

MAGYARORSZÁG KORMÁNYA

H/11798. számú

országgyűlési határozati javaslat

a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról

2013-2020

Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen

**Előadó: Balog Zoltán
emberi erőforrások minisztere**

Budapest, 2013. július

Az Országgyűlés

.../2013. (.....) OGY határozata

a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020

Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen

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 kábítószerfüggők 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 „*Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 – Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen*” című szakpolitikai stratégiát (a továbbiakban: Nemzeti Drogellenes Stratégia);
2. Az Országgyűlés felkéri a Kormányt, hogy
 - a) jogalkotó és végrehajtó tevékenységében érvényesítse a Nemzeti Drogellenes 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 Drogellenes Stratégiában meghatározott célokat;
 - c) az első, 2013–2015. évekre vonatkozó szakpolitikai programot a feladatok és a felelősök meghatározásával a Nemzeti Drogellenes Stratégia elfogadását követő három hónapon belül dolgozza ki;
 - d) a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósításának félidejében tájékoztassa az Országgyűlést a Nemzeti Drogellenes 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.

Nemzeti Drogellenes Stratégia

2013-2020

Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen

TARTALOM

I. Bevezetés	5
I. 1. Szakpolitikai stratégia, szakpolitikai program, drogpolitika	5
I. 2. Vonatkozási terület	6
I. 3. Újszerűség	7
I. 3. 1. Gyújtópont: tiszta tudat és józanság	8
I. 3. 2. Egészségfejlesztő 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 Drogellenes 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	15
II. 4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések	16
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 kábítószerpiac	20
II. 10. Új pszichoaktív szerek – Korai Jelzőrendszer	22
II. 11. Társadalmi környezet	23
II. 11. 1. Család	24
II. 11. 2. Köznevelési intézmények	24
II. 11. 3. Kortárs csoportok	25
II. 11. 4. Média	25
II. 12. Következtetések	26
III. Alapértékek	29
III. 1. Élethez, emberi méltósághoz, egészséghez való jog	29
III. 2. Személyes és közösségi felelősségvállalás	29
III. 3. Közösségi aktivitás	30
III. 4. Együttműködés	31
III. 5. Tudományos megalapozottság	31
IV. Jövőkép és célkitűzések	33
IV. 1. Jövőkép	33
IV. 2. Célkitűzések	35
IV. 3. Általános célok	36
IV. 4. Konkrét célok	36
V. Egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés	38
V. 1. Egészségfejlesztés	38
V. 1. 1. Feladatok az egészségfejlesztésben	38
V. 2. Kábítószer-megelőzés	40
V. 2. 1. Feladatok a megelőzésben	40
VI. Kezelés, ellátás, felépülés	47
VI. 1. Alapvetés	47
VI. 2. Feladatok a kezelés, ellátás, felépülés területén	49

VI. 2. 1. Korai kezelésbe vétel	49
VI. 2. 2. Kezelő-ellátó rendszer.....	50
VI. 2. 3. Speciális csoportok, sajátos problémák	51
VI. 2. 4. Minőségbiztosítás, rendszerszintű irányítás, ellátásszervezés	52
VII. Kínálatcsökkentés	54
VII. 1. Főbb folyamatok.....	54
VII. 2. Szervezeti feltételek.....	54
VII. 3. Célok, alapelvek, tevékenységi terület	55
VII. 3. 1. Feladatok a kínálatcsökkentés területén	57
VIII. A megvalósulás feltételei: emberi és társadalmi erőforrások.....	61
VIII. 1. Áttekintés és a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósulásának nyomon követése	61
VIII. 1.1. Nyomon követés és értékelés	61
VIII. 2. Képzés, továbbképzés	62
VIII. 3. Hazai együttműködés, intézményrendszerek	63
VIII. 3. 1. Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKB) és Kábítószerügyi Tanács.....	64
VIII. 3. 2. A helyi együttműködések koordinációja	64
VIII. 4. A Nemzeti Drogellenes Stratégiához kapcsolódó feladatok finanszírozása	65
VIII. 5. Kutatás, adatgyűjtés.....	66
VIII. 6. Nemzetközi kapcsolatok.....	67
VIII. 7. A Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósításához szükséges feltételekkel kapcsolatos feladatok	67
1. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához.....	69
2. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához.....	77
3. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához.....	79
4. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához.....	87
5. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához.....	89
6. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához.....	93
A Nemzeti Alaptanterv kapcsolódása a Nemzeti Drogellenes Stratégiához.....	93

I. Bevezetés

I. 1. Szakpolitikai stratégia, szakpolitikai program, drogpolitika

A társadalmi jelenségek középtávú kezelésére irányuló szakpolitikai *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 *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 feltárással és biztosításával, továbbá nemzetközi kapcsolatok ápolásával a stratégia érvényesülését és a szakpolitikai 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, amely magában foglalva az Unió alapértékeit, rögzíti az Európai Unió drogpolitikájának szemléleti kereteit. A Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 – Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen című dokumentum elveiben és megközelítésében teljes mértékben illeszkedik az Európai Unió 2013–2020-ra vonatkozó új drogstratégiájához.

Magyarországon a kábítószer-probléma visszaszorítására, illetve kezelésére 2000-ben, valamint 2009-ben készültek középtávú célkitűzéseket tartalmazó stratégiai dokumentumok. Jelen dokumentum a korábbi stratégiai hangsúlyokhoz hasonlóan elsősorban a kereslet- és a kínálatcsökkentés szemléleti kereteit elfogadva, valamint a hazai és nemzetközi gyakorlat tapasztalatait alapul véve jelöli ki a 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 Nemzeti Drogellenes Stratégia a kábítószer-problémára vonatkozik, mindazonáltal nagy nyomattal 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 értékszemplélet, 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 szakpolitikai stratégiák és programok nélkül, így például az alkohol-, gyógyszer és egyes viselkedési függőségeket érintő, illetve a mentálhigiénés, valamint a bűnmegelőzési stratégia és program nélkül. Csak mindezek együttes, összehangolt megvalósításától várható a kábítószer-probléma visszaszorítása.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia emiatt szinkronban van a vonatkozási területeihez közvetlenül kapcsolódó szakpolitikai stratégiákkal és kezdeményezésekkel, különösen a népegészségügyi, a lelki egészség megőrzését érintő és az ifjúságpolitikai szakterületeken, így az egészségügy számára középtávú irányt szabó Semmelweis Terv – amely a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozatban került rögzítésre – népegészségügyi és egészségfejlesztési célrendszerével és eszköztárával, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedéseivel, a Lelki Egészség Országos Programjának (LEGOP) ellátórendszeri és a lakosság lelki egészségét érintő célkitűzéseivel és fő cselekvési irányjaival, továbbá a Nemzeti Ifjúsági Stratégiának az egészséget támogató környezetet és egészséges életmódot érintő irányjaival.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia számára kézzelfogható szakpolitikai kontextust ad a népegészségügy területén – a Semmelweis Tervvel szinkronban – rendelkezésre álló

szakpolitikai program. Ezek a szakpolitikai programok, valamint cél- és eszközrendszerük megteremti a szükséges szélesebb beavatkozási keretet a Nemzeti Drogellenes Stratégia számára, továbbá lehetőséget teremt az ezen programokkal kapcsolatosan kiaknázható szinergiák és együttműködések elérésére.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia összhangban áll Magyarország Nemzeti Biztonsági Stratégiájával és hangsúlyosan kezeli a kínálatcsökkentés területén megjelenő szakpolitikai kihívásokat és az azokra adható megfelelő válaszokat.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia összhangban áll továbbá 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 Drogellenes Stratégia alapját képezik a vonatkozó ENSZ-egyezmények, az Egységes Kábítószer Egyezmény¹ (1961), a Pszichotróp Anyagokról szóló Egyezmény² (1971), illetve a Kábítószeres és Pszichotróp Anyagok Tiltott Forgalmazása Elleni Egyezmény³ (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.

I. 3. Újszerűség

A Nemzeti Drogellenes Stratégia újszerűségét elsősorban nemcsak egyes tartalmi elemei, hanem az elemeknek a korábbi stratégiáktól eltérő hangsúlyokat eredményező elrendezése, valamint a felnövekvő generáció kábítószerrel szembeni védelmének fokozott szem előtt tartását tükröző szemléletmódja is adja.

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

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

³ 1998. évi L. törvény az Egyesült Nemzetek Szervezete keretében a kábítószeres és pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988. december 20-án, Bécsben kelt Egyezmény kihirdetéséről

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

A kábítószeres, pszichotróp szerek, illetve az új pszichoaktív anyagok között nincs különbség abban a tekintetben, hogy a kábítószer-használat bármely formája kockázatot és teherterelt jelent az adott személyre és közösségeire, áttételesen pedig a társadalom egészének egészségére, fejlődésére nézve. Ezért a Nemzeti Drogellenes 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 Drogellenes Stratégia a drogmentesség elérésének és megtartásának célját szem előtt tartva elsősorban olyan programok indítását és fenntartását ösztönzi, amelyek előterében a személyes és közösségi fejlődés, a szermentes életmód és értékvilág megerősítése, illetve az ezt támogató ismeretek és képességek elsajátításának lehetőségei állnak. Az ilyen programok mellett természetesen a kábítószer-használatához kapcsolódó egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelése is fontos feladat marad.

I. 3. 2. Egészségfejlesztő 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 kábítószereseket nem használók megerősítésétől, az egészségkultúra fejlődésétől, a tiszta tudatot és a józanságot képviselő életmodellek elterjedésétől, valamint a korszerű bűnmegelőzési eszközök együttes használatától várható egy olyan társas környezet kifejlődése, amelyben jelentősen kisebb 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 egészségfejlesztő 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 és egyértelmű 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 Drogellenes 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 kábítószerket 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 gyökeresen megváltoztathatják életük alakulását.
- A segítő hivatások művelőinek, a szakmai közösségeknek, hogy fontos szerepük van a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósításában
- A társadalom tagjainak, hogy a stratégia elkötelezett a kábítószer-probléma hatékony kezelése mellett, megfelelő és hatékony eszközökkel rendelkezik mind a szerhasználat visszaszorítása, mind a kábítószer-bűnözéssel szembeni fellépés területén.

I. 3. 6. Kárpát-medencei hatókör

A Nemzeti Drogellenes 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 Nemzeti Drogellenes Stratégia nemcsak szakembereknek, hanem minden polgárnak szól, tehát közérthető nyelvhasználatot igényel. Az előforduló szakkifejezések értelmezését, a közös szakmai nyelv használatát a *3. számú mellékletben* található fogalomtár segíti.

I. 4. A Nemzeti Drogellenes Stratégia feladatai

A Nemzeti Drogellenes Stratégia elsődleges feladatai az alábbiak:

- Hosszú távon határozza meg a hazai drogpolitikát, ugyanakkor legyen időközben értékelhető.
- A Kormány számára adjon iránymutatást a Nemzeti Drogellenes 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 szakpolitikai programjainak összehangolását.

II. Helyzetkép és következtetések

A kialakítandó válaszok megtervezéséhez át kell tekinteni a legfontosabb, rendelkezésre álló információkat, kábítószer-fogyasztási és -ellátórendszeri mutatókat. (Az adatokat, illetve folyamatokat bemutató ábrák és táblázatok az *1. számú mellékletben* találhatóak.)

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 érettségit adó iskolatípusokban jelentősen alacsonyabbak a fogyasztási értékek, mint a szakmunkásképzők és szakiskolák tanulói körében. A megyeszékhelyeken és más városokban, illetve a falun és tanyán élőkhöz képest határozottan erőteljesebb a Budapesten lakók kábítószer-érintettsége. A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás és az inhalánsok használata viszont vidéken magasabb.

A rendelkezésre álló adatokból úgy tűnik, hogy az első kipróbálás időpontja a fiatalabb (14 éves vagy annál fiatalabb) életkor felé tolódott.

2007-hez képest a 2011. évi ESPAD vizsgálat adatai jelentős emelkedést mutatnak, a 2003–2007 közötti csökkenő tendencia az elmúlt években megfordult. Az összes illegális szer életprevalencia-értéke jelentősen nőtt, a fiúknál 3,2 a lányoknál pedig 6 százalékponttal. Ezen belül a legjelentősebb növekedést (2,1 százalékpont) az amfetaminok használata mutatta. E vizsgálat szerint 2011-re újra jelentősen emelkedett a szervesoldószer-belélegzés életprevalenciája. A lakóhely szerinti megoszlás annyiban változott, hogy a tiltott szereket és a droghasználati célú szereket valaha kipróbálók aránya elsősorban vidéken növekedett, tehát csökkent a vonatkozó fővárosi és a vidéki mutatók közötti különbség.

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.

A Magyar Honvédség keretében végzett szűrővizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy az elmúlt 10 évben a leggyakrabban fogyasztott szertípus a kannabisz volt, az utóbbi években jellemzően csak kannabiszra pozitív eseteket szűrtek ki.

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 mérséklődött. Az amfetaminfogyasztók száma 25000–30000 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 növekedését igazolja az elmúlt években.

A fenti csoportokon belül sajátos kockázati csoportot képeznek az intravénás szerfogyasztók. Kétéves időszakokra két becslés is készült, amelyek a 2007. és 2008. évben együttesen 5000–5200, a 2008. és 2009. évben együttesen 4500–5000 intravénás droghasználót feltételeztek. Az intravénás csoporton belül egyenlő arányban fogyasztottak opiátokat (főként heroint) és amfetamint, de a heroinhasználók aránya csökken. Az intravénás stimulánsokat (amfetamin, mefedron, új pszichoaktív szerek) használók aránya növekszik, mára – különösen a 25 évnél fiatalabbak esetében – meghaladta az opiát-fogyasztókét.

