nagyobb hatással vannak a tanulók életvitelének és értékválasztásainak alakulására, mint a közvetlen befolyásolás egyéb eszközei.	Folyamatos.		A szükséges jogszabályi háttér megteremtése, továbbképzések, módszertani ajánlások.	
Életkor-specifikus, a szülői szerepre való felkészülést, a családi élet iránti elköteleződést és felelősségvállalást elősegítő képzési programok támogatása az alap-, közép- és felsőfokú oktatási intézményekben, továbbá iskolán kívül, a szabadidő-eltöltés, a szórakozás különböző szinterein, főleg a fiatalok által látogatott helyszíneken, illetve az általuk szervezett alkalmakon.	Folyamatos.		Teljes körű iskolai egészségfejlesztésen belül önálló tematikus modul. Önálló pályázati rendszer a fiatalok által látogatott helyszínek megelőzési tevékenységeinek támogatására.	2014-re 200 MFt/év, 2016-ra 400 MFt/év
<b>2. Közösségi alapú egészségfejlesztő és megelőző programok megvalósítása</b>				
A kapcsolati kultúra fejlődését, a kölcsönös bizalom erősödését, az önazonosság elmélyülését és a közösség iránti felelősségvállalást szolgáló programok kidolgozása és támogatása.	Folyamatos.		A helyi közösségfejlesztést szolgáló, önálló pályázati rendszer kialakítása közösségi alapú programok támogatására.	2014: 0,5 Md Ft/év, 2016: 1 Md Ft/év

Alternatív szabadidős programok szervezésének, illetve a megvalósulásuk helyszínét jelentő közösségi terek kialakításának támogatása: művelődési házak, ifjúsági központok, stb.	Folyamatos.		Pályázati rendszer kialakítása közösségi alapú megelőzési programok támogatására.	2014: 250 MFt/év, 2016: 500 MFt/év
A család szerepének, illetve a szülői szerepre való felkészítésnek hangsúlyosabbá válása a megelőzési programokban.	Folyamatos.		Önálló szülői készségfejlesztő („parenting skills”) modul a közösségi alapú megelőzési programok pályázataiban.	2014-re 150 MFt/év, 2016-ra 250 MFt/év, 2020-ra 750 MFt/év
Speciális programok biztosítása a társadalmilag és kulturálisan hátrányos helyzetű szülők elérése érdekében.	Folyamatos.		Elkülönített forrás a szülői készségfejlesztés pályázati támogatásán belül.	
A zenés-táncos szórakozóhelyeken zajló megelőzési és ártalomcsökkentő programok, továbbá a bevásárlóközpontokban, a lakótelepeken és azok közvetlen környékén működtetett célzott megelőzési programok módszertanának fejlesztése.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Képzések, továbbképzések, szakmai útmutatók és ajánlások.	
A felelősségi körök és a megvalósítás kulcsszereplőinek meghatározása mellett, ágazatok közötti együttműködésben épüljön ki a megelőző szolgáltatások rendszere. A köznevelési- és egyéb intézmények minőségbiztosítási rendszere keretében hitelesített megelőzési szolgáltatások stabil (több évre szóló) finanszírozási hátterének kialakítására.	2015. december 31.	és Nemzeti Fejlesztési Ügynökség	2016-tól csak előzetesen minőségértékelt megelőzési programok juthatnak közfinanszírozott forrásokhoz.	

Felépülő, illetve felépült szenvedélybetegek önszegítő csoportjainak intenzívebb bekapcsolódása a különböző megelőzési programokba.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	A megelőzési programok szakmai ajánlás-rendszerébe beépülnek a felépült szenvedélybetegek csoportjainak közreműködésére vonatkozó szempontok.	
A helyi közösség a veszélyeztetett, sérülékeny személyek és csoportok számára biztosítsa a célzott megelőző beavatkozás igénybevételeének lehetőségét.	Folyamatos.		Pályázati rendszer a célzott megelőző beavatkozások megvalósítására.	2014-re 250 MFt/év, 2016-ra 500 MFt/év, 2020-ra 1 Md Ft/év.
A függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek számára biztosítani kell a javallott prevenció hozzáférését, és a fenntartható finanszírozás megteremtését.	Folyamatos.		A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	120 MFt/év
Az egészségfejlesztést támogató megfelelő infrastruktúra kialakítása, a személyi feltételek megteremtése (a szerfogyasztást megelőző célzott és javallott intervenciókat is beleértve) a gyermekjóléti alapellátások és gyermekvédelmi szakellátások területén.	Folyamatos.		A szükséges jogszabályi háttér megteremtése, a gyermekvédelmi ellátórendszer kapacitás- és humán erőforrás fejlesztése.	2014-re 200 MFt/év, 2016-ra 400 MFt/év.
A felsőoktatás hallgatói számára biztosítani kell az életvezetési tanácsadásokhoz való hozzáférést.	Folyamatos.		Pályázati rendszer kialakítása campus programok, "Egészségtudatos Egyetem" kritériumrendszer és "Egészségtudatos Egyetem"-i programok támogatására.	2014-re 300 MFt/év, 2016-ra 300 MFt/év, 2020-ra 500 MFt/év.
A munkavállaló népesség (és családtagjaik) elérése, a vállalati erőforrások bevonása a megelőző munkába, ezáltal a munkaerő versenyképességének fenntartása.		és Nemzetgazdasági Minisztérium	A rendszerszerű munkahelyi egészségfejlesztés támogatása adótörvények, illetve adókedvezmények révén.	

