

NEMZETI DROGSTRATÉGIA

2012 - 2020

I. Bevezető

Az utóbbi mintegy fél évszázadban a nyugati ipari társadalmakban elterjedt olyan kémiai anyagok használata, amelyeket pszichoaktív, illetve kábítószernek neveznek, és amelyek közvetlenül az öntudat és önkontroll felfüggesztését és révületi lelkiállapotokat okoznak, a későbbiekben pedig hozzászokást, függőséget, majd a fogyasztók egzisztenciájában és környezetében szociális és lelki (majd következményesen szervi) ártalmakat váltanak ki. E szerek nagy része növényi eredetű, de az utóbbi években mind több az úgynevezett szintetikus szer, amelyet laboratóriumokban állítanak elő. A tudatmódosító hatás újabban függőségszerűen túlhajtott ingerkereső viselkedésformákban is kiváltott élmény, amely a szerekhez hasonló közvetett és távlati függőséget és ártalmakat okozhat.

Mind a kémiai anyagok, mind az ingerkereső viselkedésmódok hagyományos kulturális rendszerekben jól szabályozott közösségi alkalmakhoz kötődtek, ugyanúgy, mint Európában az alkoholfogyasztás, vagy az észak-amerikai kultúrákban a dohányzás. Az alkohol és a dohányzás az utóbbi másfél évszázadban szabadult ki a kulturális korlátok alól és vált elterjedt élvezeti és mind gyakrabban függőséget okozó eszközzé, megteremtve a drogok használatának sajátos kultúráját. Míg az alkohol és a dohány főleg egészségi károkat okoz, krónikus formában az alkohol mentális és szociális ártalmakat is. A drogok különös sajátossága, hogy a serdülőket és a fiatal felnőtteket érinti, másrészt az alkoholnál általában hamarabb okoz problémákat, és a személyiségfejlődést és a társadalmi beilleszkedést súlyosan megzavaró függőségeket hoz létre.

A drogok iránti kereslet nagysága miatt a szerek beszerzése és terjesztése szinte kriminális „iparág” lett, a függők önpusztító életmódja pedig kialakította az ártalomcsökkentés gyakorlatát, amely csak a szerfogyasztás egyes hatásainak tüneti ellensúlyozását tűzi ki célul. A drogfüggőség orvosi és pszichoszociális kezelése a társadalomra nagy terheket ró és nem is kielégítő hatékonyságú, a szerek terjesztésének és fogyasztásának rendészeti akadályozása sem eléggé eredményes.

Emiatt a modern ipari társadalmak a drogok és a hozzájuk kapcsolódó megnyilvánulások visszaszorítására összehangolt intézkedési rendszerekkel próbálkoznak. Ezeket a drogpolitika, vagy drogstratégia fogalmaiban fejezik ki. Bár a drogjelenséggel a dohányzás és az alkoholfogyasztás is szervesen összefügg, azok kulturális és történeti elfogadottsága és megengedett jellege nem tükröződik a drogstratégiákban, melyek inkább a kábítószer

Tervezet!

speciális sajátosságaihoz alkalmazkodnak. Ugyanígy a drogstratégiák, drogpolitikák nem kapcsolódnak a társadalmak, és ezen belül az ifjúság lelki egészségét fejlesztő nemzeti akciótervekhez és erőfeszítésekhez.

A világban a drogstratégiák fő hangsúlyai nagyjából hasonlóak, arányaikban és intézményes fejlettségükben viszont különbözők. Kínálat- és keresletcsökkentés, korrekatív, vagy terápiás viselkedésváltoztatás és főleg a megelőzés ígér megoldásokat. A nemzeti drogpolitikáknak ezek fejlesztése a célja. A keresletcsökkentés kézenfekvő és ideális útja általában nem hozta meg a kívánt eredményeket. A kockázati felvilágosítás és egészségnevelés, a szermentes életformák megtanítása nem tudta ellensúlyozni az ifjúsági szubkultúrák és azokon belül a nonkonformis viselkedésmódokat képviselő referenciacsoportok hatásait. Azok gyakran kerülnek szembe a családok és a közösségek hagyományos értékeivel. A szocializációs követelmények és kudarcok gyakran túlterhelik a fiatalokat, a drogok használata ilyenkor menekülési lehetőségnek, vagy alternatív örömforrásnak tűnhet. A veszélyeztetett fiatalok elérése és a kedvező társadalmi befolyások kivitelezése nagyon nehéz, mai tudásunk szerint módszertanában és végrehajtási gyakorlatában nem teljesen feltárt. Ezt a nevelési intézmények sem tudják megfelelően szolgálni.

A korszerű drogstratégia alapelve ezért a nemzetközileg elfogadott, hatékony, lehetőleg bizonyítékon alapuló módszerek képviselete, a jó gyakorlatok terjesztése, a droggkérdésekkel foglalkozó intézmények és civil szervezetek, mozgalmak támogatása. Emellett azonban nagyobb hangsúlyt kell kapjon az ifjúságot védő közösségi akciók és hálózatok erősítése, az ifjúság lelki egészségének fejlesztésével; a mentálhigiéniával kialakított szoros együttműködés, valamint a mentálhigiéniás kutatás és a drogstratégiát képviselő médiamunka. Már is felismerhető, hogy a megelőzésben új irányra van szükség. A társadalmi értékeket kifejező pozitív, egészséges magatartásmintáknak, az ezek jegyében szerveződő vonatkoztatási csoportok hatóerejének, illetve az ifjúság számára elengedhetetlen érzelmi aktivációnak, élményösszetevőknek meg kell jelenniük a drogstratégiában. Ezt ifjúsági programokon, egészséges közösségi színtereken és az ifjúságot sokszíniően, a szükségleteknek megfelelően támogató hivatásos szakmai rendszereken, például: tanácsadás, készségfejlesztés, korrekatív viselkedésváltoztatás motivációja, stb. át lehet megközelíteni.

Ha nem is lehet közvetlen drogstratégiai cél, de legalább elméleti irányjelző kell legyen a szermentesség, a józanság, a tiszta tudat és önreflexió, a lelki fejlődés támogatása, a kapcsolati problémák konstruktív megoldási kultúrájának kialakítása. Ez a droggkultúra egészséges alternatíváját nyújthatja a fiatalok társas és személyes kapcsolati rendszereiben és életszínterein. Ideális esetben tehát a drogstratégia ifjúsági munkáját nem csak a tiltás és

szabályozás, hanem a pozitív viselkedésminták vonzása jellemezheti, amely a kölcsönös felelősség és a segítség felhatalmazásait (empowerment) is tartalmazza.

A drogstratégia ilyenfajta kiterjesztése szükségesé teheti a stratégiai célok és irányelvek időszakos felülvizsgálatát; nyomonkövetését és értékelését, valamint szükség szerinti módosítását is, - különös tekintettel a nemzeti mentálhigiénés politika és program igényeire, továbbá a kapcsolódó szakpolitikák kihívásaira. A drogstratégia alapelvei jussanak egyre inkább kifejezésre a különböző kapcsolódó tevékenységi irányok konkrét programjaiban. A stratégia hatékonyságához felelős politikai és társadalmi irányítási rendszerre és intézményi háttérre van szükség.

II. Előzmények, feladatok

Előzmények

Hazánkban eddig két átfogó, távlatos és szakmailag is megalapozott nemzeti drogstratégia készült. Az első (2000 – 2009 között) folyamatosan támpontul szolgált a drogpolitika irányításához, a drogszakma megszerveződéséhez, a megelőzési és terápiás szakmai munkához. Összességében hatékonynak bizonyult, mivel hazánkban sikerült elkerülni a drogjelenség robbanásszerű kiterjedését, továbbá kialakult az a társadalmi és szakmai hálózat, amely hozzájárulhat a probléma még eredményesebb megelőzéséhez és kezeléséhez.

A második stratégiát a Magyar Köztársaság Országgyűlése 2009-ben fogadta el. Mivel egy nemzeti drogstratégiát nem csupán a szorosabb értelemben vett szakmai, szakpolitikai szempontok alakítanak ki, hanem az a társadalmi, társadalompolitikai összefüggésrendszer is, amelyben az megfogalmazódik, a kormányzat úgy döntött, hogy célszerű megalkotni egy új drogstratégiát, melyben tükröződnek azok a változások, amelyek időközben a társadalmi és a drogszakmai színtéren hazánkban és a nagyvilágban egyaránt bekövetkeztek.

Napjainkban egyre nyilvánvalóbban mutatkoznak meg a jóléti piacgazdaság, a posztmodern élménytársadalmak különböző ellentmondásai, visszasságai. E berendezkedés, illetve az abban elterjedt életmodellek hosszabb távon fenntarthatatlannak tűnnek, amely körülmény az ember – tárgyi - természeti környezet, illetve a személy – közösség – társadalom viszonyrendszerek újragondolását, átértékelését teszi szükségessé. A fogyasztói kultúra és értékszemplélet széles társadalmi csoportokra ró aránytalanul nagynak tűnő terheket, és sok szempontból nem egyszerűen leképezi, de szinte ösztönzi is a függőségi magatartásmódok megjelenését.

Új társadalomirányítási modell van kialakulóban, amely a nemzeti, társadalmi célok és értéktételezések megfogalmazására, az államigazgatás gyakorlatára, az intézményrendszerek

Tervezet!

működésére egyaránt kiterjed, és e – drogpolitika szempontjából is releváns – színterekre mélyreható, bár egyelőre pontosan nem megjósolható hatást gyakorol.

A nemzetközi drogpolitikai, drogszakmai elméletben és gyakorlatban is fontos hangsúlyeltolódások észlelhetők. A megelőzés területén az egészséges környezet kialakítása, a kezelés során pedig a felépülés, az ahhoz szükséges erőforrások támogatása kerül az erőfeszítések gyújtópontjába.

A stratégia feladatai

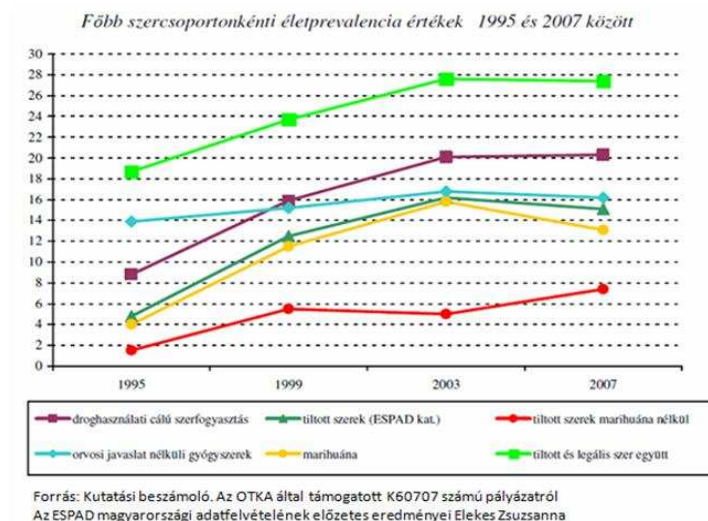
- Tükrözze azokat az új társadalmi folyamatokat és változásokat, amelyek a drogjelenséget és annak alakulását alapvetően meghatározzák.
- Közvetítsen olyan szemléletmódot, amely a társadalom közösségeit és személyeit, illetve a döntéshozókat segíti a drogjelenség összefüggéseinek megértésében, a kívánatos és célszerű cselekvés alapelveivel való azonosulásban.
- Nyújtson olyan irányadó koncepciót, értelmezési keretet, amely alapján egyes ágazatok, intézményrendszerek és intézmények, valamint helyi kezdeményezések, szervezetek konkrét, a drogp problémák súlyát enyhítő programokat, akcióterveket fogalmazhatnak meg.
- Segítse elő a társadalom különböző közösségei, a drogszakma hivatásos és nem hivatásos szereplői, illetve a döntéshozók közötti együttműködést.
- Legalább két parlamenti cikluson át határozza meg a hazai drogpolitikát, ugyanakkor legyen két évente értékelhető, és szükség esetén megújítható.
- Feleljen meg a nemzetközi jogi előírásoknak, továbbá drogpolitikai és drogszakmai alapelveknek és követelményeknek, - különös tekintettel az Európai Unió vonatkozó dokumentumaira.