A fiatalok körében végzett kutatások az intenzív, tehát napi vagy heti többszöri kannabisz-használat előfordulásának növekedését jelzik. A 2010. évi HBSC vizsgálat 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 drokként 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 növekedése kapcsán a szerhasználattal együtt járó problémák számának és súlyosságának (pl. megjelent és terjedt az intravénás használat) növekedése is bekövetkezett. Jelenleg a mefedronhoz kémiaiailag hasonló katinonok és szintetikus

kannabinoidok (a marihuána hatóanyagához hasonló kémiai szerkezetű anyagok) használatának terjedése a legjellemzőbb.

A tiltott és legális szerek fogyasztásának elterjedtsége alapján Magyarország elveszítette kedvező helyzetét Európa más országaihoz viszonyítva. A dohányzás elterjedtsége alapján hazánk Európa vezető országai közé került, átlag feletti az alkoholt fogyasztók aránya, az előző hónapban lerészegedők aránya az ötödik legmagasabb értéket mutatja.

II. 3. Kezelési adatok

2011-ben 1330 kezelésbe lépőt jelentettek új esetként a jelentésre kötelezett egészségügyi járó- és fekvőbeteg, valamint rehabilitációs szolgáltatók, ez a szám érzékelhető növekedést mutat. A kezelést megkezdők mintegy fele (562 fő) korábban már állt kezelés alatt illegális szerfogyasztás miatt. A saját kezdeményezésükre kezelésbe lépők (nem-eltereltek) körében a kezelést indokoltá tevő kábítószer leggyakrabban a kannabisz.

2011-re az ellátórendszerbe kerülők körében jelentősen csökkent a heroin-használathoz kapcsolódó kezelési igény, amellyel párhuzamosan az egyéb stimulánsok (véltőleg többnyire katinonok) fogyasztói egyre nagyobb számban jelentek meg a kezelőhelyeken. E tendencia elsősorban a kezelést önként vállalók körében volt megfigyelhető. A korábban már kezelték esetében az amfetamin-használathoz kapcsolódó kezelési igény is növekedést mutatott.

A nem-elterelt kezelésbe lépők szerfogyasztásának mintázatát összegezve megállapítható, hogy jelentősebben nőtt a stimuláns-használat miatti, viszont jelentősen csökkent az opiát-használat miatti kezelés-kezdeményezések száma és aránya. A korábban már kezelték körében az amfetaminok használatához kapcsolódó kezelési igény növekedése is megfigyelhető volt.

Az életükben először kezelésbe lépők szerhasználatának mintázata az összes kezelésbe lépőéhez hasonló, azaz a heroin-fogyasztók és az egyéb stimulánsokat fogyasztók arányának alakulása egymással ellentétesen mozgott.

Az elterelésbe⁴ lépők – azaz a kezelési folyamatot a büntetőeljárás alternatívájaként megkezdők – csoportja jelentősen különbözik a nem-elterelt kezelést kezdőkétől. Az elmúlt években 2500–3400 fő között mozgott az elterelésüket megkezdők száma (2011-ben 3453 fő volt). Legnagyobb részük (kb. 80–85%) az úgynevezett megelőző-felvilágosító szolgáltatásban, kisebb hányaduk az egészségügyi típusú ellátásban jelent meg. Az általuk elsődlegesen használt kábítószeres 2011-ben: a kannabisz (80%), a stimulánsok (13%) és az opiátok (3%) voltak. 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 kábítószer⁵. Közel egyötödük viszont intenzív (napi vagy heti többszöri) szerhasználó.

Az opiát-függők helyettesítő programjaiban 2010-ben összesen 1031 fő, 2011-ben pedig 715 fő vett részt. Ez utóbbiak közül detoxikációs céllal 70, szubsztitúciós céllal pedig 639 fő. Az alkalmazott szubsztitúciós szer metadon vagy buprenorfin-naloxon volt.

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

II. 4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések

Az intravénás szerhasználó populációban a Hepatitis C-fertőzés gyakoriságának értéke az elmúlt években 25% körül alakult, ami elmarad az uniós országok átlagától, ugyanakkor a fertőzöttség nagy területi egyenlőtlenségeket mutat. A fővárosban 2011-ben 34,2%-os volt a fertőzöttség, amely arány egyes budapesti kerületek zárt közösségeiben a 60–70%-ot is elérheti. A használt szerek típusa szerinti bontás azt mutatja, hogy 2011-ben az opiátot injektálók körében csökkent, a nem opiátot (például új típusú pszichoaktív szereket) injektálók körében pedig nőtt a fertőzöttségi arány. Ez azért aggasztó adat, mert ez utóbbi

⁴ 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.

⁵ A megelőző-felvilágosító szolgáltatásba lépők többsége az eljárás megindulása után több mint 30 nappal kerül ellátóhoz.

szercsoportot használók naponta többször is befecskendeznek, illetve az ezt használó személyek között valószínűleg gyakoribb a fecskendőmegosztás.

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 az 1990-es évek legvégén és a 2000-es évek legelején volt a legmagasabb, amikor évente 40 körüli esetet jelentettek. A halálesetek száma néhány éves stagnálás után 2009-ben ismét 30 fölé emelkedett, majd azt követően jelentősen mérséklődött (2010-ben 17-en, 2011-ben 14-en haltak meg). Az esetszám csökkenésének oka valószínűsíthetően a heroin-fogyasztás jelentős mérséklődése, a heroin részbeni eltűnése a feketepiacról, illetve a stimulánsok, új típusú pszichoaktív szerek 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 prevenciók 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 megelőzési tevékenység keretében az elmúlt években pályázati finanszírozás útján támogatott programok valósultak meg, amelyek a szabadidő-eltöltés különböző színterein a veszélyeztetett fiatalokat célozták meg. Annak ellenére, hogy e programok esetében a lefedettség mértéke nem közelíti meg az iskolai szinten 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.

A rendőrségnek közel két évtizede van általános iskolai (DADA) és középiskolai (ELLEN-SZER) kábítószer-megelőzési programja, amelyeket az utóbbi időben a kompetencia alapú oktatás követelményeinek figyelembevételével továbbfejlesztettek. E tapasztalatok egy iskolai általános bűnmegelőzési program kialakítására is lehetőséget nyújtanak.

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. Sajátos színtere a megelőzésnek a Magyar Honvédség keretében zajló felvilágosító tevékenység, amelyet rendszeresen elvégzett szűrővizsgálatok egészítenek ki és támogatnak.

II. 7. Kezelő- és ellátórendszer

Valamennyi hazai pszichiátriai és addiktológiai tevékenységre engedéllyel rendelkező egészségügyi ellátó jogosult kábítószerrel használó betegek ellátására, ami több mint 500 kezelő-ellátó helyet jelent. Ugyanakkor az országos adatgyűjtési programok keretében évről évre hozzávetőleg csupán 85 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 kannabisz-fogyasztókra 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 állami felelősség és szerepvállalás mellett 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 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 a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal adatai szerint 53 szolgáltató végzett alacsonyküszöbű ellátást, míg 72 szolgáltató végzett az ellátási területeken szenvedélybetegek részére közösségi ellátást.

2011-ben 24 szervezet nyújtott tücsere-szolgáltatást hazánkban. Tücsere-szolgáltatás 16 városban, 12 megyében, illetve mind a 7 régióban hozzáférhető volt. A szolgáltatók összesen 648 269 fecskendőt osztottak ki, a hozott és gyűjtött fecskendők száma 469 122 darab volt. A programok 3373 főt⁶ értek el, a tárgyévben a kliensek 38 407 alkalommal vettek igénybe

⁶ A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikációsűrű, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

túcsere-szolgáltatást. A hazai intravénás kábítószer-fogyasztók becsült számát tekintve (5699 fő) egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 114 steril fecskendő jutott 2011-ben. 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, amely 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, ezek 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.

2007-ben a kezelésre, illetve ártalomcsökkentő szolgáltatásokra fordított kiadások együttesen mintegy 1 milliárd 395 millió forintot tettek ki. A legkisebb mértékű, mintegy 1 milliárd 33 millió forint összegű ráfordítás a megelőző és kutatási programokra jutott. Az egyes kiadások közötti arány a négy vizsgálati év során nem változott.

II. 9. Kábítószer-bűnözés és kábítószerpiac

Kábítószerrel történő visszaélés bűncselekménye miatt évente 4000–8000 eljárás fejeződik be Magyarországon. Ez a szám 2005-ben volt a legmagasabb (7600 fölötti eljárás), 2003-ban pedig a legalacsonyabb (3378 eljárás). 2011-ben 5989 rendbeli kábítószerrel való visszaélés bűncselekményt és 5594 elkövetőt regisztráltak, mely számok a korábbi évekhez képest emelkedést jeleznek. Ezek közül 5231 eset (87%) fogyasztói típusú, 721 eset (12%) pedig kereskedői bűncselekmény volt. Az elkövetők 82%-a 30 év alatti volt, ezen belül nőtt a

fiatalkorúak aránya (11,6%-ról 18,4%-ra). A kábítószerrel visszaélést elkövetők közel háromnegyede büntetlen előéletű volt. 2012-ben tovább csökkent a vádemeléssel végződő eljárások aránya (A 2011. évi adatokhoz viszonyítva mintegy 42%-ról 36,2%-ra). Az elterelés alkalmazása következtében a nyomozások 57%-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.

A kábítószergyanús anyagok lefoglalási adatai alapján a hazai piacon leggyakrabban előforduló anyag – mind a lefoglalások számát, mind a mennyiségét tekintve – a marihuána. A kannabisznövény-lefoglalások alapján vélelmezhető, hogy a magyarországi kannabiszpiac jelentős részét hazai termelésből látják el. A lefoglalások száma alapján a kokain, az amfetamin, a metamfetamin és az LSD feketepiaci részesedése évek óta hasonlóan tekinthető. A heroin lefoglalásainak száma, illetve a lefoglalt anyag mennyisége a 2010-ben tapasztalható kismértékű csökkenés után 2011-ben jelentősen visszaesett, lényegében eltűnt a heroin a piacról. Ezzel egyidejűleg folytatódott az új pszichoaktív anyagok előző két évben kezdődött térnyerése, a tiltólistára került mepredon helyét különböző – azóta szintén tiltólistára került – kationon vegyületek (4-MEC, MDPV), továbbá szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi törmelékek vették át.

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 kábítószerpiaci 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 2009-ben öt, 2010 folyamán tizenhat, 2011-ben harminchárom új vegyületet azonosított.

A 2013. július 1-jétől hatályba lépő új Büntető Törvénykönyv néhány változást hozott a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények szabályozásában. Így különösen:

- Az új szabályozás megteremti a fordított bizonyítás lehetőségét a kábítószer kereskedelem alatt keletkezett vagyon tekintetében, vagyis a kábítószer kereskedőnek kell

bizonyítania vagyonának legális eredetét azon idő alatt, amíg kábítószer-kereskedelemmel foglalkozott.

- A jövőben nem alkalmazható az elterelés, ha a bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül az elkövetővel szemben a vádemelést azért halasztották el, illetve a nyomozást azért függesztették fel, mert vállalta az elterelésen való részvételt, vagy ha az elkövető büntetőjogi felelősségét kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt megállapították.

- Megszűnik a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények kábítószerfüggő személy általi elkövetésének privilegizált esetként történő kezelése. A jövőben a bíróság mérlegelési jogkörébe tartozik, hogy a kábítószer-függőséget a büntetés kiszabása során enyhítő körülményként veszi-e figyelembe.

- A törvény elkövetési magatartásként nevesíti a kábítószer-fogyasztást.

II. 10. Új pszichoaktív szerek – Korai Jelzőrendszer

Az új pszichoaktív szerek visszaélészerű használatát és megjelenését a hazai piacon a Nemzeti Drog Fókuszpont által koordinált szakértői hálózat, a Korai Jelzőrendszer (Early Warning System) hivatott nyomonkövetni és az ezzel kapcsolatos információkat eljuttatni az illetékes hazai intézményeknek, valamint a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (EMCDDA). A tagállamok által az EMCDDA számára tett bejelentések szerint 2009 óta jelentősen megnövekedett az Európában megjelenő új pszichoaktív szerek száma. A lefoglalási adatok és a Nemzeti Drog Fókuszponthoz beérkező bejelentések alapján hazánkban is hasonló folyamat figyelhető meg. Másfelől viszont az Europol új pszichoaktív szerekkel összefüggő adatai alapján az EMCDDA 2012-es Éves Jelentése Magyarországot a kisebb lefoglalásokról beszámoló országok sorában említette meg.

Hazánkban az új pszichoaktív szerek szabályozásáról az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény, valamint a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet rendelkezik. A kockázatértékelés folyamatát is e két jogszabály határozza meg.

II. 11. Társadalmi környezet

A kábítószer-probléma kezelését alapvetően 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 értékviszálagaként, 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, ezáltal jelentős hatást gyakorolva az egyének és a családok életminőségére.

A pszichoaktív szerek a teljesítményt, kitartást igénylő örömekek 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, életmódbeli leképeződéseként is értelmezhető, így a felnövekvő nemzedékek számára szinte természetessé vált a kábítószerek jelenléte. A legális és illegális szerhasználat nem alapvető emberi szükséglet, nem is a személyes szabadság kiteljesítésének eszköze, hanem ön- és közösségkárosító magatartásforma, amely a legkülönbözőbb szintereken jelenik meg, visszaszorítása átfogó, előremutató és hatékony társadalompolitikai intézkedéseket igényel.

A kábítószer-probléma az egész társadalom ügye, ugyanakkor a fiatalok fokozottan veszélyeztetettek, 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 szakpolitikai programoknak elsősorban a fiatalokra kell irányulniuk, és nagyobb figyelmet kell fordítani a gyermekkorúakra.