A munkahelyeken megvalósítható drogpoltikák lehetséges tartalmainak és feltételeinek rögzítése jogszabályban.	2015. december 31.	és Nemzetgazdasági Minisztérium	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	
A büntetés-végrehajtási intézetek drogprevenciós körleteinek további működtetése, hatókörük bővítése.	Folyamatos.	Belügyminisztérium és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Pályáztatás, képzés, továbbképzés.	150 MFt/év
Jogszabályban megállapított minimum és maximum órakereten belül – a kliens szükségletei alapján – a szolgáltatók maguk határozhatják meg az elterelési folyamat óraszámát.	2013. december 31.		A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	
Az elterelés minőségbiztosítási rendszerének kialakítása, - különös tekintettel a vonatkozó módszertani levél ajánlásainak bevezetésére és elterjesztésére, az elterelésben közreműködő szolgáltatók továbbképzésére, továbbá a párhuzamosságok elkerülése érdekében az általános és egységes nyilvántartási rendszer megteremtésére.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Képzés, továbbképzés, informatikai fejlesztés, az elterelésről szóló rendelet módosítása.	

II. KEZELÉS, ELLÁTÁS, FELÉPÜLÉS		Emberi Erőforrások Minisztériuma		
A gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer feltételeinek kiépítése.	2015. december 31.		A szükséges jogszabályi háttér megteremtése, szakmai szabályozó dokumentumok megalkotása.	15 MFt/év + 150 MFt/3 év.
A szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetőségének szélesítése, egyenletes országos lefedettség biztosítása.	Folyamatos.		Rendszeres ellátás-értékelési rendszer kialakítása. Célzott kapacitás-fejlesztési pályázatok.	1,5 Md Ft/ 3 év
Minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítása az ellátás minőségének és hatékonyságának értékelése érdekében.	2015. december 31.		Módszertani levelek, szakmai ajánlások és protokollok Folyamatos. frissítése és pótlása. Helyi protokollok kialakítása minden szolgáltatónál. Szakfelügyeleti auditok megvalósítása.	25 MFt / év
A helyi közösség a függőnek nem minősülő, de problémás kábítószer-használat jeleit mutató személyek számára biztosítsa a javallott megelőzés, a szakszerű beavatkozás, illetve kezelés igénybevételeinek lehetőségét, továbbá támogassa a családtagokat és a hozzátartozókat.	Folyamatos.		A javallott megelőzés fenntartható finanszírozási rendszerének kiépítése, Országos Egészségbiztosítási Pénztár-financezírozási séma kialakítása.	60 MFt/év

A családok problémáinak megoldását elősegítő szolgálatok és szolgáltatások (családkonzultáció, családterápia, mediáció, nevelési tanácsadás) hozzáférhetőségének növelése.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Továbbképzések, szakmai ajánlások, Egészségfejlesztési és Lelki Egészségfejlesztési Központok létrehozása és működtetése.	80 MFt/év
A közösségi ellátási formák elérhetővé tétele a szenvedélybetegeken kívül hozzátartozóik számára is. Az érintett családok támogatása érdekében a különböző segítő szolgálatok közötti konzultációs lehetőségek bővítése.	Folyamatos.		Szakmai protokollok ez irányú módosítása. A helyi szolgáltatók közötti szakmai együttműködés, mint finanszírozási feltétel.	
A kezelő-ellátó rendszerek együttműködésének erősödése a helyben megvalósuló családi, közösségi kezdeményezésekkel, illetve a felépülő szerhasználók önszorgatásán alapuló programjaival.	Folyamatos.		Képzés, hálózatfejlesztés.	
Az infokommunikációs (IKT) technológiai eszközök, elsősorban az Internet nyújtotta lehetőségek megelőzési, tanácsadási és terápiás célú felhasználásának támogatása.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Az online tanácsadás szakmai feltételrendszerének kidolgozása, szakmai szabályozók ilyen irányú módosítása. Finanszírozási modell módosítása.	20 MFt/év, majd a finanszírozási modell időszakban 25 MFt/év
Az addiktológiai problémával küzdő fogvatartottak megfelelő színvonalú ellátáshoz való hozzáféréseinek biztosítása a büntetés-végrehajtási intézetekben.	2015. január 1.	Belügyminisztérium és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Terápiás közösség létrehozása legalább két hazai büntetés-végrehajtási intézetben, a külső drogmegelőzési szolgáltató és a büntetés-végrehajtás egészségügyi szolgálatának közreműködésével.	40 MFt/év



A járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátáson túl a szenvedélybetegek szociális alapszolgáltatásainak és szakosított ellátási formáinak fejlesztése.	2014. december 31.		Hálózatfejlesztés. A kapacitás-elosztás során az érintett részterületek forrásait célzottan növelni kell. Az elosztásnál a valós szükségleteket is figyelembe kell venni.	80 MFt/ 3 év
A felépülőben lévő szenvedélybetegek reintegrációja érdekében a reszocializációs és szociális ellátó rendszerek fejlesztése a szükségletnek megfelelően.	2015. december 31.		Hálózatfejlesztés. A kapacitás-elosztás során az érintett részterületek forrásait célzottan növelni kell. Az elosztásnál a valós szükségleteket is figyelembe kell venni.	100 MFt/év
A nem egészségügyi képesítésű szakemberek, például addiktológiai konzultánsok és más segítő szakemberek bevonása a járóbeteg-ellátásba, az általuk ellátott tevékenység finanszírozása.	Folyamatos.		A finanszírozási rendszerének ilyen irányú módosítása.	50 MFt/év
Komplex beavatkozások alkalmazása, és kivezető programok biztosítása börtönből szabaduló egykori függők számára, a kábítószer túladagolások, illetve az ezzel összefüggő halálozások megelőzése érdekében.	Folyamatos.	és Bűnügyi Szakértői Kutatóintézet, és Belügyminisztérium	Monitoring, képzés, pályázati támogatás.	40 MFt/év
Egészségügyi és szociális ellátók közös részvételével zajló programok a drogfogyasztók támogatása érdekében olyan kulcsfontosságú időszakokban (pl. a börtönből való szabadulás idején), amikor a visszaesés és a bűnismétlés veszélye különösen magas.	Folyamatos.		Pályázat.	

<p>Annak biztosítása és monitorozása, hogy a szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VII. 12.) IM rendelet 76. §-ának logikája alapján a rendőrség által előállított, illetve őrizetbe vett kábítószer-használókat – megfelelő gyógyszeres és pszicho-szociális ellátásuk érdekében – azonnal fölkereshesse olyan segítő szakember, aki az adott klienssel kapcsolatban az eljárás során, illetve a rendészeti intézkedést követően elvégzi a gondozási feladatokat.</p>	<p>2013. december 31.</p>	<p>és Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda</p>	<p>Jogszabály-módosítás, Pályázati úton támogatás.</p>	<p>25 MFt/év</p>
<p>A különböző speciális szükségletű szerhasználók számára szolgáló kezelő-ellátó, utánkövető-gondozó programok kínálatának szélesítése, - különös tekintettel a kisebbségi csoportokhoz tartozókra, a hajléktalanokra, a fogvatartottakra, a várandós nőkre, a fertőző betegségben szenvedőkre, a szerfüggő gyermekeket nevelő szülőkre, a fogyatékkal élőkre, illetve a vírushordozó injekciós kábítószer-fogyasztókra.</p>	<p>Folyamatos.</p>		<p>Pályázat, módszertani levelek.</p>	<p>80 MFt/év</p>
<p>A HIV/AIDS és a HCV szűrésen átesettek arányának javítása az intravénás szerhasználók körében, valamint a korai kezelésbe vételt szolgáló beavatkozások széleskörű alkalmazásának előmozdítása.</p>	<p>2013. december 31.</p>		<p>A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.</p>	

A különböző ellátó rendszerek tevékenységének összehangolása, a helyi ellátók együttes hatékonyságát leíró, illetve együttműködésüket ösztönző indikátorok meghatározása és alkalmazása a különböző ellátási típusokban.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Országos Egészségbiztosítási Pénztár - Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal finanszírozási és módszertani szabályozóinak módosítása.	
--	-------------	---------------------------------------	--	--