III. Helyzetkép, helyzetértékelés

Helyzetkép

1. Szerhasználat

Tervezet!



A droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia¹ értéke együtt változik a marihuána fogyasztásával. 1995 és 1999 között mindhárom szer típus fogyasztása jelentősen nőtt a 10. évfolyam tanulói körében. 2007-ben mérséklődött a kábítószeres és a nyugtató-altató hatású gyógyszerek visszaélés szerű fogyasztása, ami a marihuána használók számának csökkenése miatt következett be. A marihuána nélküli tiltott szerek fogyasztásának előfordulása az 1995 és 1999 között bekövetkezett jelentős növekedés után 2007-ig változatlan volt. A gyógyszerek visszaélés szerű fogyasztása szintén 2003-ban érte el a csúcspontját, majd az átmeneti csökkenés után a 2007 évi adatok ismét enyhébb növekedést mutatnak. Az összes egyéb drogfogyasztás 2003-ban érte el a legnagyobb elterjedtséget, majd 2007-ig folyamatosan csökkent.

¹ Életében legalább egyszer már előfordult az adott magatartás.

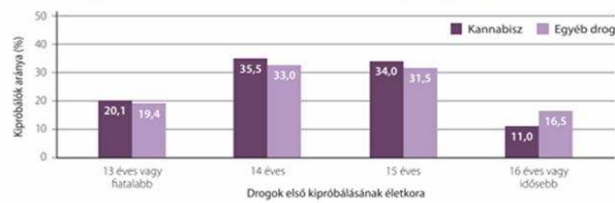
Tervezet!

A leggyakoribb életprevalenciájú illegális szerek nem és évfolyam szerint

Szerfajták	9. évfolyam				11. évfolyam			
	Fiúk		Lányok		Fiúk		Lányok	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kannabisz	247	22,2	156	14,7	372	32,5	281	24,6
Visszaélészerű gyógyszerhasználat	106	9,3	112	10,5	162	14,1	164	14,3
Speed	117	10,2	38	3,6	161	13,9	77	6,7
Ecstasy	69	6,0	30	2,8	84	7,3	37	3,2

Forrás: HBSC 2010. évi kutatás

A kannabisz és más drogok kipróbálásának életkora a drogot már kipróbált 9. évfolyamosok körében (N kannabisz = 269, N egyéb drog = 158)



Forrás: HBSC 2010. évi kutatás

A különböző szerfogyasztói magatartások életprevalencia-értékei a 9. és 11. évfolyamos tanuló körében (N = 4552)

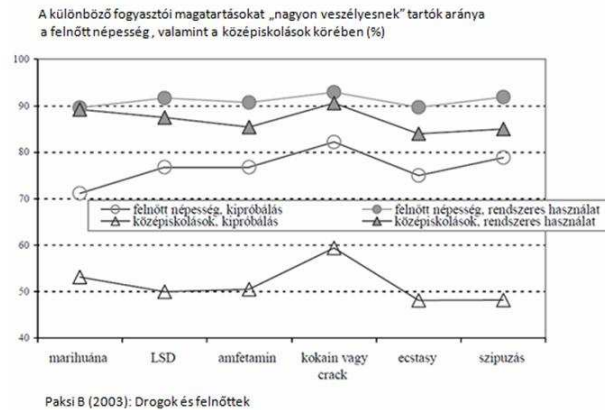
Fogyasztói magatartás	Életprevalencia-érték (%)	Fogyasztó tanuló száma (N)	Összes tanuló (N)
Együttes tiltott és legális drogfogyasztás ^[10]	30,7	1379	4488
Kannabisz-fogyasztás	23,7	1057	4457
Visszaélészerű gyógyszerhasználat	12,1	544	4496
Amfetaminok – speed	8,7	392	4511
Mágikus gomba, növényi drogok	5,6	255	4512
Ecstasy, MDMA	4,9	220	4517
Inhalánsok (ragasztó, oldószer)	3,8	171	4513
Egyéb drog	3,2	145	4470

Forrás: HBSC 2010. évi kutatás

Tervezet!

A 2006 - és a 2010. között a marihuána és az amfetamin használat újra nőtt. Ezzel párhuzamosan a nagyivás, és a lerészegedés gyakorisága is nőtt. A 35 évnél idősebbek körében jelentősen csekélyebb a szerhasználat. Nemzetközi összehasonlításban Magyarország a kábítószer használat terén az alacsony előfordulású országok közé tartozik.

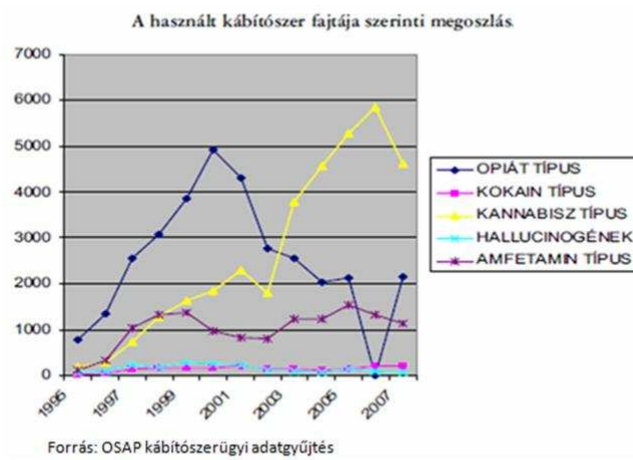
2. A szerhasználat megítélése



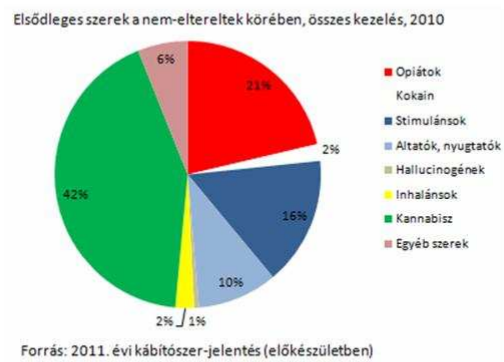
A felnőttek kábítószer használat iránti viszonyulása rendkívül elutasító, azt a korlátozó büntetőpolitika támogatása ellenére a népesség nagyobb része nem bűnözésnek, hanem betegségnek tartja. A felnőttek lényegében nem tudnak különbséget tenni az egyes szerek, illetve a kipróbálás és a rendszeres használat veszélyessége között. Az alkoholfogyasztás és a dohányzás iránt jóval elfogadóbbak. A kábítószer használat erős elutasítása kétélű, kifejezhet védekezést, de - a megbélyegzés miatt - az érintettek kezelésre jelentkezését is nehezítheti. A 16 éves diákok egyértelműen megkülönböztetik a kipróbálást, az alkalmi, illetve a rendszeres fogyasztást. A veszélyességi rangsor élén a marihuána, az ecstasy és az amfetamin áll. Leginkább a marihuánát tartják veszélyesnek. A rangsor második szercsoportját legális szerek alkotják: napi egy vagy több doboz cigaretta elszívása, rendszeres nyugtató fogyasztás, és a majdnem minden nap elfogyasztott nagyobb mennyiségű alkohol. Az Európai Unióban - a fiatalok esetében - a kábítószereket veszélyesnek tartó attitűdök és a kábítószerek fogyasztása között nem fedezhető fel egyértelmű kapcsolat. Viszont az Egyesült Államokban a marihuánát veszélyesnek tartók arányának növekedése mintegy előre jelezte a fogyasztás csökkenését.

Tervezet!

3. Ellátásba kerülők szerhasználata



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



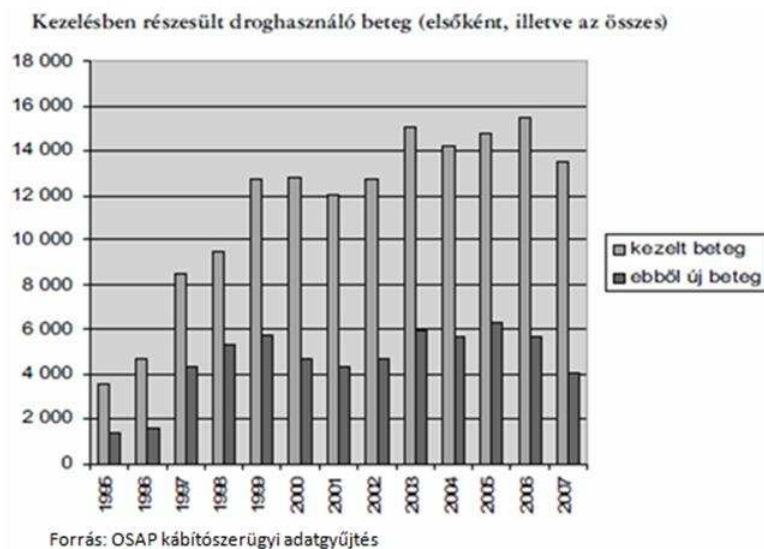
Tervezet!

Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő elterelt körében 2010-ben (%) (N=3310)



A kezelésbe kerülők többsége az „elterelés” (büntetés helyett kezelés) választása miatt kerül a rendszerbe, nagy többségük (2010-ben 71%) marihuána-használat miatt. 2003 óta marihuána fogyasztás miatt egyre többen, heroin fogyasztás miatt egyre kevesebben jelentkeznek kezelésre. Nő az amfetamin használók száma, 2010-ben (a szer elterjedésének évében) máris megjelentek a mefedron fogyasztók. Budapesten mintegy háromszor annyian kerülnek ellátásba, mint vidéken. A marihuána használók magas aránya az elterelés következménye, ők valójában nem egészségügyi ellátásban, hanem megelőző felvilágosító szolgáltatásban részesülnek. A ténylegesen kezelték között 2010-ben a marihuána (9%) és az opiát használók (11 %) aránya közel azonos volt, a stimulánsokat fogyasztóké erősen nőtt (11%-ról 16%-ra), az altató és nyugtatószerek miatt kezelték száma kissé csökkent (3%). Az amfetamin használók gyakran (túladagolás miatt) toxikológiai osztályokon, vagy tűcsere programban jelennek meg.

4. Kezelési adatok



A '90-es években nőtt a kezelésbe újonnan kerülők száma, majd némi hullámzást követően 2005-től csökkent, 2006-2007. között, majd 2009-ben pedig jelentősebben visszaesett. E tendencia 2010-ben az új és a teljes esetszámra vonatkozóan egyaránt megfordulni látszik. A visszaesés a finanszírozás csökkenésével függhet össze.

A heroin függők helyettesítő programjaiban 2010-ben 1031 fő vett részt, 30%-uk megvonási, 70 %-uk fenntartási céllal. Az általában hosszú idejű, terápiás közösségi alapon működő drogterápiás intézeteket 2008-ban mintegy 700 kliens vette igénybe. Míg az egészségügyben szűkült, a szociális területen szélesedett az ellátások köre. (Szenvedélybetegek alacsony küszöbű, közösségi és nappali ellátása.)

5. Rejtőzködő csoportok

Elsősorban az injekciós, és a többnyire már függő amfetamin használók rejtőzködnek. A rejtett heroin használók száma 2000, az amfetamin használóké 25000, az összes injekciós szerhasználóé 2-5000 főre becsülhető. Többségük legfeljebb ártalomcsökkentő, például tűcsere programban jelenik meg. Egy jól körülírható csoportjuk a főváros egyes kerületeiben, zárványszerű elszigeteltségben él, igen rossz társadalmi-gazdasági körülmények között.