II. 11. 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. Ez a 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. 11. 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, amihez – együttműködésben a pedagógussal és az iskolákban dolgozó más 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 szerek 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. 11. 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. 11. 4. Média

Az infokommunikációs technológia kulcsszerepet tölt be a közbeszéd témái, a beállítódások, vélemények, ítéletek, az értékvilág és az életmód kialakításában. 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. 12. Következtetések

A rendelkezésre álló adatok szerint valószínűsíthető, hogy a szerfogyasztás egyre fiatalabb életkorban jelenik meg, számos kábítószer kipróbáló már 14 éves életkora előtt kapcsolatba kerül valamely tiltott szerrel. A legtöbb szer vonatkozásában nagy bizonyossággal állítható, hogy a problémás kábítószer-fogyasztók száma növekedést, a heroinhasználat csökkenést 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, bár az egyes településtípusok közötti különbségek mérséklődtek.

A 2011-es ESPAD felmérés alapján a tiltott szereket valaha használók aránya először haladta meg az európai átlagot. A gyógyszerek alkohollal történő együttes fogyasztása például Magyarországon kiemelkedően magas, a kétszerese az európai átlagnak.

Az új pszichoaktív szereket 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-öt évben a kábítószer-probléma súlyosbodott. E tendenciaváltozás 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 általános (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 hangsúlyosan figyelembe kell venni a fiatalok által használt infokommunikációs technikák sajátosságait és őket azokhoz 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 egészség támogatása áll. Az a célkitűzés, hogy az erőforrásoknak az egészséghez vezető folyamatok támogatására, a józanság kultúrájának terjedésére való összpontosításával párhuzamosan változzék meg a közösség kábítószer-problémákhoz való viszonyulása, illetve cselekvőképessége. 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.⁷ Ez akkor lehet eredményes, ha a folyamatot határozottabb fellépés kíséri a bűnmegelőzés terén és a kábítószerrel összefüggő bűnözés ellen.

⁷ A stratégiai készítésekor fennálló szakmapolitikai környezet gyorsértékelésére készített SWOT analízis a 2. számú mellékletben olvasható.

III. Alapértékek

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

A Nemzeti Drogellenes Stratégia elismeri és tiszteletben tartja az élethez, emberi méltósághoz és egészséghez, azon belül a kábítószermentes élethez fűződő jogokat, az emberi jogokról szóló európai egyezményt és az Unió Alapjogi Chartáját, amelyeket mindenkinek mindenki mással és a körülvevő közösséggel kapcsolatban is el kell ismernie, tiszteletben kell tartania. A Nemzeti Drogellenes Stratégiának ezek érvényesülését biztosítani kell. 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 és az intézményekre. A Nemzeti Drogellenes 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.

Ugyanakkor az emberi méltósággal csak az egyeztethető össze, ha kellő ismeretekkel rendelkező, döntésképes emberek határozhatnak saját sorsuk alakításáról, s mindaddig, amíg objektív mérce szerint megítélve ez a feltétel nem teljesíthető, az államnak az egyén kiszolgáltatottsága ellen fel kell lépnie. A korlátozásoktól mentes „mámorhoz való” jog nem része a legmagasabb testi és lelki egészség biztosításához fűződő jognak, mert a kábulat saját magára részére történő kiváltása nem tartozik hozzá az egyén alkotmányos garanciákkal védett szabad személyiségfejlődéséhez. A tudományos ismeretek jelenlegi szintjén éppen az igazolható, hogy a bódító hatású anyagok és szerek az ember testi és lelki integritását sértik. Az emberi méltóság sérülésének pedig a valós veszélye áll fenn akkor, ha az egyén a kábulat hatása alatt saját vagy mások egészségét, testi épségét veszélyezteti. Így a személyiség szabad kibontakoztatásához való jog korlátai a drogokkal kapcsolatban is érvényesülnek.

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 rászoruló, családjuk és közösségeik segítségben részesüljenek. A segítségnyújtás illeszkedjen az adott lehetőségekhez, illetve motivációkhoz, amelyek szakmai eszközökkel, továbbá ön- és kölcsönös segítség révén fejleszthetők.

A felelősségvállalás követelménye az érintettekre is vonatkozik, hiszen a szerhasználat az adott személyen kívül a környezetét is megterheli, károsítja. 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 szerhasználókat 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 a 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 „lakosságközeli” 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 önszolgáltató 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 énerősítő hatású lehet.

III. 4. Együttműködés

A különböző jogok érvényesülésének, a felelősség érvényesítésének és általában a hatékony megbirkózásnak fontos feltétele a problémakezelés különböző szintjein élő és tevékenykedő szereplők közötti együttműködés. A Nemzeti Stratégia olyan programok megalkotását szorgalmazza, 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 Drogellenes 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. Jövőkép és célkitűzések

IV.1. Jövőkép

A kábítószer-probléma alakulásának jövőjét még egy évtizedre nézve is nehéz meghatározni, mivel a két meghatározó folyamat, a szerek kínálata és az irántuk megnyilvánuló kereslet erősen változó. A dizájn drogok új megjelenési formáinak terjedése például néhány év alatt bontakozott ki, nagymértékben átalakítva az illegális szerek megjelenését a társadalomban. Korábban hasonlóan gyors volt az ecstasy térhódítása, és számos országban fordultak elő járványszerű terjedési mintázatok. A fejlett ipari államok többségében a kínálat és kereslet tényezői nagyjából egyensúlyban vannak, de az alaptendencia romló. Ezt az is mutatja, hogy a drogok elleni társadalmi ráfordítások számos országban növekednek.

Ilyen módon nálunk is, még ha nem is nő a kínálat szintje, a droghelyzet romlásával, súlyosbodásával lehet számolni, ha nem történnek határozott, célzott és megtervezett társadalmi szintű beavatkozások.

A keresletet számos társadalmi folyamat fokozhatja. Ilyen a „szerkultúra” erősödése, melyet nemcsak az illegális, kábítószernek minősülő anyagok használata, hanem a legális pszichoaktív szerek fogyasztása is befolyásol, különösen az alkoholfogyasztás, a dohányzás, továbbá a gyógyszerek tudat- és hangulatváltoztatási célból történő rendellenes használata, sőt, még a függőséget keltő viselkedésformák is (pl. a szerencsejátékok).

Szociológiai szinten a társadalmi stresszek, lélektani feszültségek terjedése, a gyermekkori és ifjúsági személyiségfejlődési rendellenességek gyakoribbá válása, továbbá a társadalmi (szociális és pszichológiai) támaszrendszerek, különösen a személyiséget körülvevő közösségek gyengülése is ebbe az irányba hat. Régóta megállapított tény, hogy a megengedett és tiltott szerek fogyasztása feszültség levezetést is szolgáló pótcselekvés.

A most kidolgozott új drogellenes stratégia éppen azt a célt szolgálja, hogy a spontán módon romló vagy jó esetben stagnáló droghelyzetet a klasszikus drogpolitikai eszközökön túlmutató új módszerekkel is megpróbálja javítani. E módszerek alkalmasak lehetnek az említett keresletfokozó hatások kivédésére, illetve ellensúlyozására, különösen akkor, ha a

stratégiához kapcsolódó cselekvési terv majd megfelelő pénzügyi kereteket és politikai akaratot is tükröz. A stratégia távlati célként a kábítószermentes Magyarország elérését tűzi ki 2020-ig, annak ellenére, hogy a világban és a Magyarországon belül tapasztalható tendenciák alapján ez irreálisnak tűnhet. A Nemzeti Drogellenes Stratégia mégsem mondhat le arról a törekvésről, hogy a következő generációk életéből eltűnjenek a kábítószeresek.

A fentiekben említett új módszertani alapelvek, illetve eszközök:

- a társadalompolitikai és tömegkommunikációs erőtereket is bekapcsolva a józanság kultúrájának és a proszociális megküzdési módoknak a terjesztése,
- a közösségek minden formájának mozgósítása és erősítése az emberi problémák, köztük a drogfogyasztás leküzdésére és a bajbajutottak segítésére,
- általában is a mentálhigiéné erősítése, különös tekintettel az iskolai egészségfejlesztés és a drogprevenció hatókörének kiszélesítésére,
- a függőségi állapotokban a felépülés-központú kezelés és rehabilitáció teljes intézményi rendszerének, terápiás láncolatának kiépítése,
- a korszerű bűnmegelőzési és bűnüldözési beavatkozások hatékonyabb alkalmazása, amelyek segítségével megvalósítható a fiatalok kábítószer-használat iránti kitettségének erőteljes lecsökkentése és a fiatalok kábítószer-használatától történő távoltartása.

A drogpolitikában különösen hatékony lehet a különböző tárcák, ágazatok, intézmények, helyi közösségek és csoportok, illetve szolgálatok és azok tevékenységének összehangolása. Éppen ezért az új drogellenes stratégia magában rejti a lehetőséget, hogy a társadalom lelki erősítésének egyik fontos tényezője is legyen.

A fentieknek megfelelően a Nemzeti Drogellenes Stratégia céljainak megvalósulásával 2020-ra célhoz rendelt mutatószámait az alábbiak:

Indikátor	Elérhető legutolsó adat	Vállalás
Tiltott szerek fogyasztása a felnőtt populációban	Életprevalencia 18–64 éves korcsoportban az illegális szerekre: 9,3% (OLAAP 2008)	Az életprevalencia értéke csökken

Tiltott szerek fogyasztása a fiatalkorúak körében	Kannabisz: 19,4% Alkohol gyógyszerrel: 10,3% Szipuzás: 10% Nyugtató/altató: 9,3% Amfetaminok: 5,6% Ecstasy: 4,4% Kokain: 2,5% (ESPAD 2011)	Az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása csökken 2%-kal és a többi szer fogyasztása is csökken.
Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozások	Közvetlen halálesetek 2011-ben: 14 haláleset (Országos Addiktológiai Centrum 2012)	A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozások száma csökken.
Általános megelőzési lefedettség mértéke iskolákban	Az általános és középiskolák 90,4%-a végzett preventív tevékenységet a megelőző évben, melyek csupán részterületeken jelentek meg (Paksi 2009)	Minőségbiztosítási szempontból megfelelő színvonalú preventív (egészségfejlesztési) tevékenységek folynak az iskolákban.

IV.2 Célkitűzések

A kábítószer használat nem létszükséglet, összességében az emberi életet nem gazdagítja, hanem ellenkezőleg, arra különböző terheket, illetve szenvedést ró. Indokolt tehát az az elvárás, hogy a szakmai és más érdekhordozói csoportok, az illetékes intézmények, nem utolsósorban pedig a kormányzat a keresletcsökkentés és a kínálatcsökkentés hagyományos és újszerű eszközeinek felhasználásával kövessen el minden tőle telhetőt a kábítószer-probléma kiküszöbölése érdekében. E törekvés hatékonyságát növeli, sőt annak záloga, ha a polgárok és közösségeik átérzik saját felelősségüket önmaguk, emberi környezetük, utódaik és az újabb nemzedékek egészsége, illetve lehető legteljesebb élete iránt, és mindezek érdekében készek is az aktív cselekvésre.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia három beavatkozási területen állapít meg célokat, fejlesztési irányokat:

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

IV. 3. Általános célok

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

IV. 4. Konkrét célok

- Növekedjék az olyan programok és kezdeményezések száma, amelyek bátorítják és megerősítik a kábítószerrel nem fogyasztó fiatalokat, illetve népszerűsítik a szermentes életformát. A teljes körű iskolai egészségfejlesztés által elért tanulók aránya 2020-ra érje el az 50%-ot.
- 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 kábítószerrel kipróbáló, illetve alkalmasszerűen használó serdülők adott korosztályon belüli aránya. A jelenlegi életprevalencia-értékek csökkenjenek 10%-kal.
- 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 mindegyik járásban legyen közös működési indikátorokat használó, összehangolt, komplex ellátó rendszer, amely 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 alkoholproblémával küzdőket is beleértve.

- Az ellátás minőségének és hatékonyságának értékelése érdekében törekedni kell a minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítására. Csak megfelelő szakmai ajánlással rendelkező 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.
- A rendelkezésre álló források és szervezeti keretek között növelni kell a rendőrségi fellépés hatékonyságát. Ezzel összefüggésben az Országos Rendőr-főkapitányságtól évente beszámolót kell kérni a kábítószer-terjesztéssel összefüggő bűnügyi helyzetről, a felderített bűncselekmények számáról, az elfogott elkövetőkről és a lefoglalt kábítószeres és új pszichoaktív anyagok mennyiségéről, továbbá az adott évben elért eredményekről.
- 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.
- Kerüljön felülvizsgálatra a Lelki Egészség Országos Programja, valamint elfogadásra az alkoholprobléma visszaszorítását célzó szakpolitikai program, illetve történjék meg azok drogellenes stratégiával való összehangolása.
- 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.

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 jólétet, hogy ezek az értékek a gyakorlatban is hangsúlyosabbá váljanak. Szükséges egyrészt a személyes és közösségi erőforrások fejlesztése, illetve a megfelelő infrastruktúra biztosítása, elsősorban a családokban, az iskolarendszerben (köznevelési intézményekben), a munkahelyeken, az Interneten és más médiumokban, a szabadidő-eltöltés és a sport színterein, a gyermekvédelmi intézményrendszerben, a büntető-igazságszolgáltatás intézményeiben, illetve speciális szükségletű csoportokban.

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 önanonosság 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. Alkalmassak 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, továbbá a kormányhivatalokkal való együttműködés erősítése és jogi kereteinek kialakítása.