<b>III. KÍNÁLATCSÖKKENTÉS</b>				
A lehető leggyorsabban ellenőrzés alá kell vonni a piacon megjelenő, visszaélésre alkalmas új, kezdetben még legális pszichoaktív szereket, megteremteni a lehetőséget az ilyen anyagokkal való visszaélés, (mint az engedély nélküli import, export, kereskedelem) szankcionálására, illetve az elkobzásra.	2013. december 31.	és Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, és Nemzetgazdasági Minisztérium, és Belügyminisztérium	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése, illetve a rendszer működéséhez szükséges kapacitások biztosítása.	
Az általános rendőrségi feladatok ellátására létrehozott szerv szervezeti egységén belül létre kell hozni egy országos kábítószer-bűnözés elleni egységet. Ez az egység kizárólagos hatáskörrel végezze a kiemelt, az ország ellátása szempontjából számottevő, illetve nemzetközi jelentőségű visszaélés kábítószerrel bűncselekmények felderítését.	2014. január 1.	és Belügyminisztérium	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	Kb. 200 MFt
A nyomozati munka támogatása érdekében tovább kell fejleszteni a szakértői háttér személyi állományát és technikai felszereltségét	Folyamatos.	és Belügyminisztérium	hálózatfejlesztés	50 MFt/év
A meglévő adatbázisok összekapcsolásával egységes adatbázist kell kialakítani a rendészeti szervezetek között.	2014. január 1.	és Belügyminisztérium	Informatikai fejlesztés	Kb. 50 MFt

Meg kell teremteni a kábítószer-bűncselekmények kapcsán elvont, elkobzott vagyonok, jövedelmek, illetve az elkövetéshez használt egyéb eszközök vagy ellenértékük megelőzésbe, illetve kábítószer-bűnözés elleni küzdelemben történő visszaforgatásának lehetőségét.	2014. január 1.	és Nemzetgazdasági Minisztérium	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	
Elő kell segíteni a kábítószer-vizsgáló laboratóriumi hálózat szakmai, tudományos fejlődését és technikai fejlesztését, kapacitásuk igény szerinti bővítését.	Folyamatos.	és Belügyminisztérium	Hálózatfejlesztés	50 MFt/év
A kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése érdekében fokozni kell a célzott közúti ellenőrzéseket, és meg kell teremteni a balesetet okozó gépkocsivezetők szűrésének lehetőségét.	2014. január 1.	és Belügyminisztérium	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	100 MFt/év

<b>IV. A MEGVALÓSULÁS FELTÉTELEI, EMBERI ÉS TÁRSADALMI ERŐFORRÁSOK</b>		Emberi Erőforrások Minisztériuma		
Javítani kell a szektorok és ágazatok közötti, illetve a helyi és nemzeti szintű együttműködések hatékonyságát.	Folyamatos.		Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság, illetve Kábítószerügyi Tanács folyamatos működtetése..	
A lelki egészség fejlesztését, az alkoholprobléma és más viselkedési függőségek kezelését célzó nemzeti stratégiai programok elkészítése, ezek kábítószer-stratégiával történő összehangolása.	2013. december 31.		Nemzeti Mentálhigiénés Stratégia, Alkohol Stratégia	10 MFt/stratégia
A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalásának, illetve koordinációs tevékenységének erősítése.	Folyamatos.	és Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium	A Kormányhivatalok érintett szervei részt vesznek a helyi együttműködésekben.	
A KEF, mint helyi közösségi kulcsszereplők munkájának hatékonyabbá tétele, hatókörük kiterjesztése, az önkormányzat ez irányú szerepének és felelősségvállalásának erősítése.	2013. december 31.	és Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	
A KEF-ek – civil szervezetek, egyházi és más helyi közösségek, illetve intézmények bevonásával – megszervezik és összehangolják a stratégiai célokat szolgáló helyi megelőző tevékenységet.	2013. december 31.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda és Önkormányzatok	Hálózatépítés.	
A KEF-ek képessé tétele általános tanácsadási és tájékoztatási feladatok ellátására.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Továbbképzés, képzés, hálózatépítés, informatikai fejlesztés.	30 MFt/év