A heroin használat csökkenő, az amfetaminé növekvő tendenciát mutat. A 25 évnél fiatalabbak (és a nők) inkább amfetamint, az idősebbek, különösen a 34 évnél is idősebbek,

Tervezet!

inkább heroint használnak. 2010-ben megjelent a mefedron injekciós használata, amely jelenség az Európai Unióban ritka. Az injekciós szerhasználók között a C típusú májgyulladás gyakorisága 25%, egyes budapesti kerületek zárt közösségeiben az arány a 60-70%-ot is elérheti. A HIV/AIDS előfordulás 1% alatt marad.

6. Kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek

A 2005-2009 közötti emelkedéstől eltekintve az esetszám 1996 óta fokozatosan csökken. 2009-ben 31, 2010-ben 17 haláleset adódott. A csökkenés oka bizonyára a heroin használat visszaszorulása.

7. A kábítószer használat költségei

Kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások

Év	2000	2003	2005	2007
Millió Ft.	5.300	8.100	11.100	9.800

Az összes kiadás kétharmadát – háromnegyedét a büntető igazságszolgáltatás használta fel.

8. Megelőzési programok

2004 és 2009 között csökkent azon iskolák aránya, melyek egészségfejlesztési, megelőzési feladatok ellátására rendelkeztek valamilyen saját kapacitással. Jelentősen visszaszorult az iskolai drogügyi koordinátor szerepe. Viszont 30%-ról 80%-ra nőtt az olyan iskolák aránya, ahol minden évben folyt valamilyen megelőző tevékenység, bár általában a program akkreditációja és értékelése nélkül. Míg korábban a tematikát a legális, illegális szerhasználat témaköre uralta, ma már ezekkel azonos súllyal jelennek meg a lelki egészség és az egészséges táplálkozás kérdései.

Helyzetértékelés

A kábítószer probléma az egész társadalom ügye, a fiatalok mégis többszörösen érintettek benne, hiszen a pszichoaktív szerek – így a kábítószeresek – kipróbálása, alkalmi, illetve rendszeres használata erre az életkorra jellemző. A stratégiának, illetve a különböző programoknak tehát elsősorban a fiatalokra kell irányulniuk, hogy csökkenjen az „új belépők” száma, és a társadalmi károk, költségek mértéke. A kábítószer használat, drogos karrierrel kapcsolatosan számos védő és kockázati tényező ismeretes. A védő tényezők erősítése építi az egészséget, a kockázati tényezők lehetőség szerinti kiküszöbölése pedig még a kedvezőtlen helyzetű, sebezhető társadalmi csoportokban is csökkentheti a szerhasználat kialakulásának esélyét.

A védő tényezők közül fiatal korban kiemelkedő jelentőségű a társas kohézió, a társas támogatások, illetve kapcsolatok minősége, - a család, a helyi közösség, az iskola, 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 szerepe, és a droghasználat kockázata is nagyobb. Az iskolában magukat rosszul érző, gyenge előmenetelű, sokat hiányzó, végül kimaradó, vagy eltanácsolt diákok körében magasabb a pszichoaktív anyagok használók száma, illetve a kipróbálás is fiatalabb korban következik be. Még a rendkívül rossz családi helyzetben, megterhelő iskolai környezetben élők is lehetnek, maradhatnak egészségesek. Azt az erőforrást, védő tényezőt, amely az ilyen fiatalokat ellenállóvá teszi, rezilienciának nevezik, ami bizonyos rugalmasságot, megbirkózási képességet jelent, mely képesség egyébiránt tanulható, fejleszhető.

Az esetleges későbbi szerhasználatot előre jelző körülmények sorában – a közismert családi zavarjeleken kívül – fontos utalni a diákok iskolájukkal szembeni elégedetlenségére, amely viszonyulás a 7. és a 9. évfolyam között ugrásszerűen felerősödik. Szintén erre az időszakra jellemző a dohányzás, a nagyívás és a lerészegedés előfordulási gyakoriságának kiugrása egyes csoportokban. A kábítószer fogyasztás hirtelen növekedése a 9 - 11. évfolyamokban figyelhető meg. Későbbi anyaságuk összefüggésében különösen fontos adat, hogy a 15. évesnél idősebb lányok a kockázati magatartások tekintetében fokozottan sérülékenynek tűnnek. Az iskolai légkör jelentőségét jelzi, hogy a büntetést elsődleges pedagógiai eszközként alkalmazó iskolákban a diákok kudarc élménye kifejezettebb, szerhasználatuk is súlyosabb mértékű.

Figyelemre méltó, hogy viszonylag jelentős azok aránya, akik a dohányzást és az alkoholfogyasztást 11-ik, kábítószer fogyasztást pedig a 13. életévük előtt próbálják ki. Az első szerhasználat életkora tendenciaszerűen a fiatalabb életévek felé tolódik el.

IV. Társadalmi környezet

A vonatkozó tudományos közlemények évtizedek óta kedvezőtlen népesedési folyamatokat, a családok és más természetes közösségek társadalmi szerepének gyengülését, fogyatkozó társadalmi tőkét, bizalom- és önbizalomhiányt, csökkenő szolidaritást és lazuló társadalmi kohéziót jeleznek. Mindezek héttérében a magyar társadalom lelki – szellemi - erkölcsi talapzatának meggyengülése sejlik fel. A kábítószer probléma visszaszorítását célzó szakpolitikai elképzelések tehát egy elhúzódó válságban lévő, létfeltételeiben sok szempontból kiszolgáltatott és bizonytalan helyzetű, romló egészségi állapotú, pozitív jövőképpel alig rendelkező társadalom számára fogalmazódnak meg.

A kedvezőtlen folyamatok egyike a fogyasztói társadalmakban mind gyakoribbá váló függőségi problémák egyre változatosabb formáinak elterjedése. Az ismert: alkohol,

kábítószer, nikotin, és kevésbé ismert: például gyógyszer, kémiai függőségi típusok mellett az elmúlt évtizedben megjelentek a különféle viselkedési függőségek is. (Például játékszenvedély, kényszeres vásárlás, testedzés-, szex-, pornó-, televízió és internet függőség stb.) A legális és illegális szerhasználat, a függőségi viselkedésminták terjedése a fogyasztói társadalom életforma- és értékválságaként, illetve a benne élők személyes spirituális és önazonossági válságaként is értelmezhető. A „függőség kultúrájában” a magatartási minták nemzedékeken átívelő hatása miatt a szenvedély problémák népbetegség méreteit öltötték. A legális és illegális szerhasználat nem alapvető emberi szükséglet, nem is a személyes szabadság kiteljesítésének eszköze, hanem ön- és közösségkárosító magatartásforma, amely nem élvezhet társadalmi elfogadottságot, támogatást. A drogprobléma a közösségek, a családok, az iskolarendszer, a munkahelyek, a tömegtájékoztatás és a szabadidő eltöltés legkülönbözőbb színterein megjelenik, ezért megoldása átfogó társadalompolitikai intézkedéseket igényel.

Család

A magyar családok tekintélyes része jól ismeri a függőség problémáját, mivel kénytelen azzal együtt élni. Rendkívül magas például az alkoholfüggők száma, mely tény a családon belüli társfüggőség, az alkoholista családi játszma kialakulásának valószínűségét is megnöveli. Azon gyermekek, akiknek a családjában szenvedélybeteg él, vagy akik töredékes családban nőnek fel (minden második házasság válással végződik) a droghasználat szempontjából is fokozottan veszélyeztetettek. Ugyanis a valamilyen okból sérült családok csak részben, vagy egyáltalán nem képesek közvetíteni azokat a hagyományos értékeket, magatartásmintákat, életformákat, megküzdési stratégiákat, amelyek a felnövekvő nemzedék tagjait segíthetnék az élet kihívásainak való megfelelésben.

Iskola

Az élethelyzetek szélsőséges különbségeiből adódó társadalmi feszültségek, a családi környezetből hozott frusztrációk, társadalmi beilleszkedési nehézségek rendre az iskolában csapódnak le; kortárs csoporton belüli, szülők és iskola, illetve tanár és diák közötti konfliktusok formájában. A megoldatlan és alig kezelhető társadalmi problémákkal (többgenerációs munkanélküliség, mélyszegénység, deviancia, agresszió, kulturális szakadékok és előítéletek) magukra hagyott közoktatási intézmények nem képesek és nem is lehetnek képesek vonzóvá tenni azokat a magatartásmintákat és értékelveket, amelyek az egészséges személyiségfejlődéshez, a tudás, illetve a munka világában való helytálláshoz nélkülözhetetlenek. Az iskola így a kábítószer használattal szemben sem tud hatékony védelmet nyújtani, sőt, az iskolai kudarcok, a motiváció-hiány, valamint a deviáns minták

Tervezet!

növekvő befolyása a kortárs csoportokban számos esetben újabb jelentős kockázati tényezőként jelenik meg. Mindez szerepet játszik abban, hogy a tudatmódosító szerekkel való első találkozás időpontja egyre korábbra tolódik. A jellemzően középiskolás korban megjelenő kábítószer használat később gyakran elmélyül a felsőoktatási rendszerbe való beilleszkedés, illetve a szülői háztól való elszakadás időszakában.

Kortárs csoportok

A kortárs csoportok – a csoportnyomás révén - gyakran a tudatmódosító szerek kipróbálását ösztönzik, ennek elutasítását gyávaságnak bélyegezik. Aligha alábecsülhető a kortárs vonatkoztatási csoportok szerepe a szerhasználati minta – vagy éppen a szerhasználat elutasítása! – kialakulásában. A fiatalok számára döntő fontosságú lehet tehát a társaságban átélt megerősítés, elfogadás, vagy visszautasítás élménye.

Média

A fogyasztói társadalmakban az infokommunikációs technológia (IKT) eszközei kulcsszerepet töltenek be a közbeszéd témáinak és azok értelmezésének alakításában. Így alapvetően befolyásolják a beállítódásokat, véleményeket, ítéleteket, az értékvilágot és az életmódot. A médiából érkező üzenetek mind gyakrabban és sikeresebben írják felül a család, az iskola és a különböző természetes közösségek által közvetíteni és képviselni kívánt értékeket és mintákat. A drogkérdés tömegkommunikációban való megjelenítését gyakran jellemzi szenzációk keresése, csekély tényszerűség és részvétlenség. Az internet túlzott, akár a függőségig is súlyosbodó használata növeli a fiatalok nehézségeit az élő, közvetlen kommunikációban, rontja konfliktustűrő képességüket, hozzászoktatja őket az azonnal és akadálytalanul hozzáférhető ingerekhez, élményekhez. Ráadásul az Internet, mint egyre fontosabb információforrás, nemcsak hogy a drogokkal kapcsolatos közbeszéd legfontosabb színterévé, hanem az illegális szerek népszerűsítésének és kereskedelmének terepévé is vált.