- 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 színterein is megvalósuljanak, főleg a fiatalok által látogatott helyszíneken, illetve az általuk szervezett alkalmakon.
- Szükséges olyan szabadidős programok támogatása, amelyek közös kulturális, művészeti, sport és közhasznú tevékenységek által a felnőtt társadalom pozitív részvételét erősítik a fiatalok életében, elősegítve a generációk közötti pozitív mintaadás lehetőségét, az értékszemlélet formálásának lehetőségét.
- Az egyházi közösségeknek fontos, spirituális szempontból pótolhatatlan szerepe van a tanításukból következő, az élethez, az egészséghez, a felelősséghez, az emberi méltósághoz kapcsolódó értékek átadásában. Az egészségfejlesztés (egyben a kábítószer-használat megelőzés) szempontjából is elősegítendő, hogy – az egyházak autonómiájának tiszteletben tartásával – a hitoktatásban, a pasztorális munkában, az egyházi iskolákban zajló nevelésben és oktatásban, továbbá a lelkészképzésben hangsúlyosabban jelenjen meg ez az irányultság, illetve feladatkör.
- Mivel a társadalmilag, kulturálisan hátrányos helyzetű szülők jelentős része a szokványos színtereken 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 szintéren és célcsoportban az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia. Egyaránt figyelni kell a társas-közösségi feltételekre és hatásokra, illetve a személyre és annak környezetére. Különösen a nevelési-oktatási intézményi szintéren vannak már jelei, hogy a kábítószer-megelőzés szűkebb értelmezése helyett a programok középpontjába az egészségfejlesztés, az átfogó testi, lelki, szellemi, társadalmi jólét 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 képességben, az én-hatékonyágban, bizonyos ismeretek és készségek elsajátításában mutatott fejlődésnek, valamint a szerhasználat elutasításának tükrében ítélni lehet. 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 önszorgó 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 (pl. 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 szintéren 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 hétköznapijaiban.

- 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 megelő 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,
 - szoros együttműködés a társadalmi bűnmegelőzés és a köznevelési terület között,
 - 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 alapismereteknek, illetve a társadalmi bűnmegelőzés vonatkozó anyagának 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. Kortárs csoportok, 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 a szórakozóhelyek személyzetének képzésével, a szórakozóhelyeken támogató szolgáltatások biztosításával, valamint 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 betartását.
- Támogatni kell alternatív szabadidős programok szervezését és olyan helyszínek kialakítását, ahol ezek a programok helyet kaphatnak (pl. 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 nyomon követése.

V. 2. 1. 7. Média színtér

- A függőséget okozó pszichoaktív szerek bármilyen formában és céllal történő reklámozásának és népszerűsítésének korlátozása és tiltása a reklámtevékenységről, illetve a fogyasztóvédelemről szóló 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 internetfigyelő szolgálatok erősítése, tevékenységük bővítése.
- A kábítószer termelés 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 cselekvésre 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 médiszakemberek 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 érdekképviseletek a különböző megállapodások keretein belül (pl. 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 alkalmyszerűen használó serdülők adott korosztályon belüli, életprevalencia-értékben jelenleg mért aránya 10%-kal csökkenjen.*
- *Ki kell alakítani, és ezt követően fokozatosan be kell vezetni a megelőző, felvilágosító programok minőségbiztosítási rendszerét.*
- *Csak szakmai ajánlással rendelkező és minőségbiztosítási rendszert tartalmazó egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, beleértve ebbe a köznevelési intézmények tevékenységét is.*
- *Történnék meg az elfogadásra kerülő, a lelki egészség fejlesztését, az alkoholprobléma és más viselkedési függőségek kezelését célzó nemzeti stratégiák és programok drogtellenes stratégiával való összehangolása.*
- *A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalásának és koordinációs tevékenységének erősítése. Minden járásban működjön helyi kábítószerügyi egyeztető fórum, a kormányhivatalok, a helyi önkormányzatok, az 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 tartósan szermentes életet célul kitűzve), 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 kliensutak

optimális szervezését jelenti. Mindez feltételezi a kezelő-ellátó rendszereken belüli és azok közötti teljes ellátási spektrum kiépülését és – a szociális ellátásokkal szoros együttműködésben – az egészségügyi szolgáltatások progresszív rendszerét. Ebben a megközelítésben a kliens szükségletei a maguk teljességében jelennek meg, tehát nemcsak 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 szemlélet alapján 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 kábítószerhasználatok felkutatása, ami 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 integrálódjanak a felépülés-központú komplex programokba 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 kábítószerhasználó gyermek- és fiatalkorúak, valamint a többszörösen visszaeső, a rejtőzködő és a komorbid szerhasználatok 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, párhuzamosan a beteg- és kliensutak utak áttekinthetővé tételével.

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. Az új Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet egyszerre biztosítja az addiktológiai és a pszichiátriai terület országos intézeti funkcióit, annak létrehozása lehetőséget teremt egyes hiányzó ellátási modalitások kialakítására is.

A Nemzeti Drogellenes 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 javítja a rendszerszintű hatékonyságot. Az egyes ellátástípusok közötti, intézményi határokon átívelő betegutak 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 önszolgálati 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 való 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.
- Indokolt az egészségügyi ellátóhelyek, például sürgősségi osztályok, toxikológiák, pszichiátriai és traumatológiai osztályok felkészítése és bevonása a megfelelő kezelésbe és betegirányításba, mivel számos szerhasználó éppen ezeken az ellátóhelyeken jelenik meg először. Ezeken a helyeken lehetne a legjobban kiszűrni a rászorulókat, beleértve ebbe a komorbid eseteket is.

- 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 gyógyszerellátási 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 biztosítva legyen a rászorulóknak teljes körében.
- A felépülőben lévő szenvedélybetegek közösségbe való visszailleszkedése érdekében a szükségletnek megfelelően fejleszteni kell a hosszú távú terápiás ellátásokat nyújtó rehabilitációs, továbbá reszocializációs és szociális ellátórendszereket.
- Szükséges olyan finanszírozási környezet kialakítása, amely biztosítja az ellátás megfelelő szakmai színvonalának fenntarthatóságát.
- A droproblémákkal küzdők ellátásában dolgozó egészségügyi, szociális és más szakemberek számára a hatékonyabb munkamegosztás és munkavégzési körülmények érdekében egy képzési/továbbképzési lehetőségeket és új kompetencia kialakítást magában foglaló szakmai célrendszer kialakítása szükséges a szakterületen jelentkező szakemberhiány csökkentése érdekében.
- 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 fiatalok 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 részére indokolt a számukra szükséges és az intézményrendszer sajátosságaira tekintettel biztosítható 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, valamint a társult pszichiátriai betegségben szenvedőkre.
- Szükséges a veszélyeztetett személyek azonosítására alkalmas szűrővizsgálatok bevezetése és alkalmazása.

VI. 2. 4. Minőségbiztosítás, rendszerszintű irányítás, ellátásszervezés

- Szükséges a hazai és külföldi, bizonyítékokon alapuló eljárások, jó gyakorlatok kiemelt támogatása, a 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.
- A legális, terápiás célú kábítószerhez 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 ellátóháló.*
- *Olyan, a gyermek- és fiatalok addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer kialakítása szükséges, amely a valós szükségleteknek megfelelő országos lefedettséggel és széles körű hozzáféréssel működik.*
- *2020-ra minden ellátási egység alkalmazzon aktív megkereső és kezelésbe vonó technikákat a szenvedélybetegek elérése és kezelésbe vonása érdekében.*
- *A problémás szerhasználók és függők körében 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 essen át klinikai vagy szociális intézményi minőségbiztosítási auditon.*

VII. Kínálatcsökkentés

VII. 1. Főbb folyamatok

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

A kábítószer-bűnözés dinamikus jelenség, drámai gyorsasággal jelennek meg új szerek, terjednek el új elkövetési magatartások és változnak a csempészútvonalak.

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 csempészcsoportok, illetve a kannabisz terjesztésében meghatározó szerepet betöltő külföldi bűnözői csoportok. A hazai piacon az illegális és legális szintetikus kábítószer a kannabisz után a második leginkább keresett szercsoport. A kokain kínálata szintén folyamatosan növekszik.

A világhálón elkövetett bűncselekmények száma napról napra nő, a kábítószer, illetve az új pszichoaktív szerek kínálatával összefüggésben az egyik legnehezebben ellenőrizhető terület az internet alapú bűnelkövetés.

VII. 2. Szervezeti feltételek

Az országot behálózó csempész-, termesztő- és terjesztő csoportokkal az általános rendőrségi feladatok ellátására létrehozott bűnügyi 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. A bűnüldöző szervek elmúlt években lezajlott átszervezése révén ennek a feltételei alapvetően

rendelkezésre állnak, mindazonáltal a kábítószer-bűnözés folyamatosan változó dinamikája a továbbiakban is megfelelő reagálást igényel.

VII. 3. Célok, alapelvek, tevékenységi terület

Határozott cél, hogy 2020-ra a kereslet- és a kínálat-csökkentés egyensúlyának biztosítása mellett a rendelkezésre álló eszközök széles körű alkalmazásával a lehető legteljesebb mértékben visszaszoruljon kábítószer-fogyasztás mértéke Magyarországon. Különösen fontos ez azokon a színtereken, ahol a gyermekek, fiatalok fokozott veszélynek vannak kitéve: az iskolákban, a közművelődési intézményekben és a szórakozóhelyeken.

A Nemzeti Biztonsági Stratégia részletesen meghatározza a kábítószer-kereskedelemmel összefüggésben felmerülő hazai kihívásokat és az adekvát válaszokat. Rögzíti, hogy a kábítószer-bűnözés elleni sürgős és a jelenleginél célravezetőbb fellépés előfeltétele a rendészeti munka hatékonyságának növelése, az illetékes szervek technikai ellátottságának és személyi állománya képzettségének javítása, továbbá az illetékes nemzetközi szervezetekkel folytatott hatékony információcsere és együttműködés. Ennek érdekében növelni kell az ellenintézkedések hatékonyságát, meg kell erősíteni a bünszervezetek elleni fellépésért felelős szerveket, valamint a bűnügyi szakértői tevékenység személyi, anyagi és technikai bázisát. A fentieken túl fel kell állítani egy országos szintű, kábítószer-bűnözés elleni szolgálatot. A kábítószer-ellenes küzdelem átfogó társadalmi feladatot is jelent, így az eredményes fellépés szempontjából különösen fontos a társadalmi bűnmegelőzés lehetőségeinek kihasználása.

Mindezek alapján a kínálatcsökkentés legfőbb stratégiai célja bármely visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyag Magyarországra történő bejutásának és a hazánkban megjelenő szerekhez való hozzáférés megakadályozása, illetve ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési terület érvényesítése.

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-prekursorok és pre-

prekursorok, kábítószeres, pszichotróp és új pszichoaktív anyagok szigorú ellenőrzését egyaránt érinti.

Foglalkozik továbbá a nemzetközi együttműködésben megvalósuló kábítószer-ellenes közös 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 és a szervezett bűnözés közigazgatási vagy adminisztratív eszközökkel való visszaszorítása is beletartozik, aminek területén az említett szervek mellett elsősorban a helyi közösségnek, az önkormányzatnak és más helyi szervezeteknek (pl. egyházaknak), valamint üzleti vállalkozásoknak (pl. szórakozóhelyek üzemeltetőinek) lehet kulcsszerepük. 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 – függetlenül a kábítószeres egyes típusaitól – a jogszabályok által évtizedek óta folyamatosan megkövetelt zéró tolerancia elvén alapul és e tevékenység a kábítószer-kereskedőkre és termelőkre összpontosul. A kábítószeres között a tekintetben sincs különbség, hogy az egyes kábítószeres termeléséhez és kereskedelméhez kapcsolódó büntetőjogi felelősség alól sem függőség, sem más indok nem mentesíthet.

A kábítószer-kínálat visszaszorítása a jogszabályok által évtizedek óta folyamatosan megkövetelt zéró tolerancia elvét követi, tevékenységét pedig a kábítószer-kereskedőkre és termelőkre összpontosítja. A kábítószeres termeléséhez és kereskedelméhez kapcsolódó büntetőjogi felelősség alól sem függőség, sem más indok nem mentesíthet.

A rendőrség tevékenysége a kábítószeresekkel 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 kábítószereseket előállítók, termelők, forgalmazók, üzletszerűen kínálók által elkövetett bűncselekmények esetén a szigorú szabadságelvonás mellett a kábítószeresekkel összefüggésben keletkezett vagyon elvonását is

biztosítaniuk 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 bűnüldözés nélkülözhetetlen eleme az információk megszerzése, feldolgozása, hasznosítása, átadása. A kínálatcsökkentésre irányuló tevékenységben is szükséges a kábítószerrel előállításával, termesztésével, forgalmazásával, kínálásával kapcsolatban keletkezett információk összegyűjtése, elemzése és értékelése. Ennek érdekében növelni szükséges a rendészeti szervezetek közötti információcserét és annak hatékonyságát, amely mind az új típusú kábítószerrel, mind az új típusú elkövetési módok tekintetében nagy segítséget nyújthat. A kínálatcsökkentés további eleme a kábítószerrel kapcsolatos különböző bűncselekményekre felhívó, illetve a kábítószerrel 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 kábítószerrel, pszichotróp és új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos visszaélések lehetőségének csökkentése érdekében az illegális felhasználás elleni fellépést erősíteni kell. 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

- A nyomozati munka támogatása és az eljárások felgyorsítása érdekében tovább kell fejleszteni a szakértői háttér személyi állományát és technikai felszereltségét.
- A nemzetközi és európai uniós folyamatoknak megfelelően elő kell segíteni a kábítószer-vizsgáló laboratóriumi hálózat szakmai, tudományos fejlődését és technikai fejlesztését, kapacitásuk igény szerinti bővítését.
- A kábítószer-bűnözés elleni rendőri egység fejlesztése során a multidiszciplináris (gazdaságvédelem, informatikai környezetben megvalósuló) fellépést lehetővé tévő

képességek további bővítése, a rendelkezésre álló technikai eszközök és felszerelések fejlesztése, a helyi-területi rendőri szervek felé a szakirányítás erősítése szükséges.