Továbbképzések, szakmai konzultációk, az átjárhatóság és a delegálás folyamatosságának biztosítása révén (különösen a célzott és javallott megelőzés területein) a szociális, a gyermekvédelmi és egyes esetekben az egészségügyi ellátó intézményrendszer helyi stratégiához való kapcsolódásának erősítése.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda és Önkormányzatok	Hálózatépítés, Módszertani levelek, Szakmai ajánlások.	
A megelőzés, az ártalomcsökkentés és a kínálatcsökkentés egyaránt fontos elemeként a zenés, táncos szórakozóhelyek bevonása és érdekeltté tétele a fiatalok biztonságosabb szórakoztatásában, a biztonságos szórakozás feltételeinek megteremtése, és ennek következetes ellenőrzése.	Folyamatos.	és Belügyminisztérium, és Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, és helyi Önkormányzatok	A jogszabályi háttér érvényesülésének nyomon követése.	
A kábítószer-termesztés és -használat legkülönbözőbb segédeszközeit árusító üzletek ellenőrzése, e termékek árusításának, reklámjának visszaszorítása.	Folyamatos.	és Belügyminisztérium, és Nemzetgazdasági Minisztérium, és Rendőrség,	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	
Az Addiktológiai Ellátások portáljának fejlesztése; a droghasználókkal közvetlenül és közvetett módon foglalkozó szervezetekre vonatkozó adatok összegyűjtése és értékelése, illetve a megelőzés és kezelés lehetőségeiről történő tájékoztatás.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Célzott költségvetési támogatás.	10 MFt/év

Az Önkormányzatok felhatalmazásának erősítése a területükön megvalósuló mindazon kereskedelmi tevékenységek elleni fellépésre, amelyek összefüggésbe hozhatók kábítószer-fogyasztással vagy terjesztéssel.	2013. december 31.	és Önkormányzatok, és Belügyminisztérium, és Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, és Nemzetgazdasági Minisztérium	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	
A felsőoktatási képzési programokra vonatkozó követelmények áttekintése abból a szempontból, hogy azokban kellő súllyal megjelennek-e a szerfogyasztással, kábítószer-problémával kapcsolatos ismeretek és készségek, a lelki egészséggel, a mentálhigiénével, továbbá az illegális szerfogyasztással kapcsolatos egészségpolitikai, népegészségügyi ismereteket is beleértve.	2014. december 31.		Képzési és Kimeneti Követelmények áttekintése, EMMI rendelet módosítása.	
A szerfogyasztáshoz kapcsolódó problémák megelőzése és hatékonyabb kezelése érdekében képzések és továbbképzések megvalósítása, - különös tekintettel az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberekre.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Képzés, továbbképzés, program akkreditáció.	40 MFt/év
A kábítószer-problémával foglalkozó hazai és nemzetközi kutatások és adatgyűjtések eredményeinek hozzáférhetővé tétele a lakosság és valamennyi érdekhordozó számára.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ	Informatikai fejlesztés.	20 MFt/év



A szakemberhiányt csökkentő életpályamodell kialakítása.	2014. december 31.		A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	
A szolgáltatásokhoz szükséges szakismeretek és képességek átadása, illetve fejlesztése képzéseken és továbbképzéseken.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Képzés, továbbképzés, program akkreditáció.	
A családi élet témakörének hangsúlyosabb megjelenítése a médiában, - különös tekintettel a hétköznapi konfliktusok, kapcsolati problémák hátterének és kezelési módjainak bemutatására.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda, és Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság	Ajánlások, együttműködési megállapodások a legnagyobb műsorszolgáltatókkal, pályázat.	50 MFt/év
A tárgyyszerű, felelősségteljes, előítéleteket oldó, szolidaritásra és részvételre ösztönző médiaprogramok számának növelése, a kábítószer-problémák háttértényezőit, megelőzési és kezelési lehetőségeit bemutató tematikus műsorok, honlapok, cikksorozatok támogatása.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Pályázatok.	25 MFt/év
Megelőzési és egészségfejlesztési ismereteket elmélyítő képzési, továbbképzési programok szervezése újságírók, kommunikációs és médiaszakemberek számára.	Folyamatos.	és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda	Képzés, továbbképzés.	5 MFt/év
A függőséget okozó pszichoaktív szerek – beleértve a legális pszichoaktív szereket is – bármilyen célú és formában történő reklámozásának és népszerűsítésének jogszabályba foglalt korlátozása és tiltása. Érvényt kell szerezni annak a tiltásnak, hogy a legálisan forgalomba hozható termékek kelendőségét azok kábító hatásának kihangsúlyozásával kíséreljék meg növelni	2015. december 31.	és Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium és Nemzetgazdasági Minisztérium	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	

A kábítószer-fogyasztást ösztönző tartalmak visszaszorítása a világhálón és a kereskedelmi kommunikáció egyéb színterein, a meglévő internet-figyelő szolgálatok erősítése, tevékenységük bővítése.	Folyamatos.	és Belügyminisztérium, és Nemzetgazdasági Minisztérium, és Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság	A szükséges jogszabályi háttér megteremtése.	
---	-------------	---	--	--