*

A fentebb csupán jelzésszerűen hivatkozott jelenségek és folyamatok a magyar társadalom egészének értékvilágát, életvezetését is jelentősen befolyásolják. A fogyasztói társadalmakra jellemző „élvezd az előnyöket most, és fizess később” életszemlélet erősen meggyökerezett, és a hétköznapi megannyi élethelyzetét is meghatározza. A különböző legális és illegális hangulat- és közérzetjavító szerek (és reklámozásuk!) a személyes teljesítményt, kitartást igénylő öröme helyett „azonnali” kielégüléssel, közérzetjavulással, feszültségcsökkenéssel kecsegtet. Ez is hozzájárulhat ahhoz, hogy folyamatosan romlik – elsősorban a fiatalok – megküzdési és feszültségtűrő képessége. A családi védőburok mind gyakoribb sérülése, a

megtartó érték közösségek visszaszorulása, a társadalmi anómia² növekedése nyomán az ifjúság körében mind gyakoribb a szorongás, a döntésképtelenség, az élet és a saját lét értelmetlenségének átélése, az önértékelés elégtelensége, az unalom. A társas helyzetek, a közösségi együttlét sokak számára feszültségkeltő, ami ugyancsak elvezethet a szerhasználathoz. Ez a fogyasztói társadalom és kultúra tükrében akár e társadalmi paradigma nem kívánt értékrendi, életmódi leképeződéseként is értelmezhető.

Mindezek nyomán, a rendszerváltozás kezdete óta felnövekvő nemzedékek életében egyre inkább megtapasztalttá, és szinte természetessé vált az illegális kábítószeres társadalmi jelenléte. El kellett fogadni a tényt, hogy hazánkban is van kábítószerpiac, kábítószeres bűnözés, a téma megjelenik a médiában, felbukkan az iskolákban, a szórakozóhelyeken, és számos más szinten. Lassan, de folyamatosan nő a kipróbálók és az alkalmi használók köre, és jobbra rejtőzködve, de érzékelhetően megjelentek a kábítószerfüggők is, akikkel jellemzően az egészségügyi és szociális ellátórendszer foglalkozik.

V. Alapértékek, célkitűzések

Alapértékek

A stratégia elismeri, és tiszteletben tartja az emberi méltósághoz, élethez és egészséghez, azon belül a drogmentes élethez fűződő jogokat, melyeket mindenkinek mindenki mással, és a körülvevő közösséggel kapcsolatban is el kell ismernie, tiszteletben kell tartania.

E jogok

- nem csak a méltóságukat és egészségüket helyreállítani, hanem azt megóvni, kibontakoztatni szándékozókat is megilletik,
- a személyekre, közösségekre, intézményekre és nem utolsósorban az állami szervekre egyaránt kötelezettségeket rónak, hiszen csak hatékony együttműködés révén alakulhat ki az a társas környezet, közösségi feltételrendszer, amely elengedhetetlenül szükséges az emberi méltóság megéléséhez, az egészséges élet kialakulásához.

A stratégia sokoldalúan és hangsúlyosan kezeli a személyes, családi, közösségi és társadalmi felelősség kérdését. Mindenki felelős önmaga és azon közösségek iránt, amelyekhez kapcsolódik, másfelől a közösség a hozzá tartozó személyekért is felelős. A társas, intézményes környezet valamennyi szereplője felelős azért, hogy a kábítószer használat el se kezdődjön, vagy ha igen, abból ne alakuljon ki problémás használat, függőség. A körülvevő közösség és az egyes intézmények egyetemleges felelőssége, hogy a rászorulókat, családokat és

² A társadalmak életét jelentősen meghatározó szabályok, normák meggyengülése, vagy hiánya.

Tervezet!

közösségeik segítségben részesüljenek. E segítségnek illeszkednie kell az adott lehetőségekhez és motivációkhoz, amelyek szakmai eszközökkel, továbbá az önsegítés és kölcsönös segítség révén javíthatók.

A felelősségvállalás követelménye magukra az érintettekre is vonatkozik, hiszen a szerhasználat az adott személyen kívül környezetét is megterheli, károsítja. Miként a környezet felelős a megfelelő életfeltételek biztosításáért, úgy a személy is felelős a saját életét befolyásoló döntéseivel kapcsolatban. E látszólagos ellentmondás feloldását elősegíti, ha a közösség kiegyensúlyozottan viszonyul a drogproblémák, illetve a kábítószer használók iránt. Egyfelől egyértelműen elutasítja a drogfogyasztást, mely viszonyulás önmagában érték, védő tényező. Másfelől pedig előítéletek nélkül, segítően viszonyul azokhoz, akik legalább is átmenetileg nem képesek szermentesen élni. Ezzel is elősegítve, hogy az érintettek igényeljék a segítséget, és éljenek is annak lehetőségeivel.

A felelősségvállalás képessége egyéni, közösségi és intézményi szinteken egyaránt fejleszhető. Az erre irányuló törekvések hatékonyságát növelheti, ha a megelőző és kezelő programok tervezésébe és fejlesztésébe felépült szerhasználók is bekapcsolódnak. Az esélyerősítés, felelősséggel való felruházás e felfogása segíti a helyi közösségeket a kábítószer problémák megelőzésében és kezelésében, erősíti biztonságérzetüket, segítőkészségüket.

A különböző jogok érvényesülése, a felelősség érvényesítése, és általában a hatékony megbirkózás fontos feltétele a problémakezelés különböző szintjein élő és tevékenykedő szereplők közötti együttműködése. E téren a stratégia elsősorban olyan programok megalkotását szorgalmazza, amelyek erősítik, fejlesztik a családokon (szülők – gyermekek - különböző generációk), a kortárs csoportokon, és az iskolán (pedagógusok - diákok) belüli, a területen működő intézmények, valamint a különböző laikus közösségek és intézmények közötti együttműködést.

A stratégia tudományos bizonyítékokon alapul, tükrözi a vonatkozó tudományos ismereteket és szakmai tapasztalatokat, összhangban áll a nemzetközi szervezetek és az Európai Unió ajánásaival. Javasolt, hogy a különböző szakmai testületek és közösségek egyes programjaikat mindezek figyelembevételével alakítsák. Indokolt a hazai és nemzetközi szinten korábban „jó gyakorlat”-nak bizonyult kezdeményezések folytatása, illetve meghonosítása. Ugyanakkor olyan „laikus”, közösségi, civil kezdeményezések is méltók elismerésre és támogatásra, amelyek – bár nem feltétlenül nyugszanak tudományos alapokon – nyitottak a szakmai szempontú visszajelzésekre.

A stratégia előterében az egészséges élet feltételeinek kialakítása, az egészségi állapot fenntartásához és lehetőség szerinti legteljesebb helyreállításához szükséges teendők

szorgalmazása áll. A megelőzésben a szerhasználatot elutasítók megerősítését, a kezelés területén a felépülés támogatását állítja középpontba. Elismeri a bejáratott és bevált szakmai programokat, ugyanakkor szorgalmazza a nem intézményes („extramurális”) módszerek alkalmazását, a civil kezdeményezések, egyházi közösségek, önszorgító csoportok tevékenységét, a felépülő függők tapasztalati szakértelmének hasznosulását.

A drogstratégia közösségi irányultságú. Az Európai Unió ajánlásaival összhangban ösztönzi, hogy a kábítószer problémák megelőzése és kezelése elsősorban azokon a társas kapcsolati és közösségi szinteken történjen, amelyeken azok keletkeznek. A közösségi megközelítés nyomán várhatóan mérséklődik, és idővel meg is szűnik a drogproblémák értelmezésének és kezelésének medikálizáló, pszichiátrizáló jellege. Kívánatos, hogy egyre inkább előtérbe kerüljenek a családokra és más helyi közösségekre irányuló, illetve azok részvételével zajló programok, az úgynevezett „lakosság közeli” szolgálatok és ellátások. A helyi közösségek kábítószer használatot elutasító értékvilága és normarendszere alapvetően kihat a szerhasználat kialakulásának esélyeire. Kívánatosak olyan közösségi kezdeményezések, amelyek eme értékekre és normákra épülnek, ezeket állítják előtérbe. A közösségi irányultság – a terápiás közösségek, önszorgító és utógondozó programok révén - a már kialakult függőség kezelésében, a felépülés támogatásában is meghatározó jelentőségű. A bűnüldözés „resztoratív”³ szemléletének érvényesítése is ezt tükrözi, melynek nyomán a kárt szenvedett közösség valamilyen jóvátételben részesül. Ennek megvalósulása az elkövető számára is énerősítő hatású lehet.

Újszerűség

Értékszemplélettől, nézőponttól, szakmai ismeretszinttől függően a drogjelenség számos felfogása ismeretes, amelyek alapján különböző, egymástól eltérő stratégiák és drogpolitikák is megalkothatók. E stratégia kiindulópontja, hogy a kábítószer használat bármely formája kockázatot és teherterelt jelent az adott személyre, annak közösségeire, azokon keresztül pedig a társadalom egészének egészségére, fejlődésére nézve.

A droghasználat nem egyszerűen személyes szükséglet kielégítés, hanem a társas együttlét, a személyközi kapcsolatok megélésének, a bennük való részvételnek bizonyos formája. A probléma hatékony kezelése tehát a társas kapcsolatok minőségére, a kulturális környezet állapotára is kell, hogy irányuljon. Amilyen mértékben képesek a különböző közösségek és intézmények támogatni a személyeket abban, hogy kialakíthassák valóban alkalmas életmódjukat és életstílusukat, gazdagíthassák társas kapcsolataikat, olymértékben válik a

³ A károk jóvátételére, helyreállítására irányuló törekvés.

Tervezet!

droghasználat mellékes jelenséggé. Az egyén és környezet droghasználat kialakulásában betöltött szerepe alapján, továbbá mert annak következményei az érintettet és környezetét egyaránt megterhelik, a droghasználat erkölcsi alapon is megítélhető és elutasítható.

Jelen stratégia gyújtópontjában a tiszta tudat és a józanság alapértékei, a személyes és közösségi boldogulás szerhasználat nélküli életmodellje, az egészséget alapértékként közvetítő szemléletmód áll. Elsősorban olyan programokhoz nyújt ösztönzést, amelyek a kockázatok és károk helyett a személyes fejlődésre, a megerősítésre, az (egészség) tanulásra, az ismeretek és képességek elsajátításának lehetőségeire épülnek.

A kábítószer jelenség szorosan összefügg más kémiai és viselkedési függőségi problémákkal, továbbá és elsősorban pedig a nemzet általános lelki egészségi állapotával, - különös tekintettel az önismeret, az önazonosság, az értékszemplélet, a kapcsolati kultúra, a problémamegoldó képesség személyes és közösségi szintű jellemzőire. A kábítószer problémák nem mérsékelhetőek kapcsolódó más nemzeti stratégiák és programok, például alkohol-, viselkedési függőségi-, illetve mentálhigiénés stratégia és program nélkül. Csak mindezek együttes, összehangolt megvalósításától várható e problémahalmaz (azon belül a kábítószer probléma) érzékelhető enyhülése.

A stratégia szemléletmódja és alapértékei – közvetlenül, vagy közvetetten - különböző csoportoknak szóló üzeneteket is magukba foglalnak.

- A polgároknak és a helyi közösségeknek azt, hogy mindenki felelős a vele együtt, illetve a környezetében élő másik személy sorsának alakulásáért.
- A droghasználatot elutasítóknak megerősítést abban, hogy – legalább is e vonatkozásban – jó úton járnak, „tudnak” valamit, amelyet érdemes másoknak is továbbadni.
- A drogokat kipróbálóknak egyértelmű jelzést, hogy a szerhasználattal kockázatot vállalnak, árthatnak maguknak és környezetüknek is.
- A függőknek a reményt, hogy felépülésük lehetséges, vannak programok és kezdeményezések, józan közösségek, amelyek segítségével életük alakulását alapvetően megváltoztathatják.
- A segítő hivatások művelőinek, a szakmai közösségeknek szóló üzenet lényege, hogy szakemberekként fontos szerepük van a drogstratégia megvalósításában, amelynek hatékony betöltése képzési és továbbképzési lehetőségek biztosítását, az intézményhálózat fejlesztését igényli.

Tervezet!

A stratégia - tiszteletben tartva más országok szuverenitását - Kárpát-medencei hatókörű, a határon túl élő magyarságra is vonatkozik, különös tekintettel a szakemberek ki- és továbbképzésére, valamint a különböző megelőző és felépülést támogató programokhoz való hozzáférésre.