- Növelni szükséges a hazai rendészeti szervezetek közötti információcsere hatékonyságát.
- A sikeres és kellően elrettentő, megfelelő visszatartó erőt képviselő büntetőeljárások érdekében javítani kell a rendészeti szervek és az igazságügyi hatóságok együttműködését, elsősorban az ügyészek és bírák új elkövetési formákról, magatartásokról való megfelelő tájékoztatása és képzése révén.
- El kell végezni az új pszichoaktív anyagok vonatkozásában 2012-ben elfogadott szabályozás utólagos hatásvizsgálatát, és a következtetések alapján fejleszteni kell a jogszabályi kereteket és/vagy a gyakorlati alkalmazásukat. Ennek keretében meg kell vizsgálni a szigorúbb, a kábítószerekre vonatkozó szabályozáshoz jobban közelítő, illetve egy önálló, a gyógyszerekről szóló törvény keretein kívül, az illegális droghasználatról szóló önálló jogszabály szükségességét is.
- Mivel a kábítószer-bűnözés a nemzetközi szervezett bűnözés része, amelyben jellemző a határon átnyúló elem, a hatékony és aktív rendészeti fellépéshez elengedhetetlen a két- és többoldalú nemzetközi kapcsolatok kialakítása, fenntartása és folyamatos fejlesztése. Biztosítani kell a kábítószer-bűnözés elleni rendőri egységek számára a napi szintű nemzetközi kapcsolattartást. Ebben a vonatkozásban meghatározó az Európai Unió 2014-2017-es súlyos és szervezett bűnözés elleni szakpolitikai ciklusában való aktív rendőrségi részvétel. Ezen időszakra szóló uniós prioritások előírják, hogy csökkenteni kell az EU-ban a szintetikus kábítószer előállítását, akadályozni kell a szintetikus kábítószerekkel való kereskedelemben részt vevő szervezett bűnözői csoportok tevékenységét, csökkenteni kell az EU-ba irányuló kokain- és heroin-kereskedelmet, valamint akadályozni kell az EU-n belüli terjesztés elősegítésével foglalkozó szervezett bűnözői csoportok tevékenységét. Ennek végrehajtása a hazai bűnüldöző szervek számára is nemzeti szinten leképezendő és végrehajtandó kiemelt fontosságú feladat.
- Gyakoribbá kell tenni az európai uniós kezdeményezések alapján létrejövő operatív együttműködésben való részvételünket, valamint a határon átnyúló információcsere-t. Fokozni kell az Europol felé történő információ-szolgáltatást és aktívan igénybe kell venni a rendelkezésre álló európai elemző-értékelő kapacitásokat. Növelni kell a közös bűnfelderítő és nyomozócsoportok számát. Minden rendelkezésre álló nemzetközi

információs csatornát (Interpol, SELEC, PCC SEE, kétoldalú kapcsolatok) és a jogszabályok alapján adott együttműködési formákat maximálisan ki kell használni az érdemi együttműködés további javítása érdekében.

- Aktív és kezdeményező fellépésre van szükség a nemzetközi szinten a kábítószer-, pszichoaktív anyagok és ehhez kapcsolódó termékek, technológiák országba áramlásának megakadályozása érdekében. Ehhez bővíteni szükséges a belügyrendészeti kapcsolatainkat a jelenleg a legnagyobb kockázatot hordozó „Selyemút” országokkal. Ehhez a hatékony, érdemi, napi szintű bűnügyi együttműködést lehetővé tevő szerződéses kapcsolatrendszer bővítése, valamint a térségbeli információszerző kapacitások fokozása szükséges (pl. összekötői pozíció létesítése, más uniós tagállamok térségben állomásozó összekötőinek igénybe vétele).
- Az egyelőre fennmaradó schengeni külső határszakaszokon (ideértve a légi határt is) fokozni kell a kábítószer-bűnözéshez kapcsolódó csempészjellegű elkövetési magatartások elleni fellépést olyan integrált metodika révén, amelyben Rendőrség bűnügyi és határrendészeti szolgálati ága, valamint a NAV is megfelelően együttműködik. Emellett, tekintettel a meglévő és tovább bővülő schengeni belső határszakaszokra, fokozni szükséges a vonatkozó mélylési ellenőrzési tevékenységet.
- A legális nemzetközi áruforgalom szerepe növekszik, mivel a postai és csomagküldő szolgáltatásokat a csempészek egyre intenzívebben veszik igénybe. Ennek érdekében javítani kell a bűnüldöző szervek és ezen ágazat szereplői közötti együttműködést tapasztalatcsere, képzés, együttműködési megállapodások, rendszeres egyeztető fórum létrehozása révén.
- A társadalmi bűnmegelőzés eszközrendszerére, jelenlegi és majdani kapacitásaira mind a kereslet-, mind a kínálatcsökkentés kapcsán támaszkodni kell.
- Erősíteni kell az önkormányzatokkal való együttműködést, szerepvállalásukat a területükön folyó kábítószer-forgalmazás elleni fellépésre. Elsősorban a kábítószer-terjesztésre lehetőséget adó kereskedelmi és szolgáltatási egységek irányában aktívan alkalmazni kell a szervezett bűnözés elleni fellépés adminisztratív megközelítését a jogsértő cselekmények ellehetetlenítése, a bűncselekmények megelőzése, felderítése, illetve az elkövetők felelősségre vonása során.
- A visszaélések lehetőségének csökkentése és az illegális felhasználás elleni hatékony fellépés érdekében tovább kell fejleszteni a hatósági ellenőrzés személyi állományát és technikai felszereltségét.

- Elő kell írni az elektronikus adat ideiglenes hozzáférhetetlenné tételét (blokkolás) a büntetőeljárás nyomozati szakaszában a kábítószer-kereskedelem, a kóros szenvedélykeltés, a kábítószer készítésének elősegítése, továbbá az új pszichoaktív anyaggal visszaélés bűncselekmények megalapozott gyanúja alapján indított nyomozati eljárások esetén is.
- A kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési és munkabalesetek számának csökkentése érdekében fokozni kell a célzott közúti ellenőrzéseket, és meg kell teremteni a balesetet okozó gépkocsivezetők szűrésének lehetőségét, valamint bővíteni kell a munkavégzés során a kábítószeres befolyásoltág megelőzését célzó tevékenységet.

Prioritások:

- *A rendelkezésre álló szervezeti keretek között növelni kell a rendőrségi fellépés hatékonyságát. Növelni kell az ellenintézkedések hatékonyságát, megerősíteni a bűnszervezetek elleni fellépésért felelős szerv, valamint a bűnügyi szakértői tevékenységet végző szerv személyi, anyagi és technikai bázisát. A rendészeti munka hatékonyságának növelése érdekében szükséges az illetékes szervek személyi állománya képzettségének javítása is.*
- *Fejleszteni kell az érintett hazai rendészeti szervek közötti, illetve az egyes szakterületek közötti kommunikációt és információcserét, továbbá az együttműködés hatékonyságát.*
- *Fejleszteni és folyamatosan biztosítani kell a kábítószer-bűnözés elleni rendőri egységek és az egyéb érintett szervek számára a napi szintű két- és többoldalú nemzetközi kapcsolattartást, az uniós és nemzetközi műveleti együttműködésekben való részvételt.*

VIII. A megvalósulás feltételei: emberi és társadalmi erőforrások

VIII. 1. Áttekintés és a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósulásának nyomon követése

A kábítószer-probléma kezelésére irányuló Nemzeti Drogellenes 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 Drogellenes Stratégia az alábbi kiemelt területeken kívánja ösztönözni a társadalmi erőforrások fejlesztését.

VIII. 1.1. Nyomon követés és értékelés

A Nemzeti Drogellenes Stratégia rövid távú megvalósítási menetrendjét a stratégia elfogadását követően kidolgozandó szakpolitikai program tartalmazza. A szakpolitikai program biztosít lehetőséget az egyes részterületeknek az ágazati prioritások, a felelősök, a források és a határidők megfogalmazására.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósulását – az érintett államigazgatási, illetve szakmai szereplők véleményének megismerésével – 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 Drogellenes Stratégia hatékonyságát jelző legfontosabb mutatókat.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia nyomon követéséhez 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 javaslatot tesz ilyen programokra.

A Nemzeti Drogellenes Stratégiában foglalt célok megvalósulását az (1) egészségfejlesztés, kábítószer-megelőzés, a (2) kezelés, ellátás, felépülés, illetve (3) a kínálatcsökkentés területén rendszeres adatgyűjtésen alapuló hazai és nemzetközi adatbázisokhoz kapcsolódó indikátorok biztosítják. A Nemzeti Drogellenes Stratégia monitorozásához szükséges legfontosabb mutatókat (indikátorokat), azok rövid tartalmát, a gyűjtésükért felelős intézményeket, szervezeteket az *5. számú melléklet* tartalmazza.

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 nyomon követése döntő mértékben támaszkodik az EMCDDA⁸ által kialakított kulcsindikátorokra. Az információk a meglévő intézményrendszerek együttműködésével válnak elérhetővé a döntéshozók számára.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia félidei 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 szakpolitikai 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 szakpolitikai 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 és az hozzájuk kapcsolódó ismereteknek meg kell jelenniük a pedagógusok, az orvosok, a pszichológusok, a jogászok, a rendészeti, illetve médiakommunikációs szakemberek, a

⁸ A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

lelkészek, a védőnők és a 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 Drogellenes Stratégia hatékony megvalósításához elengedhetetlen szakemberképzést és ismeretátadást, amelyek 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 szakterületek formális továbbképzési rendszerébe. A közösségi környezetben végzett munkához kapcsolódó ismereteknek és készségeknek, valamint a multidiszciplináris csoportmunka sajátosságainak hangsúlyosabban meg kell jelenniük az orvosi, egészségtudományi és szociálismunkás-képzési, és -továbbképzési programokban.

A jelentős elmaradásokra tekintettel egyes szakterületeken további külön szakemberképzési erőfeszítések is szükségesek. Ilyen szakterület például a gyermek- és 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, a szerfogyasztásból eredő problémáik megelőzése és kezelése. A hiányzó szakemberek pótlását segítő ösztönzőrendszer 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 kistérségekben 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 helyi szinten a kábítószer-probléma kezelésében részt vevő 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 Drogellenes Stratégia, valamint az ahhoz készült szakpolitikai 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 Drogellenes Stratégia, valamint a szakpolitikai 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. A helyi együttműködések koordinációja

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tevékenysége helyi szinten összehangolja a közösség és az 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. Ezek 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 – a közigazgatás átalakult rendszerére tekintettel – létrejussanak, illetve újjászerveződjenek 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 vesznek részt.

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 Nemzeti Drogellenes Stratégiához kapcsolódó feladatok finanszírozása

A Nemzeti Drogellenes Stratégia által megjelölt feladatok megvalósításához szükséges pénzügyi feltételek biztosítása egyrészt fejlesztési, struktúraváltási, a hatékonyságok növekedését eredményező többletforrások bevonását igényli, ami elsősorban a 2014–2020-as tervezési időszakra szóló uniós és egyéb nemzetközi finanszírozású pályázati programokat jelenti, másrészt a jelenlegi finanszírozási rendszer átalakítását teszi szükségessé. Az átalakítás olyan irányba történjen, hogy a források felhasználásának optimalizálása révén 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 Drogellenes Stratégia megvalósítását célzó feladatok a későbbiekben jóváhagyandó szakpolitikai programok tervezési szintjén fognak véglegesen a felelősök, a források és a határidők megjelölésével.

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

teljes körű 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 (pl. 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 szerfogyasztására vonatkozó adatok rendszeres felvételét, továbbá a kábítószer-probléma különböző összefüggéseire irányuló célzott kutatások támogatását. 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 Magyarország uniós tagságából eredő jelentési kötelezettségeket, másfelől megbízható képet kell szolgáltatniuk 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 (pl. gazdasági) szereplők tevékenységének a lelki egészségre gyakorolt hatások szempontjából történő értékelése. Ezért rendszeresen el kell végezni e hatások vizsgálatát, aminek alapfeltétele a megfelelő módszertan kidolgozása.

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 való aktív részvétel biztosítja a hazai kutatási tevékenység magas színvonalát, az új kezdeményezések gyors megjelenését a megelőzésben, a kezelésben és a bűnüldözésben egyaránt. (A legfontosabb kábítószerügyekben tevékenykedő nemzetközi szervezetek listáját a *4. számú melléklet* tartalmazza).

VIII. 7. A Nemzeti Drogellenes 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.

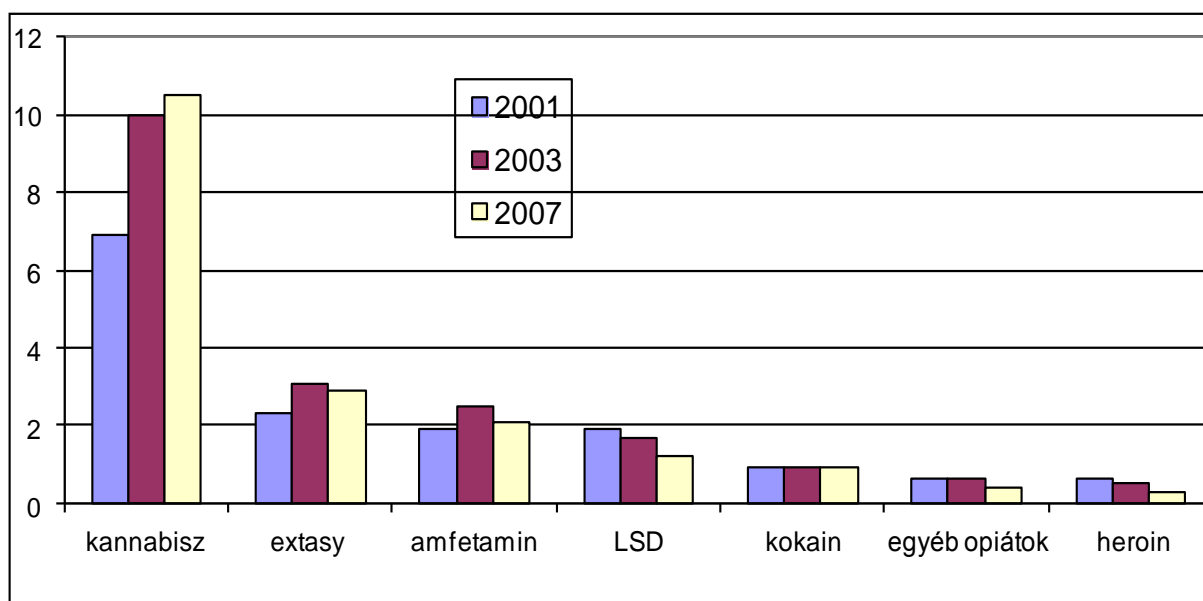
- A szerfogyasztáshoz kapcsolódó problémák megelőzése és hatékonyabb kezelése érdekében képzések és továbbképzések megvalósítása szükséges, különös tekintettel az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberekre. A rendszeres és a célzott programok tervezhetősége érdekében szükséges a finanszírozási háttér megteremtése.
- 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 való részvételt.
- Fejleszteni kell a pályázói tevékenységet az uniós és egyéb források kábítószerügyi szakterületen történő hatékonyabb elérése és felhasználása érdekében.

Ábrák és táblázatok

1. ábra

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

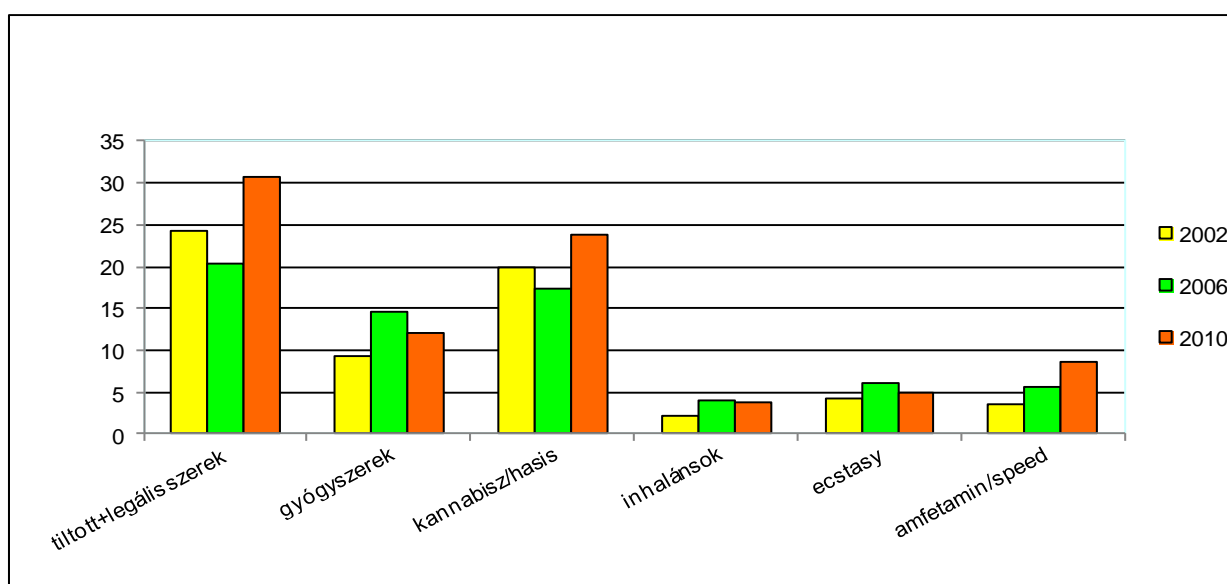
Forrás: (Paksi, 2003.; Paksi, Elekes 2004; Paksi, Arnold. 2007



2. ábra

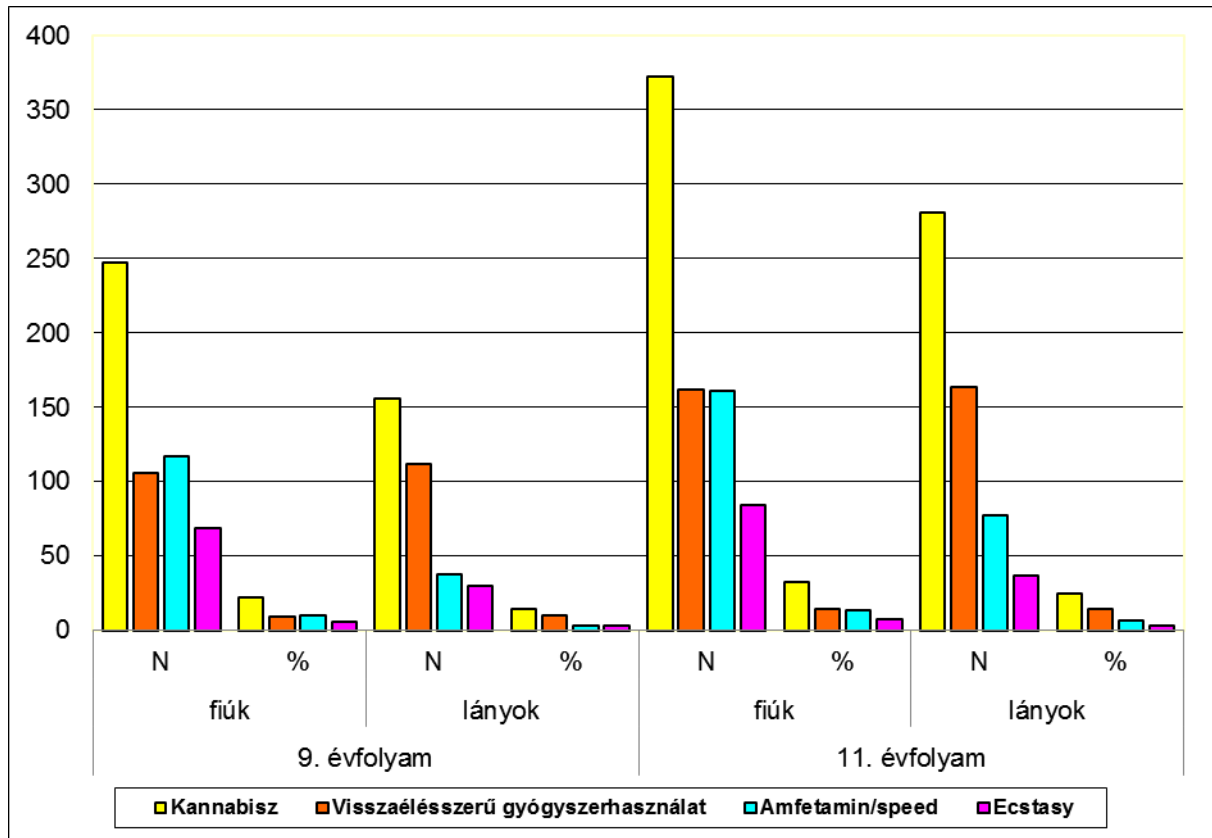
Az életprevalencia-értékek alakulása (%-ban megadva) a 9–11. osztályos tanulók körében (HBSC 2002-2010)

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

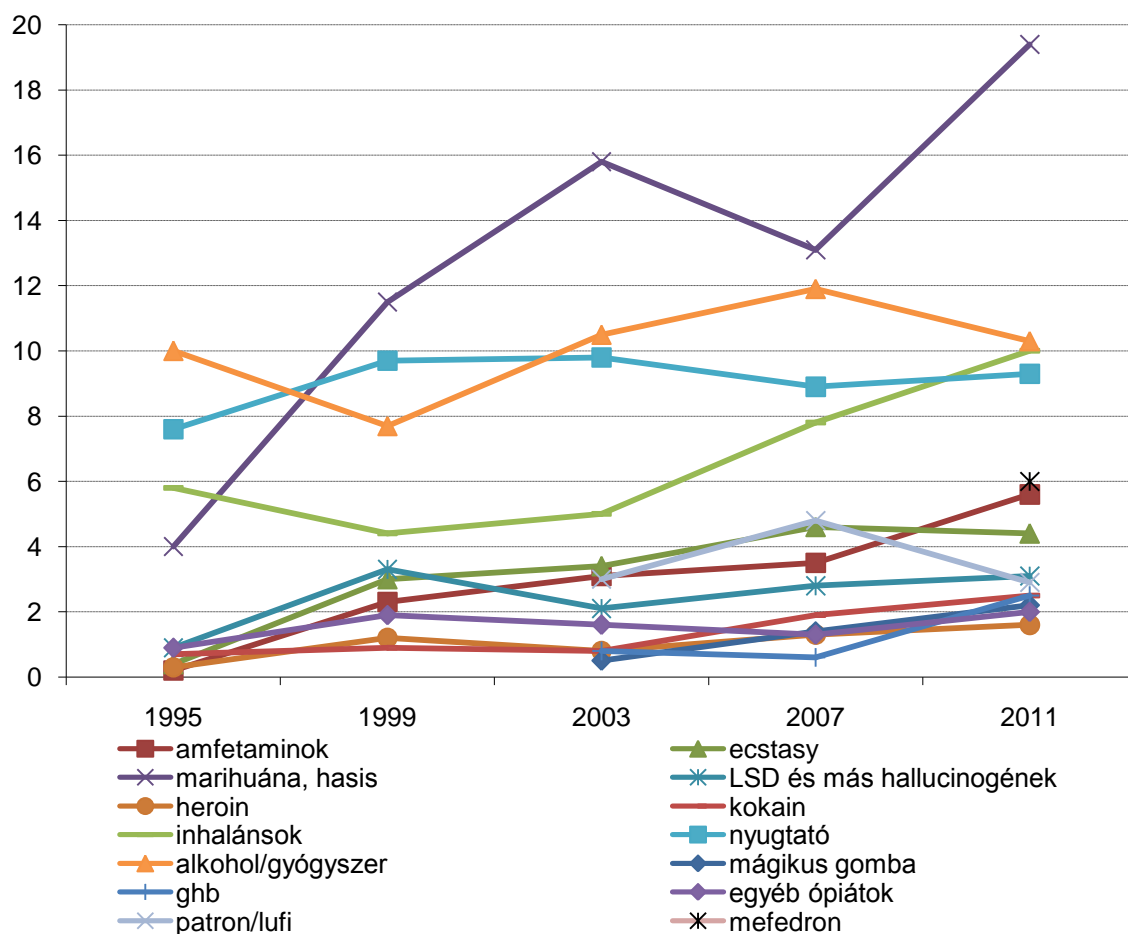


3. ábra
**A leggyakoribb életprevalenciájú illegális szerek
nem és évfolyam szerinti bontásban (HBSC 2010)**

Forrás: Németh, 2011

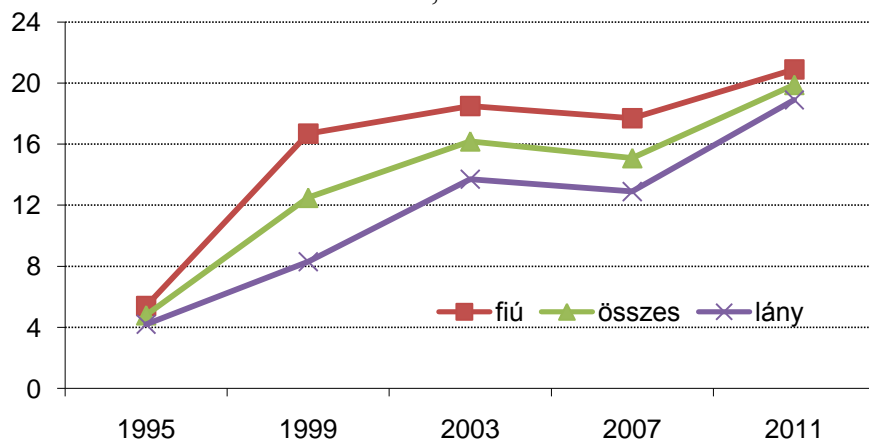


4. ábra
A tiltott és legális szerek életprevalencia-értéke 16 éves diákok körében 1995–2011 között (%)



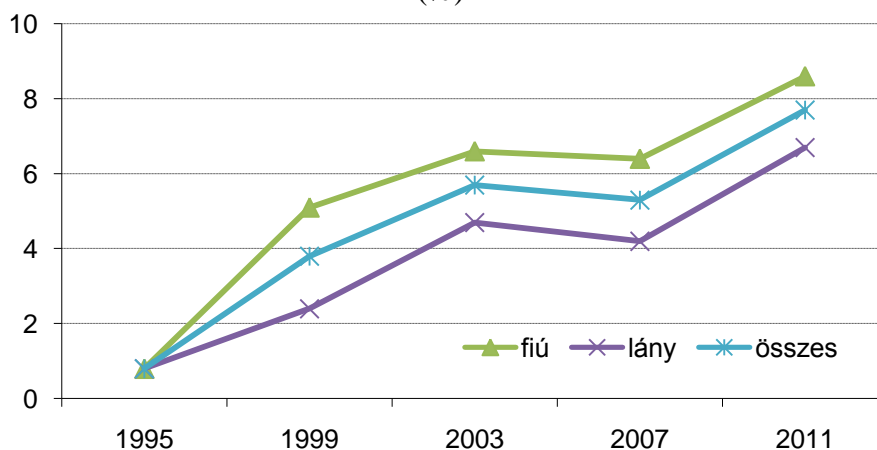
Forrás: Elekes 2012
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves jelentés 2012

5. ábra
A tiltottszer-fogyasztás életprevalencia-értékének változása 16 éves diákok körében
nemenként, 1995–2011