A stratégia a szubszidiaritás elvét képviseli. A drogprobléma különböző megnyilvánulási formái hatékonyan elsősorban azokban a közegekben befolyásolhatók, amelyekben azok keletkeznek. Elsősorban a helyi szintű kezdeményezések ösztönzése szükséges, hogy kialakuljon az a társadalmi – szakmai hálózat, amely a különböző településeken élők számára lehetővé teszi a különböző szolgálatokhoz való egyenlő hozzáférést.

A stratégia megalkotása a legteljesebb nyilvánosság mellett zajlott. A szakmai közvéleménynek első pillanattól lehetősége nyílt a koncepciót, az alapelveket, a szerkezetet, vagy más összetevőket érintő javaslatok megtételére. E munkamódszerben önmagában leképeződtek az együttműködés, a közösségi irányultság, az önszerveződés és szubszidiaritás alapértékei.

Mivel a stratégia a nemzeti közösség egészéhez szól, értékvilága egyértelmű, szerkezete átlátható, megfogalmazása pedig közérthető. Hiszen sugallt jövőképeinek megvalósulása annál valószínűbb, minél többen megértik, és azonosulnak vele.

Célkitűzések

- Olyan társadalmi környezet kialakulásának elősegítése, amelynek érték szemléletében a saját és mások egészsége, az irántuk való elköteleződés - mint alapértékek - a jelenleginél hangsúlyosabban jelennek meg.
- A felnövekvő korosztályok egészségesebb életét szolgáló közösségi és szakmai kezdeményezések, illetve tevékenység ösztönzése és összehangolása.
- Mielőbb szülessen nemzeti stratégia és program a lelki egészség fejlesztéséről és előmozdításáról, az alkoholprobléma, továbbá más viselkedési függőségek megelőzéséről és kezeléséről. Történjék meg ezek drogstratégiával való összehangolása.
- Épüljön ki olyan, az önkormányzatoknak felelős, társadalmi szervezetként működő hálózat, amely a helyi közösségben kezdeményezi és összehangolja az egészségfejlesztő, drogmegelőző- és kezelő tevékenységet.
- Nyújtson ösztönzést a függőségi problémák új, korábban nem tapasztalt megnyilvánulási formáival való szembenézésre, a megoldáshoz szükséges közösségi és szakmai válaszok kimunkálására.

Tervezet!

- Lakóhelyétől, társadalmi helyzetétől függetlenül valamennyi érintett egyenlő, de legalább is hasonló eséllyel kapcsolódhasson a különböző fejlesztő, megelőző és kezelő programokhoz.
- Induljanak olyan programok és kezdeményezések, amelyek bátorítják és megerősítik a drogokat nem fogyasztó fiatalokat.
- Csökkenjen a kábítószereket kipróbáló, illetve alkalmasszerűen használó serdülők korosztályon belüli aránya.
- A kipróbálók és alkalmi használók csoportján belül növekedjék azok aránya, akik – lehetőleg hozzátartozójuk részvételével – kapcsolódnak valamilyen tanácsadó programhoz. Ennek érdekében szélesedjék az ilyen tanácsadást ellátni képes, illetve vállaló szakmai intézmények, társadalmi szervezetek és civil programok köre.
- A függők csoportján belül növekedjék a valamely felépülési programba jelentkezők, illetve azt elvégzők aránya.
- Épüljön ki és váljék teljessé a gyermek- és fiatalok addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer.
- Induljanak új típusú, könnyen hozzáférhető tanácsadó és segítő szolgálatok, programok, - különös tekintettel a szülői szerepre való felkészítésre, az azzal járó kihívásoknak való megfelelés támogatására, illetve a modern kommunikációs eszközök felhasználására.

VI. Egészségfejlesztés, megelőzés⁴

Egészségfejlesztés

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

„Az egészséget ... mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélt kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat,

⁴ E területeket (a kezeléssel együtt) a szakirodalom a keresletcsökkentés fogalma alatt tárgyalja.

Tervezet!

valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következtetésképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége, hanem az egészséges életmódon túl a jólétig terjed.” Az Ottawai Charta több mint két évtizede ismert, mérvadó és időszerű. Az egészség csak akkor válhat erőforrássá, ha a közösségi, társadalmi felelősségvállalás ténylegesen megvalósul. Középpontba kell állítani az egészséget, a testi, lelki, szociális jól-létet, mint ezen értékek gyakorlati megvalósulását. Egyrészt a személyes és közösségi erőforrások fejlesztésével, másrészt pedig az ahhoz szükséges infrastruktúra folyamatos biztosításával, főleg a következő szintereken: család, iskolarendszer (nevelési-oktatási intézmények), munkahelyek, média, a szabadidő – eltöltés szinterei, a gyermekvédelem intézményrendszere, a büntető-igazságszolgáltatás intézményei, illetve speciális szükségletű csoportok.

Feladatok

- Tárcaközi és ágazatok közötti együttműködés nyomán egészségfejlesztésre épülő folyamatok kezdeményezése és ösztönözése.
- Olyan programok fokozott támogatása, amelyek elősegítik a kapcsolati kultúra fejlődését, a kölcsönös bizalom erősödését, az önazonosság elmélyülését és a közösség iránti felelősségvállalást.
- Az egészségfejlesztés helyi koordináló szervezete a jelenlegi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok helyébe lépő Közösségi Erőforrások Fóruma legyen. A KEF-ek az elmúlt évtizedben a helyi közösség egyik fontos szervezetévé váltak. Feladatkörük szélesítése, működésük folyamatossága kellő legitimitációt biztosító jogszabályi környezet kialakítását, illetve országos szervezetben történő összekapcsolódásuk elősegítését igényli. Az önkormányzatnak felelős Közösségi Erőforrások Fóruma így alkalmassá válik helyi programok és akciók kezdeményezésére, tervezésére, értékelésére, a helyi közösség valós szükségleteire épülő, szakmailag is hitelesített egészségfejlesztési tevékenység összehangolására. A KEF-ek összekapcsolódásából létrejövő hálózat civil szervezetként a drogpolitika társadalmi ellenőrzésének is fontos szereplőjévé válhat.
- Az alap-, közép- és felsőfokú oktatási intézményekben induljanak életkorspecifikus, szakmailag hitelesített képzési programok, amelyek segítik a szülői szerepre való felkészülést, a családi élet iránti elköteleződést és felelősségvállalást, illetve felölelik a családalapításhoz szükséges alapismereteket. Kívánatos, hogy ilyen kezdeményezések iskolán kívül, a szabadidő eltöltés, a szórakozás különböző szinterein is

Tervezet!

megvalósuljanak. Főleg a fiatalok által látogatott helyszíneken, illetve az általuk szervezett alkalmakon.

- Az egyházi közösségeknek fontos, bizonyos szempontból pótolhatatlan szerepe van az egyházak tanításából következő, az élethez, egészséghez, felelősséghez, emberi méltósághoz kapcsolódó értékek átadásában. Az egészségfejlesztés (és a drogmegelőzés) szempontjából is kívánatos, hogy a hitoktatás, a pasztorális munka, az egyházi iskolákban zajló oktatás és nevelés, és a lelkészképzés gyakorlatában hangsúlyosabban jelenjen meg ez az irányultság, illetve feladatkör.
- Mivel a társadalmilag, kulturálisan hátrányos helyzetű szülők jelentős része a szokványos színtereken alig, vagy egyáltalán nem érhető el, bevonásuk érdekében speciális programokat kell indítani.
- A médiában is indokolt a családi tematika hangsúlyosabb megjelenése, különös tekintettel a hétköznapi, szokványos konfliktusok, kapcsolati problémák lehetséges hátterének és kezelési módjainak bemutatására.
- Az egészség, az egészséges életmód, mint érték és erőforrás váljon követhető és követendő mintává minél több polgár számára. Ennek érdekében:
 - egészséget támogató társadalompolitika, azt szolgáló jogszabályi környezet, folyamatos ágazatok közötti együttműködés szükséges.
 - Az egészséghez, az egészséges életmódhoz kapcsolódó viszonyulások, motivációk, képességek átfogó alakítása szerepeljen kiemelt értéként és feladatként az egészségügy, a közoktatás, valamint a tömegtájékoztatás feladatkörében. Ez források biztosítását, a fogalmak egységesítését, képzések és továbbképzések elindítását és fenntartását igényli.
 - Képzések, továbbképzések révén elősegítendő, hogy a mentálhigiénés szemlélet egyre inkább váljon az egészség-, és a szakmai, illetve általában véve a kapcsolati kultúra szerves összetevőjévé.

Megelőzés

A drogmegelőzés szűkebb értelmezését fel kell váltsa az a szemléletmód, amely az egészségfejlesztést, az átfogó testi – lelki – szellemi – társadalmi jól-létet állítja középpontba. Egyaránt nagy figyelmet fordítva a társas, közösségi feltételekre és hatásokra, illetve a személyre és annak környezetére. A vonatkozó szakmai dokumentumok a drogmegelőzés három formáját különítik el:

Tervezet!

- az általános (univerzális) megelőzést, amely lényegében az egészségfejlesztéssel azonosítható,
- a célzott (szelektív) megelőzést, amely elsősorban a droghasználat szempontjából fokozott kockázatot viselő csoportokra irányul, és
- a javallott (indikált) megelőzést, amely a súlyosan veszélyeztetett, illetve már droghasználó személyeket, csoportokat érinti.

Az egészségfejlesztés részeként, a valós szükségletekre épülő, körültekintően tervezett, folyamatos, kiértékelt és összehangolt drogmegelőzés is főleg a helyi közösségekben, illetve azok által valósítható meg. A megelőző programok eredményessége elsősorban a személyes ellenálló-, illetve megbirkózási és konfliktuskezelő képességre, az én-hatékonyságra, a személyes kompetenciákra és bizonyos ismeretek elsajátítására vonatkozó fejlődés, valamint a drogfogyasztás elutasítása tükrében ítélni lehet. A rendelkezésre álló számos vonatkozó ismeret és tapasztalat ellenére jelenleg megoldatlan a megelőző programok minőségbiztosítása.

Feladatok

1. Helyi közösségek színtere

- Ágazatok közötti együttműködésben - a felelősségi körök és a megvalósítás kulcsszereplőinek rögzítése mellett – ki kell alakítani a szakmai és pénzügyi értelemben hosszabb távon is működtethető megelőző szolgáltatások rendszerét. E rendszernek – különösen az iskolai színtéren - csak olyan program lehet része, amelyet egységes és nyilvános szakmai követelményrendszer alapján arra feljogosított szakértői testület hitelesített, azaz akkreditált.
- A KEF-ek más civil szervezetek, egyházi és más helyi közösségek, illetve intézmények bevonásával a drogmegelőzés területén is szervezzék és hangolják össze a stratégiai céljaiknak megfelelő megelőző munkát.
- Továbbképzések, szakmai konzultációk, az átjárhatóság, és a delegálás folyamatosságának biztosítása révén (különösen a célzott és javallott megelőzés területein) erősíteni kell a gyermekvédelmi, és egyes esetekben az egészségügyi ellátó intézményrendszer helyi stratégiához való kapcsolódását.
- A különböző megelőzési programokba célszerű bevonni a felépülő, felépült szenvedélybetegek öngyógyító csoportjait is, akik személyes példájukkal, tapasztalati szakértelmükkel kedvező és jelentős hatást fejthetnek ki a helyi közösségre.

Tervezet!