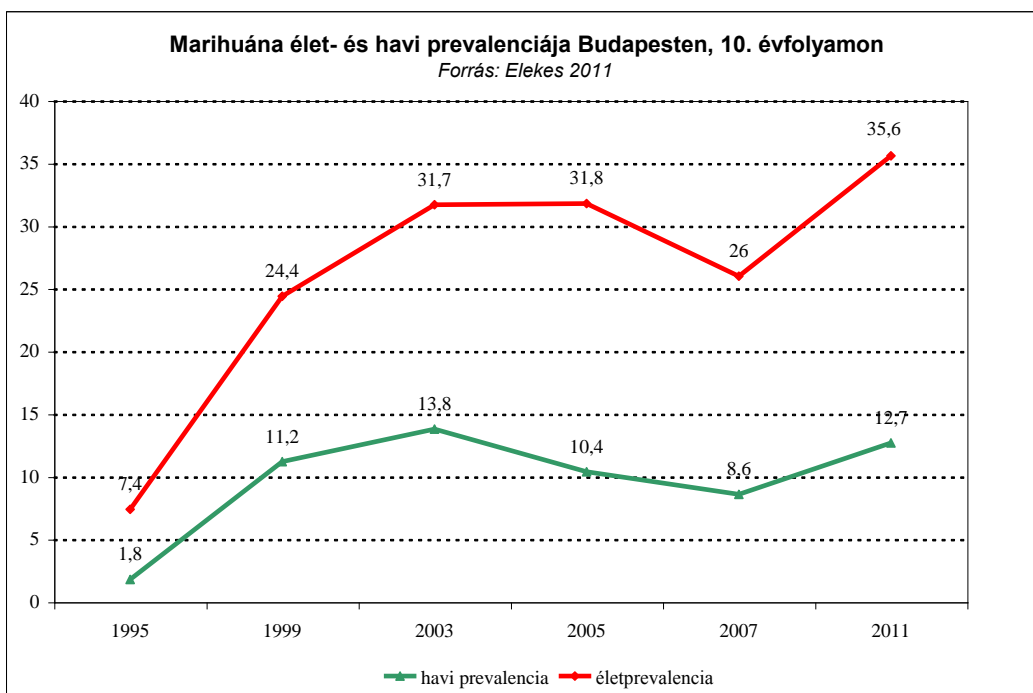
Forrás: Elekes 2012
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves jelentés 2012

6. ábra
A marihuána havi prevalenciaértékei 16 éves diákok körében, nemenként 1995–2011 között
(%)

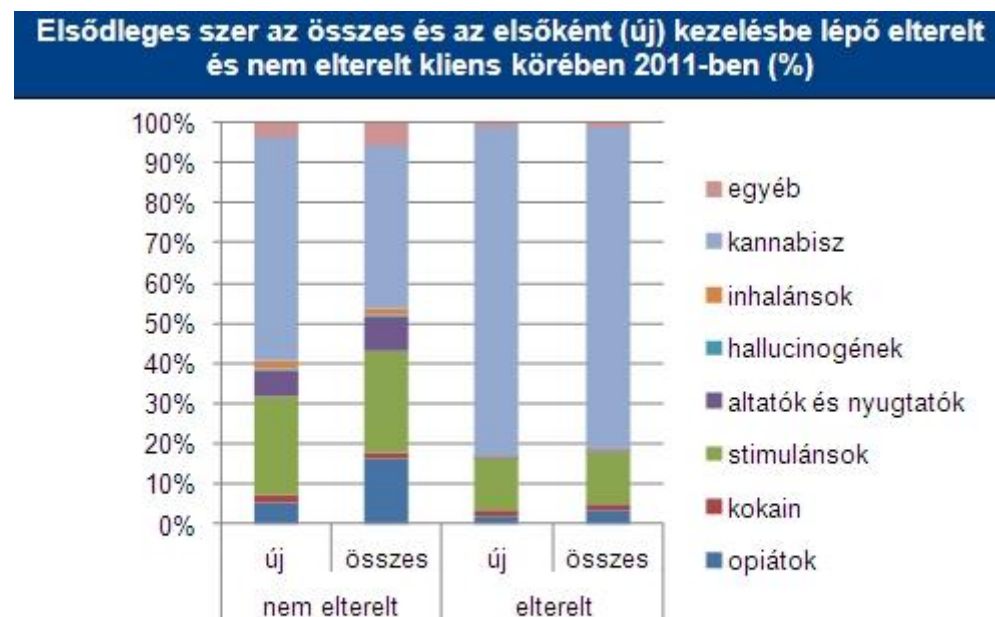


Forrás: Elekes 2012
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves jelentés 2012

7. ábra



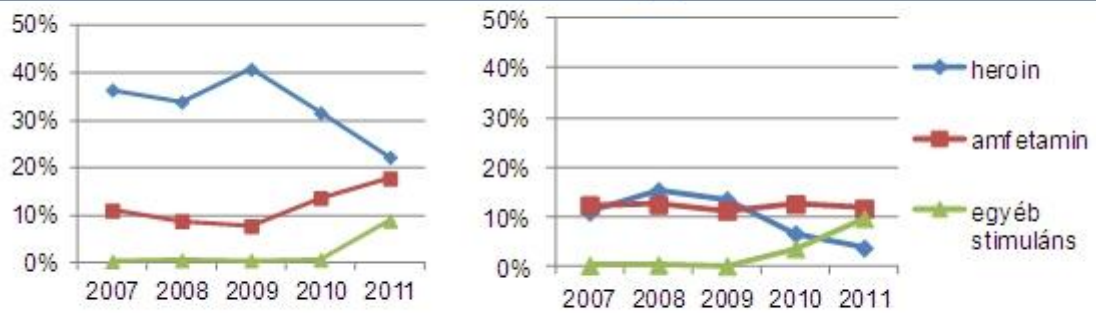
8. ábra



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2012

9.ábra

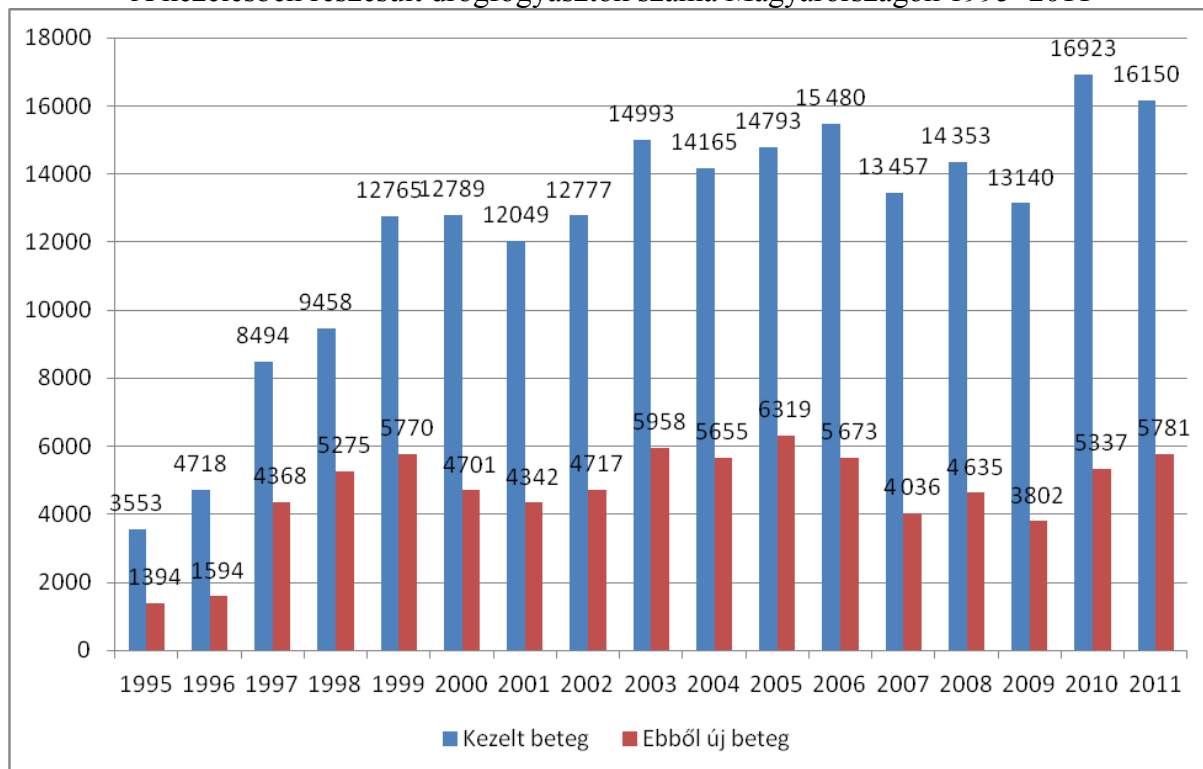
A heroin, amfetamin és egyéb stimuláns fogyasztók arányának alakulása a korábban már kezelték (első ábra) és az elsőként kezelésbe lépők (második ábra) (nem eltereltek) körében 2007 és 2011 között (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2012

10. ábra

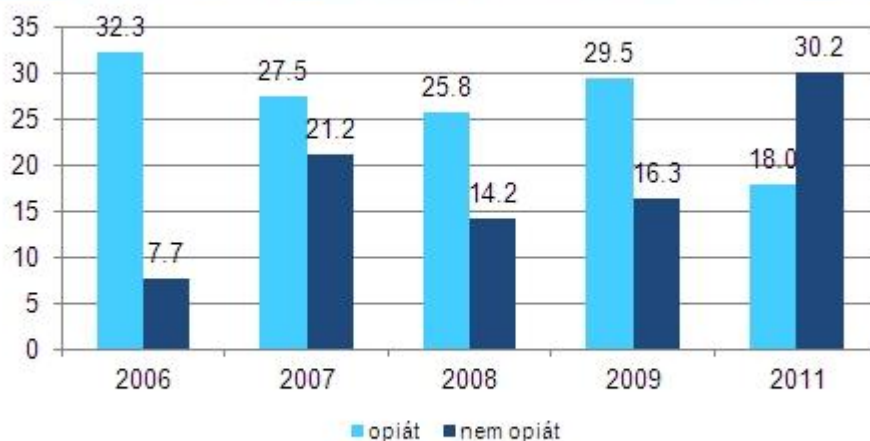
A kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon 1995–2011



Forrás: EMMI (ESzCsM) 1211 sz. ágazati adatgyűjtés

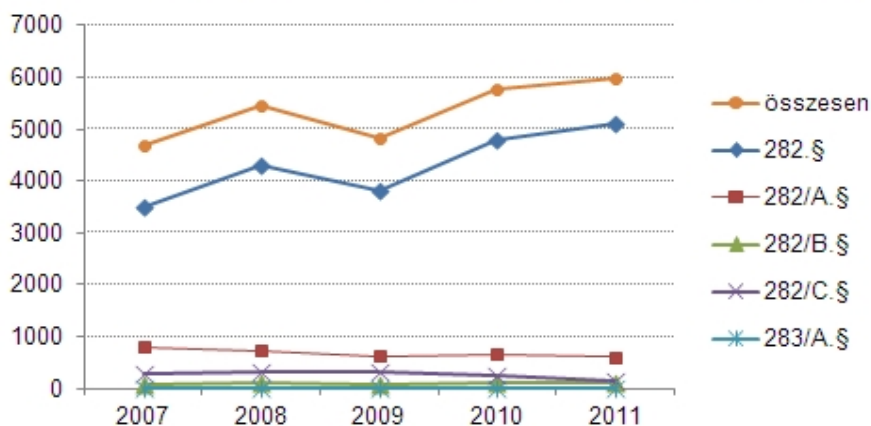
11. ábra

Az országos prevalencia vizsgálatban részt vett intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége (%) az elsődlegesen injektált szer típus szerinti bontásban, 2006 – 2011

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont
Nemzeti Drog Fókuszpont – Eves Jelentés 2012

12. ábra

A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma összesen és a Btk. visszaélés kábítószerrel tényállásai* szerinti bontásban, 2007-2011 között



- *282. § fogyasztói magatartások: természet, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, vagy az ország területén átvisz;
 282/A. § kereskedői magatartások: kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik;
 282/B. § 18 év alatti/18. életévét be nem töltött személy felhasználásával elkövetett fogyasztói és kereskedői típusú magatartások;
 282/C. § kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói és kereskedői típusú magatartások;
 283/A. § kábítószer prekuzorral elkövetett visszaélések.

Forrás: ENYÜBS 2012
 Nemzeti Drog Fókuszpont - Éves Jelentés 2012

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 Drogellenes Stratégiához

**A Nemzeti Drogellenes Stratégia készítésekor fennálló szakmapolitikai környezet
gyorsértékelés
SWOT-módszerrel**

Erősségek	Gyengeségek
<ul style="list-style-type: none"> – A Kormány rendelkezik kábítószerügyi szakmai kapacitásokkal, valamint számos szakmai háttérintézmény is segíti a szakmai döntéshozatalt. – Magyarország 2000 óta rendelkezik nemzeti drogstratégiával. – Kialakult a kábítószer-probléma megismeréséhez szükséges intézményi infrastruktúra. – A 18 év alatti korosztály körében két, nemzetközi standardok alapján végzett (ismétlődő) vizsgálat is történt az elmúlt másfél évtized során (HBSC és ESPAD). – A felnőtt lakosságra kiterjedő vizsgálatok vonatkozásában is van hazai tapasztalat. – A szociális területen szélesedett az ellátások köre. – Az ellátórendszer működésének keretei jogilag szabályozottak. – A Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központon keresztül rendszeres adatgyűjtés folyik a területet érintő legfőbb változásokról. 	<ul style="list-style-type: none"> – A különböző ágazatokhoz tartozó intézkedések, intézmények között gyenge az együttműködési készség (oktatás/képzés – munkaügy – szociális ágazat – egészségügy). – Egyes szakterületek, kiemelt problémakörök (devianciák, függőségek, betegségek) kezelésére nem rendelkezünk érvényben lévő stratégiával. – A már meglévő, különböző szakterületi stratégiák, illetve cselekvési terveik összehangolása csak részben valósul meg. – 2007 után nem készült a felnőtt lakosság szerfogyasztására irányuló felmérés. – Az ellátórendszer egyes elemei hiányoznak (pl. gyermek-addiktológiai ellátás). – Szinte teljes egészében hiányzik a drogstratégia helyi szintű (regionális, megyei, városi stb.) döntéshozói beágyazottsága. – Az ellátórendszer területi egyenetlenségeket mutat. – Az egyes szolgáltatási formák esetében nincs egységes szakmai iránymutatás. – A stratégiai dokumentum jellege koncepcionális, szemléleti és értelmezési keretet nyújtó, így az egyes regionális különbségekre csak korlátozottan képes reagálni. – A forrásallokáció a legtöbb esetben csak lassan tudja követni az