- A helyi közösségek, mintegy a helyzetfelmérésekre, és a jelentkező problémákra adott megfelelő szakmai válaszként, a veszélyeztetett, sérülékeny személyek és csoportok számára biztosítsák a szakmailag indokolt célzott megelőző beavatkozás lehetőségét.
- Fontos, hogy a függőnek nem minősülő, de a (problémás) droghasználat jeleit mutató személyek számára a javallott megelőzés rendelkezésre álló lehetőségeivel élve a helyi közösség biztosítsa a szakszerű beavatkozás, kezelés lehetőségét, egyúttal a család és a hozzátartozók támogatását.

2. Családi szintér

- A családok problémamegoldását segítő szolgálatok és szolgáltatások (család-konzultáció, családterápia, mediáció, nevelési tanácsadás) hatókörét ki kell terjeszteni, hogy azok minél több településen elérhetőek legyenek.
- A helyi egészségfejlesztési és drogmegelőző programok tervezésekor és megvalósításakor messzemenően figyelembe kell venni a családok kulturális és szociális helyzetét, illetve egyéb sajátosságait.
- Lehetővé kell tenni, hogy a szenvedélybeteg közösségi ellátási formái (például korai kezelésbe vétel, család- és párterápia) a célzott, illetve javallott megelőzésre szoruló családok számára is hozzáférhetővé váljanak. Ugyancsak e családok támogatását erősítendő, bővíteni kell a különböző segítő szolgálatok közötti konzultációs lehetőségeket. (Esetközpontú konzultáció a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok, a védőnői hálózat munkatársai számára, szükség esetén delegálás biztosítása.)

3. Iskolai szintér

„... az egészséges iskola elsősorban lelkileg egészséges, vagyis lelkileg egészségpromóciós rendszer, és ebben a pedagógus lelki és testi egészsége, modellnyújtása, konfliktuskezelő képessége, kommunikációs készsége központi jelentőségű, és ez csak az egészséges pedagógiai munkarendszerben valósul meg.”

- Az iskola az egészségfejlesztésben és a célzott megelőzésben egyaránt kiemelt szintér, ahol szükséges e tevékenységek folyamatos fejlesztése, a források biztosítása, nem utolsósorban pedig a minőségbiztosítási követelmények megfogalmazása és érvényesítése. A drogmegelőzést közvetlenül szolgáló intézkedések azonban csak akkor lehetnek hatékonyak, ha az iskolai szintéren végbemennek azok a régóta esedékes változások, amelyek elősegíthetik, hogy az intézmény alapvető szocializációs feladatait eredményesebben töltse be. Ennek legfőbb feltételei:

Tervezet!

- az egyre nehezebben kezelhető szociális és szocializációs konfliktusok megoldásában illetékes segítő szakmák jelenléte minden iskolában,
- az életkori adottságokat nem tükröző tananyag, a tanulók motiválására alkalmatlan pedagógiai módszerek korszerűsítése, hogy a tudás és a felnőtt társadalom értékeitől elidegenítő tanulmányi kudarcok sokaságát mérsékelni lehessen,
- a tanórán kívüli iskolai tevékenységek tartalmasabb, változatosabb megszervezése (művészet, irodalom, zene, sport, játék, szakköri tevékenység, természetjárás, iskolakert), ehhez a megfelelő személyi és finanszírozási feltételek biztosítása, tekintettel arra, hogy ezek a tanulók életvitelének és értékválasztásainak alakulására a közvetlen befolyásolás valamennyi eszközénél nagyobb hatással vannak.
- Az egyes iskolák egészségfejlesztési és drogmegelőzési stratégiája összhangban kell álljon a nemzeti drogstratégiával, továbbá az iskolarendszer és a helyi közösség (KEF által képviselt) vonatkozó stratégiáival. Ennek érdekében az egyes nevelőtestületek számára át kell adni az intézményi stratégia kimunkálásához szükséges legfontosabb elméleti és gyakorlati ismereteket.
- E szintér kulcsszereplője a nevelőtestület egésze, illetve a pedagógusok. Ugyanakkor az iskolai egészség stratégia megalkotásában és megvalósításában – a nem pedagógus végzettségű segítő szakemberek közreműködésén kívül - a szülők, és a diákok bevonása, kezdeményező együttműködése is messzemenően indokolt.
- Az iskolai programok esetleges és rövidtávú pénzügyi támogatása helyett olyan kiszámítható finanszírozási rendszert kell kialakítani, amely igazodik a tanulók létszámához, és hosszabb távú programokat is lehetővé tesz.
- A feladatkör egészségfejlesztést is felölelő újrafogalmazásával, a szükséges források biztosításával indokolt a mára teljesen elszorvadt iskolai drogügyi koordinátori hálózat újraszervezése.
- Ki kell dolgozni, és be kell vezetni a magyar sajátosságokhoz illeszkedő, államilag támogatott, összehangolt, az életvezetési és a drogmegelőzési ismereteket egyaránt felölelő nemzeti egészségfejlesztési programot a teljes körű iskolai egészségfejlesztés keretein belül.

4. Felsőoktatási szintér

- A tanári pálya gyakorlati kihívásaira felkészítő képzési elemek erősítése tanárképzésben.
- A mentálhigiénés és az addiktológiai alapismeretek épüljenek be a pedagógusok alapképzésébe és továbbképzési rendszerébe.
- A felsőoktatásban tanuló hallgatók számára lehetővé kell tenni a különböző életvezetési tanácsadásokhoz való hozzáférést. Fokozott figyelmet kell fordítani a „campus lét” jelenségére és az ebből következő sajátos mentálhigiénés problémákra.

5. Kortárs csoportok, ifjúsági közösségek szintere

- Meg kell alkotni azokat a jogszabályokat, amelyek egyértelműen rögzítik a kereskedelmi létesítmények (például plázák), illetve a különböző szórakozóhelyek üzemeltetőinek felelősségét a helyszínen tartózkodók egészségének megóvásával, illetve a kábítószer fogyasztás megakadályozásával kapcsolatosan. A zenés, táncos szórakozóhelyek bevonása és érdekeltté tétele a fiatalok biztonságosabb szórakoztatásában a kínálatcsökkentés igen fontos eleme.
- Támogatni kell az alternatív szabadidős programok szervezését és olyan szintereket, helyszíneket kialakítását, ahol e programok helyet kapnak. (Művelődési házak, ifjúsági központok, iskolák stb.)

6. Média szintér

- A függőséget okozó szerek bármilyen célú és formában történő reklámozását és népszerűsítését tiltó jogszabályok megalkotása, az internetes tartalmak ez irányú fokozott ellenőrzése. A droghasználatot népszerűsítő felületek figyelése, illetve azok szakmai és jogi eszközökkel való visszaszorítása érdekében internet figyelő szolgálat szervezése szükséges. A világhálón és a kereskedelmi kommunikáció egyéb szinterein egyaránt vissza kell szorítani a kábítószer fogyasztást kedvező színben föltüntető tartalmak megjelenését
- A kereskedelem, különösen azon árusítóhelyek ellenőrzése, melyek a kábítószer termesztésének és használatának legkülönbözőbb eszközeit árulják. E termékek árusításának, reklámjának visszaszorítása. (Például: kender képével árult üdítőital, csokoládé, pólók, újságok, energialok, stb.)
- Felelősségteljes, előítéleteket oldó, szolidaritásra és részvételre ösztönző médiaprogramok létrehozásának elősegítése.

Tervezet!

- A drogproblémák háttértényezőit, megelőzési és kezelési lehetőségeit bemutató tematikus média programok indítása.
- Az infokommunikációs technológiai eszközök, elsősorban az internet nyújtotta lehetőségek megelőzési, illetve tanácsadási, terápiás célú felhasználásának támogatása. Az e szolgálatok, szolgáltatások nyújtásához szükséges szakismeretek és képességek átadása, illetve fejlesztése képzési, továbbképzési programok révén.
- A vonatkozó egészségfejlesztési és drogmegelőzési ismeretek jelenjenek meg az újságíró (kommunikációs szakember) képzések tanterveiben.
- Kábítószer Információs Központ létrehozása, ahol a kábítószer okozta problémákról, a megelőzés és kezelés lehetőségeiről az érdeklődők szakemberektől kaphatnak felvilágosítást.

VII. Kezelés, ellátás, felépülés

A felépülés-központú ellátás célja a tartós szermenetesség, a józanság elérése mellett a társadalomba történő teljes visszailleszkedés: a családi szerepek ellátásával, munkavégzéssel, megfelelő lakhatással és iskolai végzettséggel. A felépülés-központú szemlélet a szerhasználó és a segítő intézményrendszer első találkozásánál megjelenik és végigkíséri a kliens útját az ellátó rendszerek között. Fontos része a drogfüggőségre jellemző gyakori visszaesések megelőzése, illetve megfelelő kezelése.

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

A kezelő-ellátó rendszer hatékonysága a kliens szükségleteitől, motivációjától, változásra való készenlététől, és környezetének ezeket támogató, vagy gátló hatásaitól is függnek, mely körülményekre az ellátórendszer alkalmazott beavatkozásai is visszahatnak. A legfontosabb eredmény az, ha a kliens felépül, visszailleszkedik a közösségbe, és józanná válik. Viszont előrelépés az is, ha a kevésbé motivált, a változásra kevésbé kész kliensek további szerhasználata kevesebb megterhelést jelent önmaga, illetve szűkebb és tágabb környezete számára.

Tervezet!

A felépülés-alapú ellátási modell követelményeit a jelenlegi intézményrendszer nem képes teljesíteni. A hazai ellátó rendszer jelentős kapacitáshiánnyal küzd, leginkább a droghasználó gyermek- és fiatalkorúak, valamint a többszörösen visszaeső és egyszerre több betegségben is szenvedő (komorbid) szerhasználók kezelésének megoldatlansága szembeötlő. Sok esetben formálisak a pszichoszociális beavatkozások, illetve azokat a gyógyszeres kezelések mellett nem kellő hatékonysággal alkalmazzák, - elsősorban a stimulánsokat⁵ használók és a fenntartó kezelésben levők esetében. Elégtelen a súlyos állapotú, „C típusú” májgyulladásal fertőzött, injekciós szerhasználók vírusellenes kezelésbe irányítása. A meglévő, túlságosan széttagolt finanszírozási rendszer velejárói egyes szervezési-módszertani problémák, mint például az egészségügyi és a szociális ellátások összehangolásának hiánya, a beteg- és kliens-utak áttekinthetatlensége, irányíthatatlansága.

Feladatok

1. Korai kezelésbe vétel

- A drogfogyasztás kezdeti szakaszában a korai beavatkozás (intervenció) hatékony eszköz arra, hogy kivédje a függőség kialakulását és a súlyosabb szövődményeket. E beavatkozási módszerek általában egyszerűek, előnyük éppen a széleskörű alkalmazhatóság, továbbá az, hogy hatásuk a problémás szerhasználat korai szakaszában jelentkezik.
 - A célzott beavatkozások, illetve a javallt megelőzési tevékenységek jelenjenek meg az egészségügyi ellátórendszer azon intézményeiben, amelyek erre a szakmai követelmények teljesítésével jogosultságot szereznek. E tevékenység finanszírozásáról - a javallt megelőzési munkát is beleértve - gondoskodni szükséges.
 - A korai beavatkozás lehetőség szerint a család bevonásával, annak segítségével történjék, mivel a családtagokra is kiterjedő munka lényegesen hatékonyabb.

2. Kezelő-ellátó rendszer

- Annak érdekében, hogy az érintett betegek egyszerűbben és gyorsabban eljussanak az állapotuknak leginkább megfelelő ellátásba, szorosabban együtt kell működniük az addiktológiai ellátásban résztvevő intézmények együttműködését, hogy
- Az egyenlő hozzáférés esélyének biztosítása érdekében csökkenteni kell az addiktológiai ellátás területi egyenlőtlenségeit. Ez által az országszerte javul a kezelő-ellátó rendszer kellő progresszivitást tükröző elemeinek igénybevehetősége.

⁵ Serkentő hatású szereket.

Tervezet!

- A kezelő-ellátó rendszerek fordítsanak nagyobb figyelmet, illetve lehetőleg működjenek együtt a helyben megvalósuló, a családra, a helyi közösségre, valamint a szerhasználók önsegítésére és kölcsönös segítésére építő lakosság-közeli programokkal.
- A jelentős szakemberhiány csökkentése olyan életpálya modell kialakítását igényli, amely a szakemberek számára vonzóvá teszi a szakterületet. Indokolt a nem egészségügyi szakképesítésű szakemberek; például addiktológiai konzultánsok, szociális munkások, mentálhigiénés szakemberek bevonása a járóbeteg ellátásba, - ez irányú tevékenységük szintén finanszírozandó.
- A másként hatékonyan nem kezelhető ópiát függő betegek esetében indokolt a fenntartó kezelés, ha az olyan átfogó program része, amelyben a személyre szabott pszichoszociális beavatkozások is hangsúlyosan megjelennek. A fenntartó kezelésben résztvevők számára is biztosítani kell a lehetséges legteljesebb felépülést elősegítő kezelési módszereket és eszközöket.
- Elő kell segíteni a kezelő-ellátó rendszer úgynevezett alacsony küszöbű (például: túcsere) programjaiba történő könnyebb, és stigmatizáció mentes bekapcsolódást. Ezek az ellátások mintegy „első lépcsőként” illeszkedjenek a felépülés központú programokhoz. Az alacsony küszöbű programok fejlesztését a rejtőzködő szerhasználók felkutatásának és kezelésbe-ellátásba vonásának szempontja is indokolja. (Ennek érdekében a modern kommunikációs eszközök is jól felhasználhatók.)
- Biztonságosabbá és kiszámíthatóbbá kell tenni az addiktológiai ellátás jelenleg kedvezőtlen pénzügyi feltételeit. Szükséges olyan finanszírozási környezet kialakítása, mely biztosítja az ellátás megfelelő szakmai színvonalának fenntarthatóságát.

3. Speciális csoportok, sajátos problémák

- Az ellátórendszer jelenleg nem képes megfelelni a fiatalkorú problémás drogfogyasztók, drogfüggők speciális szükségleteinek. Mindez a járó-, a fekvőbeteg, illetve rehabilitációs ellátásokra egyaránt vonatkozik. A probléma megoldását a gyermek- és fiatalkorúak járó és fekvőbeteg ellátását, rehabilitációját ellátó, a szükséges szakmai és infrastrukturális feltételekkel rendelkező intézményhálózat kiépítése jelenti.
- A büntetés-végrehajtási intézetekben – együttműködve az azon kívüli ellátórendszerrel - a kábítószerrel kapcsolatos bűnelkövetés miatt elítéltek számára indokolt különböző terápiás beavatkozások bevezetése. (Például terápiás közösség, kivezető program stb.)

Tervezet!

- A rendőrség által előállított, illetve előzetes letartóztatásba kerülő droghasználók azonnal részesüljenek a megfelelő gyógyszeres és pszichoszociális ellátásban, majd szabadlábra kerülésük után irányítsák őket a megfelelő ellátó szolgálathoz.
- Szélesíteni kell a különböző speciális szükségletű szerhasználók számára szolgáló kezelő-ellátó programok kínálatát, különös tekintettel a kisebbségi csoporthoz tartozókra, a hajléktalanokra, a várandós nőkre, a fertőző betegségben szenvedőkre, illetve a vírushordozó injekciós drogfogyasztókra.
- A veszélyeztetett személyek azonosítására alkalmas szűrő vizsgálatok bevezetése, és alkalmazása.

4. Minőségbiztosítás, rendszerszintű irányítás, ellátásszervezés

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

VIII. Kínálatcsökkentés

Magyarországon – amellet, hogy az összes klasszikus kábítószer típus hozzáférhető - az úgynevezett „designer” drogok kereskedelme, használata rohamosan terjed. Forgalmazásuk szervezett bűnözéssel való kapcsolata miatt e szerek megjelenésének nemzetbiztonsági kockázata is nagy. A korábban hagyományos kábítószer kereskedelmével foglalkozó bűnözői csoportok újabban egyre inkább e drogok forgalmazásával foglalkoznak, mivel az e szempontból nem megfelelő jogszabályi környezet miatt a lebukás egyelőre következményektől mentes.

A különböző kábítószer típusokkal foglalkozó elkövetői körök a terjesztői piramis magasabb fokain már a szervezett bűnözés valamennyi ismérvét magukon viselik. Különösen a balkáni útvonalon tevékenykedő csempész csoportok, illetőleg a cannabis terjesztésében meghatározó

Tervezet!

szerepet betöltő külföldi bűnözői csoportok. A hazai piacon az illegális és legális szintetikus drogok⁶ a cannabis után a második leginkább keresett szercsoport. A kokainkínálat – a kereslet miatt – szintén folyamatosan növekszik.

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

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

A kínálatcsökkentés stratégiai célja a kábítószeres hozzáférhetőségének megakadályozása. Ezt szolgálja a hatékony bűnfelderítés, illetve - a keresletcsökkentés szereplőivel együttműködve – azok a programok, amelyek elősegítik, hogy a polgárok képesek legyenek nemet mondani a droghasználatra, és váljon meggyőződésükké, hogy nem létezik biztonságos drogfogyasztás.

A kábítószer kínálatcsökkentés a magyar drogpolitika alapértékeként elfogadott zéró tolerancia elvét követi, tevékenységét a kábítószer-kereskedőkre, termelőkre összpontosítja. A kábítószerrel kapcsolatos büntetőjogi felelősség alól sem kábítószer függőség, sem más indok nem mentesíthet. A kínálatcsökkentési tevékenység jogszabályokba foglalt kötelezettség, amely védi a társadalom tagjait, és a különböző közösségek (család, iskola, munkahely, stb.) biztonságát szolgálja. A célok megvalósulása, a drogok okozta társadalmi kockázatok és károk megelőzése az együttműködés erősítését igényli.

A kínálatcsökkentés tevékenységi területe a jogi szabályozást, a bűnüldözést, az illegális kábítószer termelés felszámolását és az úgynevezett prekursor anyagok⁷ szigorú ellenőrzését egyaránt érinti. Intézményesített keretek között a Rendőrség, a Nemzeti Vám és- Adóhivatal felderítő tevékenységét, az eredményesebb nyomozások végrehajtását segítő

Nemzetbiztonsági Szakszolgálat kapacitásainak bővítését, továbbá a büntetés-végrehajtás területén szükséges ellenőrzési feladatokat is felöleli. A kínálatcsökkentésnek foglalkoznia kell továbbá a nemzetközi együttműködésben megvalósuló kábítószer ellenes közösségi akciókkal, valamint az illegális kábítószer kereskedelemhez kötődő pénzmosás és korrupció elleni fellépéssel is.

⁶ Mesterségesen, laboratóriumi úton előállított szerek.

⁷ Kémiai anyagok, illetve vegyületek, amelyekből kábítószer állítanak elő.

Tervezet!

A kínálatcsökkentés során olyan alkalmazott büntetőjogi felelősségre vonás elrettentő hatású legyen, azaz alkalmas arra, hogy megakadályozza a későbbi azonos, vagy hasonló jellegű bűncselekmény elkövetését. Ehhez megfelelő eszköz lehet a hosszú tartamú szabadságvesztés, valamint a kábítószer bűnözésből származó javak, jövedelmek elvonása.

A rendőrség tevékenysége a kábítószerekkel kapcsolatos bűnözés visszaszorítását, célozza, amely a társadalom elvárásainak is megfelel. Különösen a jelenlegi büntetőjogi szabályozás mellett, amikor a fogyasztó akkor is bűncselekményt követ el, ha kábítószerrel tart magánál. A büntetőpolitikának pontosan meg kell határoznia, milyen magatartásokat milyen módon kíván szankcionálni, ugyanakkor a bűncselekmények egyéni és közösségi következményeivel kapcsolatos beavatkozások rendszerét is ki kell jelölnie. A fogyasztási magatartások tekintetében a büntetés alóli mentesítés csak akkor érheti el valódi célját, ha az „elterelés” intézményének eredményei nyomon követhetőek, és nem adnak lehetőséget újabb visszaélésekre.

Törvényi garanciák beiktatásával (például együttműködés a hatóságokkal, a bűnügyi költségek részbeni vagy teljes megtérítése, időszakonként meghatározott alkalommal történő elterelés lehetősége) a kábítószer fogyasztók számára továbbra is biztosítani kell a lehetőséget arra, hogy büntetés helyett kezelési, megelőzési programban vegyenek részt. Másfelől a kábítószereket előállítók, termelők, forgalmazók, kénálók által elkövetett bűncselekmények esetén a szigorú szabadságelvonó büntető szankciók mellett minden esetben a kábítószerekkel összefüggésben keletkezett vagyont is el kell vonni. Az így elkobzott vagyomból jelentős mértékben fejleszthető az eredményes felderítő munka, ezért ennek jogszabályi háttere kidolgozandó. Arra is figyelemmel, hogy az eljáró hatóságoknak már a nyomozás elrendelésekor lehetőségük legyen az előzetes vagyonbiztosításra.

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

A drogproblémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek valamennyi szintér és célcsoport vonatkozásában az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia. A

Tervezet!

gyermek és ifjúságvédelemben tanintézeti és egyéb, ifjúsági programok, a szakmai szinten és a felnőtt lakosság körében pedig különböző szolgáltató fórumok segítségével. A minőségbiztosítás követelményeinek megfelelő, akkreditált rendőrségi programok más civil, illetve szakmai kezdeményezésekezzel való illeszkedése egymást kiegészíti, teljesebbé teszi a munka hatását. Iskolákban, illetve ifjúsági közösségekben csak szakmailag hitelesített programok működhetnek.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése is nagyon 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 a lehetséges illegális felhasználás elleni fellépést elsősorban a megelőzés oldaláról kell erősíteni. Ennek eszközei egyrészt a korszerű engedélyezési és nyilvántartási rendszer, valamint a vegyipari cégek és kereskedők szervezeteinek bevonása a felvilágosító és megelőző munkába.

Feladatok

A kínálatcsökkentés stratégiai céljainak megvalósulásához elsősorban az alábbiak szükségesek.

- A lehető leggyorsabban ellenőrzés alá kell vonni a piacon megjelenő, visszaélésre alkalmas új, megjelenésükkor még legális psichoaktív szereket, megteremteni a lehetőséget az ilyen anyagokkal, és prekursoraikkal való visszaélés (mint az engedély nélküli import, export kereskedelem és birtoklás) szankcionálására, illetve elkobzására.
- A jelenlegi szervezetek technikai, személyi, anyagi bázisán létrehozott és továbbfejlesztett, Európa számos államában sikeresen működő, országos illetékességgel bíró kábítószer bűnözés elleni hatóságok tapasztalatainak felhasználásával a Magyar Rendőrség szervezeti egységén belül létre kell hozni egy országos kábítószer-bűnözés elleni egységet. Az kizárólagos hatáskörrel végezze a kiemelt, az ország ellátása szempontjából jelentős, illetve nemzetközi jelentőségű visszaélés kábítószerrel bűncselekmények felderítését.
- Egységes adatbázis kialakítása a rendvédelmi szervezetek között.
- Az anyagi javak eredetére vonatkozó bizonyítási teher megfordításával növelni a kábítószerek terjesztéséből származó jövedelmek elvonásának hatékonyságát. Egyúttal megteremteni az ilyen módon elvont, elkobzott vagyonok, jövedelmek, illetve

az elkövetéshez használt más egyéb eszközök, vagy ellenértékük kábítószer bűnözés elleni küzdelemben történő visszaforgatásának lehetőségét.

- Az eltereléshez kapcsolódó szolgáltatások minőségbiztosítási rendszerének kialakítása. A kínálatcsökkentésben közreműködő szakemberek bevonásával az elterelés szakmai protokolljának kidolgozása
- Olyan szabályozás megteremtése, amely lehetővé teszi, hogy az elterelésbe kerülő fogyasztók viseljék a magatartásukhoz közvetlenül kapcsolódó bűnügy költségeket. (Például a lefoglalt minták vizsgálatának költségeit.)
- A vonatkozó jogszabályok összhangjának megteremtése, illetve átláthatóságának növelése érdekében mérlegelendő az egységes kábítószer törvény megalkotása.

IX. Emberi és társadalmi erőforrások

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

Képzés, továbbképzés

A kábítószer problémára adott helyi válaszok sajátos ismereteket, illetve az alkalmazásukhoz szükséges készségeket követelnek meg. Az újszerű feladatmegosztás legfontosabb elemeinek és az azokhoz kapcsolódó ismereteknek meg kell jelenniük a pedagógusok, orvosok, pszichológusok, jogászok, rendvédelmi, illetve médiakommunikációs szakemberek, lelkesek, 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 képzési programokon mellett

olyan célzott, rövid, intenzív képzések is elősegítik a stratégia hatékony megvalósításához elengedhetetlen szakemberképzést, ismeretátadást, melyek a gyakorló pedagógusok, orvosok és más, a droghelyzet által valamilyen módon érintett területeken dolgozó szakemberek felkészültségét hivatottak fejleszteni. E képzések moduláris szerkezetűek, önállóan is értelmezhető egységeik beépülnek az adott szakterületek formális továbbképzési rendszerébe. A közösségi környezetben végzett munkához kapcsolódó ismereteknek és készségeknek, valamint a multidiszciplináris⁸ csoportmunka sajátosságainak hangsúlyosabban meg kell jelenniük az orvosi, egészségügyi 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 cigány kisebbséghez tartozók lelki egészségének védelme, szerfogyasztásból eredő problémáik megelőzése és kezelése. Döntéseiknek a közösség egészségi, különösen lelki egészségi állapotára gyakorolt hatásainak alaposabb megismerése érdekében a vonatkozó ismereteket – legalább minimális szinten - az államigazgatási, önkormányzati munkatársak számára is biztosítani kell.

A hiányzó szakemberek pótlását segítő ösztönző rendszer kialakításával el kell érni, hogy a ma még hátrányos helyzetű, ellátatlan térségekben is megteremtődjön a lelki egészség megőrzését, a betegségek kezelését biztosító szolgáltatásokhoz való hozzáférés. Elsősorban a kistérségeken élő betegek és veszélyeztetettek érdekében újszerű szervezeti megoldások is megfontolandók, például az egészségügyi alapellátásban dolgozók bevonása a szerhasználókkal kapcsolatos különböző gondozási feladatokba.

Hazai együttműködés, intézményrendszerek

A társadalmi válaszképesség másik kritikus tényezője az együttműködések mértéke és színvonala. Indokolt a helyi együttműködések és a nemzeti szintű együttműködés, a koordináció külön kezelése.

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 drogfogyasztáshoz kapcsolódó problémák hatékony kezelésére, a szervezeti határokon átnyúló megelőzési és betegellátási,

⁸ Különböző tudományterületek, hivatások művelői közötti együttműködés.

Tervezet!

esetvezetési feladatok elvégzésére. A rendvédelem helyi szervei, a helyben tevékenykedő egyházi és más társadalmi szervezetek is természetes szereplők a helyi együttműködésben. A helyi szintű koordináció magától értetődően az önkormányzat feladata, mivel a legtöbb településen fenntartója az egészségügyi és szociális alapellátások és a közoktatás intézményeinek, tulajdonosa a helyi kommunikációs eszközöknek, nem utolsósorban pedig a helyi közösség legitim, választott szereplője.

A nemzeti szintű együttműködési folyamatok alapvetően két fontos területet ölelnek fel. Egyrészt az államigazgatás területén adódó feladatok és tevékenységek összehangolását, másrészt a drogprobléma kezelésében részt vevő szereplőkkel történő szervezett kapcsolattartást, illetve a jelenleg inkább csak formális társadalmi kapcsolatok valós tartalommal történő megtöltését.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB) intézményét meg kell újítani. A továbbiakban – tárcaközi bizottságként - az államigazgatás szereplőinek egyeztető fórumaként működik és létrehozza önálló Monitoring Bizottságát. A Monitoring Bizottság évente jelentést tesz a KKB számára a drogstratégia tárgyévben történő megvalósításáról és a korábbi intézkedések hatásairól. A társadalmi párbeszéd rendszere is megújításra szorul. Ennek érdekében a KKB kialakítja, és éves munkatervébe illeszti a legfontosabb szinterek képviselővel folytatott párbeszéd fórumait, különös tekintettel a közoktatásra, az egészségügyre (pszichiátria és addiktológia), a szociális ellátásra, a rehabilitációra, és az önkormányzatokra. E szinterek szereplői, szervezetei bevonásával Társadalmi Drogmegelőzési Konzultációs rendszert hoz létre, melynek keretében egyeztet a drogstratégia megvalósításához kapcsolódó feladatokról, a fölmerülő erőforrás szükségletekről, illetve az aktuális akciótervek hangsúlyairól.

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

Jelen stratégia tükrében különösen fontos a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda (NDI) – mint a nemzeti drogstratégia megvalósításának legfontosabb szakmai háttérszervezete – megerősítése, pénzügyi és szervezeti önállóságának lehetőség szerinti helyreállítása, illetve az egészségfejlesztés – egészségmegőrzés szakmai háttérintézményeivel való szakmai, szervezeti integrációja lehetőségének átgondolása.

Finanszírozás

A jelenlegi működészavarok miatt elengedhetetlen a finanszírozás jelenlegi keretrendszerének átalakítása. Az iskolákban zajló általános (univerzális) megelőzés – amely az

egészségfejlesztés részeként hozzátartozik az iskolák alapfeladataihoz - finanszírozását a közoktatás finanszírozási rendszerén belül kell megoldani. A lelki egészség előmozdítására és védelmére, az iskolai agresszió kezelésére, és a szerfogyasztás megelőzésére irányuló tevékenységek egyaránt a teljes körű iskolai egészségfejlesztés keretében értelmezendők. E feladathoz kiszámítható, fenntartható, az intézmények hosszú távú tervezését és kapacitásfejlesztését segítő finanszírozás-technika hozzárendelése szükséges.

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

Kutatás, adatgyűjtés

A nemzeti szintű, közfinanszírozott kutatási és adatgyűjtési programok meghatározó intézménye az Országos Népegészségügyi Központ (ONK) szervezeti keretében működő Nemzeti Drog Fókuszpont. A hazai adatgyűjtés jórészt az Európai Unió szakintézményével összehangoltan zajlik, az egészségpolitikai felhasználást az ONK, illetve a Nemzeti Drog Fókuszpont felügyeli, és az adatokat éves jelentések formájában közzéteszi.

A legjobb színvonalú nemzetközi evidencia adatbázisok⁹ folyamatos figyelését és a legjelentősebb eredmények hazai ismertetését szintén a Nemzeti Drog Fókuszpont végzi. A drogmegelőzés területén az adatbázis-figyelést és közzétételt az NDI végzi el, amelynek továbbképzéseket és egyéb szakmai programokat tervező, szervező, illetve pályázatot háttérintézményként kulcsszerepe van a drogstratégia megvalósulásának elősegítésében. Intézményesíteni kell a hazai lakossági szerfogyasztási adatok rendszeres felvételét, Hasonló módon meg kell határozni a lelki egészségi állapotot legjobban leíró mutatók rendszerét és azok gyűjtéséről (adatgyűjtés, vagy lakossági adatfelvétel formájában) rendszeresen gondoskodni kell.

Rendszeressé kell tenni a hazai ellátórendszer kutatását, különösen a betegellátás hatékonyságának, eredményességének vizsgálatát, az ellátórendszer hatásainak vizsgálatát az egyes betegcsoportokra. A hosszú távú egészségfejlesztési munka sikerének egyik záloga a

⁹ A kutatási eredményeket tartalmazó, ellenőrzött módszertan szerint működő kutatási adatbankok.

Tervezet!

kormányzati és nem-kormányzati (például gazdasági) szereplők tevékenységének a lelki egészségre gyakorolt hatások szempontjából történő értékelése. Ezért rendszeressé kell tenni e hatások vizsgálatát, ki kell dolgozni a hatásvizsgálatok alapvető módszertanát.

Nemzetközi kapcsolatok

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

Feladatok

- A felsőoktatási képzési programokra vonatkozó képzési követelményeket áttekintése abból a szempontból, hogy azokban kellő súllyal megjelennek-e a szerfogyasztással, kábítószer problémával kapcsolatos ismeretek és készségek, a vonatkozó mentálhigiénés, továbbá az illegális szerfogyasztással kapcsolatos egészségpolitikai, népegészségügyi ismereteket is beleértve. Az érintett képzési programok elsősorban a pedagógus-, óvodapedagógus-, szociális munkás és orvosképzés, a rendvédelmi felsőoktatási képzések.
- Rövid idejű, intenzív képzési programok megszervezése és lebonyolítása, az NDI, az ONK illetve partner intézményeik közreműködésével.
- A drogmegelőzési témájú, célzott továbbképzési feladatokra alkalmazott finanszírozási eljárás kialakítása.
- Továbbképzési programok biztosítása a lelki egészséghez, és különösen a szerfogyasztáshoz kapcsolódó problémák megelőzéséhez és kezeléséhez szükséges ismeretekről az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek; házi orvosok, ápolók, védőnők részére.
- Az egészség, a lelki egészség kérdései önálló témakörként jelenjenek meg az államigazgatásban dolgozók számára ajánlott (esetleg előírt) képzési programokban.
- Önálló romológiai modul beépítése a lelki egészség témakörét érintő képzésekbe, másfelől pedig a lelki egészséggel kapcsolatos ismeretek beépítése a romológiai tárgyú képzésekbe.

Tervezet!

- Javaslatok megfogalmazás a lelki egészséget érintő (humán segítői) szakterületeken dolgozó szakemberek ösztönző rendszerére.
- A támogató szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés elősegítése érdekében az esélyegyenlőség helyzetének nyomon követése.
- Törvényi előírás révén a lelki egészség előmozdítása és védelme jelenjen meg az önkormányzati alapfeladatok sorában.
- Finanszírozási ösztönzők kialakítása a helyi, intézményi és szolgáltatási határokon átnyúló beteg- és esetkövetésre.
- Éves és hároméves kutatási hangsúlyokat tartalmazó javaslatok előkészítése, előterjesztése a KKB számára,
- A kábítószer-problémával foglalkozó hazai kutatási programok megvalósítását, gyűjtését és közzétételét szolgáló adatbázis létrehozása és üzemeltetése.
- A kutatás-finanszírozás keretein belül a nemzetközi együttműködésekben való részvétel támogatása, a lehetőségek pályáztatása.

A fenti Tervezetet munkaanyagnak tekintjük, amely a tárcaközi egyeztetések, és a különböző érdekhordozói csoportokkal, illetve szakmai közösségekkel való egyeztetések nyomán tovább alakulhat, finomodhat. A stratégia elfogadását követően veszi kezdetét az abból származtatott konkrét program- és akciótervek kidolgozása.

Budapest, 2011. augusztus 20.

A „Nemzeti Drogstratégia 2012 – 2020” Tervezetét kidolgozó Szakértői Munkacsoport