	ellátórendszerben jelentkező változó szükségletek forrásigényét. Ez többek között nehezíti az egyes ellátási formák szinten tartását, fejlesztését.
Lehetőségek	Veszélyek
<ul style="list-style-type: none"> – A Nemzeti Drogellenes Stratégia szempontjából kiemelten jelentős ágazati területek közül több egy minisztérium irányítása alá tartozik (oktatás/képzés – szociális – egészségügy). – Folyamatban van az egyes szakmai fogalmi keretek újragondolása (ágazatok közötti, ágazaton belüli párbeszéd), az egyes szakmai folyamatok szabályozása. – Számos jó gyakorlat létezik a civil és egyházi területen. – Az Európai Unió rendelkezik drogstratégiával és kapcsolódó akciótervvel (iránymutatás az uniós tagállamok számára). – A nemzetközi kapcsolatrendszerből számos jó gyakorlatot, működő technikát megismerhetünk. – Aktív társadalmi, nem kormányzati szereplői vannak a hazai kábítószerpolitikának. – Az infokommunikációs technológia kulcsszerepet tölt be a közbeszéd témái, a beállítódások, vélemények, ítéletek, az értékvilág és az életmód alakításában. – A Korai Jelzőrendszer létfontosságú az újonnan megjelenő „legális” szerekre reagáló ellátórendszeri és büntetőjogi lépések megtételéhez. – A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési tapasztalatai hozzájárulhatnak a drogstratégia helyi szintű, döntéshozói beágyazódásának erősítéséhez. 	<ul style="list-style-type: none"> – A drogfogyasztással kapcsolatos elfogadó attitűdök (elsősorban a fiatalok, fiatal felnőttek vonatkozásában) szélesebb körben elterjedhetnek a társadalomban. – A drogfogyasztókkal szembeni (elsősorban a felnőtt lakosság részéről megjelenő) túlzott társadalmi előítélet ronthatja egyes beavatkozások hatékonyságát. – A területen működő állami és társadalmi szervezetek túlnyomó részt forráshiánnyal küzdenek. – Gyorsan változik az illegális szerek fogyasztási mintázata. Újabb és újabb szerek jelennek meg a drogpiacon. – Egyes területeken (például gyermekpszichiátria, gyermek-addiktológia szakemberhiány mutatkozik. – A „függőség kultúrája”, a negatív társadalmi minták (pl. széles körben elfogadott alkoholfogyasztás, dohányzás).

Fogalomtár

I.

Dizájner drog: Mesterséges, megtervezett módon olyan pszichoaktív hatású molekulát hoznak létre, ami nem szerepel a kábítószeres listáján. Amíg tiltólistára nem kerül a szer, legálisan forgalmazható és használható. Az „új típusú” dizájner drog jellemzően a 2010-től megjelenő szereket jelenti, amelyek közül 2010-ben a leginkább elterjedt a mepredon 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 a kábítószeres, illetve a veszélyes pszichotróp anyagok Egyesült Nemzetek Szervezete által elfogadott listáin. (A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 459. § (1) bekezdés 18. pontja, az 1978. évi IV. törvény 286/A. § (2) bekezdése 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 Drogellenes Stratégia szövegének értelmében nem értendő *kábítószer-használatnak* a gyógyászati célú, orvosi ellenőrzés mellett történő alkalmazás.

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

Pszichoaktív drog, pszichoaktív anyag, pszichoaktív szer: 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 egészén belül peremhelyzetbe sodródnak, vagy ottlétük 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, amely 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: mesterségesen, fizikai, kémiai, illetve biológiai úton előállított kábítószer.

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 preventív stratégiák a populáció egészét (országosan, helyi közösségekben, iskolában) szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a problémás-viselkedés (alkohol, dohányzás, kábítószer-fogyasztás) megjelenését igyekeznek megakadályozni, illetve késleltetni. A preventív 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.

Céltott 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 ok-okozati kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a problémás viselkedés kialakulása között.

Javallott megelőzés: Ez a kategória olyan preventív 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, 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 mindenekelőtt a környezeti megelőzés módszerét támasztják alá, amely nagyobb mértékben támaszkodik a környezet megváltoztatására, mint a pusztá meggyőzésre. Eszerint a fiataloknak szóló prevenció 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 tételének 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 hozzáférésről. Az *egészségpolitikát* meg kell különböztetni az egészséget támogató társadalompolitikától, mivel az előbbi elsősorban az egészségügyi ellátásban és programokban érdekelt.

Elterelés, elterelt: A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény lehetőséget ad a „kábitószer birtoklása” bűncselekmény bizonyos, törvényben meghatározott eseteiben az elkövető számára a büntetés elkerülésére. A törvény 180. §-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.

Erre azonban csak akkor van lehetőség, ha az eljárás alá vont személy a bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül

- nem részesült elterelésben, továbbá
- kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt büntetőjogi felelősségét nem állapították meg.

A büntetés elkerülésére az *elterelés* biztosít lehetőséget, 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 *eltereltnek*.

ESPAD: Alkoholral 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” nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.

Helyettesítő vagy 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 (pl. intravénás használat) eredő károkat és az ezzel járó egészségügyi veszélyeket (pl. 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 (pl. 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 (pszichiátrizáló): Egy adott jelenség elsősorban orvosi (pszichiátriai) szempontú értelmezésének, kezelésének előtérbe állítása.

Mentálhigiéné: Az egészséges lélektani folyamatok és személyközi kölcsönhatások fejlesztésére, illetve a pszichés működészavarok megelőzési lehetőségeire vonatkozó szemlélet és elméletrendszer, interdiszciplináris megközelítésmód, illetve társadalmi gyakorlat, amely intézmények, szervezetek, embercsoportok – magukat egészségesnek érző emberek – mozgósítására és megváltoztatására irányul.

Motiváció: Indíték, késztetés valamely magatartásforma, viselkedésmód, cselekvés vállalására vagy éppen korlátozására, visszafogására. A drogokkal kapcsolatosan a fogyasztáscsökkentés törekvését vagy a kezelésbe vétel 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 hatótényezőik 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. 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 képzéses fejlesztéssel a közösségbe való visszailleszkedés érdekében. Különösen pszichiátriai és szenvedélybeteg felépülését célzó közösségi ellátás 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.

A legfontosabb kábítószerügyekben tevékenykedő 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 Bűnmegelőzési Hivatala: Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (UNODC) az ENSZ illegális kábítószer 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 együttműködések kezdeményezését 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 tagországi 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.

Europol - Európai Rendőrségi Hivatal (European Police Office): az Európai Unión belüli rendőrségi együttműködés legfontosabb intézménye. Az Europol célja, hogy javítsa az európai bűnüldöző hatóságok eredményességét és együttműködését a nemzetközi bűnözés súlyos formáinak és a szervezett bűnözésnek a megelőzésében és leküzdésében, azért, hogy munkája nyomán minden európai polgár számára biztonságosabb legyen Európában élni.

Eurojust: az Európai Unió által létrehozott szervezet, amely a tagállamok illetékes igazságügyi hatóságai közötti koordinációt ösztönzi és javítja a nyomozások és büntetőeljárások terén. A szervezet munkája során figyelembe veszi a tagállamok illetékes hatóságaitól érkezett kéréseket és a Szerződések keretében elfogadott jogszabályok által felhatalmazott testületektől (Európai Igazságügyi Hálózat, Europol, OLAF) kapott információkat.

5. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

**A Nemzeti Drogellenes Stratégia nyomon követéséhez szükséges legfontosabb
indikátorok**

Indikátor	Indikátor rövid leírása	Indikátor gyűjtését/elsődleges adatgyűjtést végző szervezet
Tiltott szerek fogyasztása a felnőtt populációban (GPS) *EMCDDA-kulcsindikátor	A legfontosabb tiltott szerek fogyasztásának jellemzői (pl. 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
Tiltott szerek fogyasztása a fiatalkorúak körében - ESPAD (GPS) *EMCDDA-kulcsindikátor	A legfontosabb tiltott szerek fogyasztásának jellemzői (pl. élet-, elmúlt évi és elmúlt havi prevalencia) a fiatalkorúak körében.	Szakmai konzorcium a feladatot eddig megvalósító munkacsoport (Corvinus Egyetem) és az Országos Egészségfejlesztési Intézet közreműködésével
Egészségmagatartás az iskoláskorúak körében - HBSC (GPS) *EMCDDA-kulcsindikátor	A legfontosabb tiltott szerek fogyasztásának jellemzői (pl. élet-, elmúlt évi és elmúlt havi prevalencia) a fiatalkorúak körében.	Országos Gyermekegészségügyi Intézet
Problémás szerfogyasztás a felnőtt népesség körében (PDU) *EMCDDA-kulcsindikátor	A teljes népességben történő vizsgálat a problémás szerfogyasztók számának becslésére (a mindenkori EMCDDA-módszertan szerint).	Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ / Országos Addiktológiai Centrum / Országos Rendőr-főkapitányság / Országos Epidemiológiai Központ / Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet / Igazságügyi Szakértői és Kutató Intézetek / Országos Toxikológiai Intézet
Kezelési Igény Indikátor (TDI) *EMCDDA-kulcsindikátor.	Illegális szerfogyasztás miatt kezelést kezdők száma és jellemzői.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek (DRID) *EMCDDA-kulcsindikátor	A kábítószeres fogyasztással 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
Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozások (DRD) *EMCDDA-kulcsindikátor	Az illegális szerfogyasztással kapcsolatos közvetlenül és közvetetten bekövetkező	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó

	halálesetek száma.	Központ / Igazságügyi Szakértői és Kutató Intézetek, Országos Toxikológiai Intézet / egyetemi orvostani intézetek / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet
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 színterek: nevelő-intézeti / gyermek-védelmi ellátásban részesülők, büntetés-végrehajtási intézetben lévők, hajléktalanok, prostituáltak, menekültek, éjszakai szórakozóhelyek.	Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ által koordinált célzott kutatások.
Kezelésben lévők esetazonosítóval történő adatgyűjtése (TDI-prevalencia és szubsztitúciós adatgyűjtés)	Azon személyek száma és jellemzői, akik 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
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
Kábítószer-lefoglalások	A lefoglalási események száma és a lefoglalt kábítószerek mennyisége.	Országos Rendőr-főkapitányság / Nemzeti Adó és Vámhivatal / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet
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
Lefoglalt kábítószerek összetétele, koncentrációja, tisztasága	Az utcai forgalomba kerülő, illetve lefoglalt kábítószerek összetétele, esetleges szennyezettsége, hatóanyag-tartalma.	Országos Rendőr-főkapitányság / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet
Új pszichoaktív anyagok (dizájner drogok) magyarországi megjelenése, korai jelzőrendszer	A nemzetközi kábítószer és pszichotrop egyezmények hatálya alá nem tartozó, ún. 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
Kábítószerekkel kapcsolatba hozható közlekedési	A kábítószer-fogyasztás közlekedésbiztonságra gyakorolt	Országos Rendőr-főkapitányság

bűncselekmények, szabálysértések, balesetek száma	hatásainak indikátora.	
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
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
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
Munkahelyi drogmegelőzési tevékenységek	Munkahelyi drogpolitikát bevezető munkahelyek száma, az érintett munkavállalók száma.	Országos Egészségfejlesztési Intézet
Kezelő-ellátórendszer adatai	Az illegális szerfogyasztókat (is) ellátó egészségügyi és szociális intézmények, szervezetek száma. A programok száma, forgalmi adataik, szolgáltatások, hozzáférhetőség, finanszírozási adatok, a munkatársak létszáma, a szak-képzettségre vonatkozó adatok.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda / Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Ártalomcsökkentő tevékenység	Az illegális szerfogyasztók célzott kockázatcsökkentésével 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
Büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe lépők, ilyen programokat befejezők száma	Az úgynevezett 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
Büntetés-végrehajtási intézetekben történő kábítószer-fogyasztással összefüggő	A büntetés-végrehajtási intézetekben zajló kezelési programok száma és tartalma,	Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és

kezelések, megelőzés, ártalomcsökkentés, visszavezető programok	illetve az ilyen programokban részt vevő elítéltek száma.	Kapcsolattartó Központ
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

A Nemzeti Alaptanterv kapcsolódása a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

A Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról szóló 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelettel (a továbbiakban: Nat.) kiadott Nemzeti Alaptanterv 1.1. Fejlesztési területek - Nevelési célok című fejezete meghatározza azokat a fejlesztési területeket, nevelési célokat, amelyek áthatják a pedagógiai folyamat egészét, s így közös értékeket jelenítenek meg. A célok elérése érdekében a pedagógiai folyamatban egyaránt jelen kell lennie az ismeretszerzés, a gyakoroltatás-cselekedtetés mellett a példák érzelmi hatásának is. E területek – összhangban a kulcskompetenciák alapját adó képességekkel, készségekkel, az oktatás és nevelés során megszerzett ismeretekkel, és a tudásszerzést segítő attitűdökkel – egyesítik a hagyományos értékeket és a XXI. század elején megjelent új társadalmi igényeket.

A Nat.-ban tudományos bizonyítékokra és nemzetközi tapasztalatokra épülve nem célzottan a különböző szerhasználatra (pl. kábítószer-fogyasztásra), illetve a szenvedélybetegségekre fókuszálva jelennek meg a pedagógiai célok, tartalmak és feladatok, hanem a rendszerszemlélet mentén az ok-okozati összefüggések figyelembevételével. Ezért számos műveltségterületen belül megfogalmazásra kerültek azok a tartalmak, amelyek a szenvedélybetegség kialakulásának megelőzését szolgálják, így különösen a testi-lelki egészségre nevelés, az önismeret, a stressz-, és konfliktuskezelés, az információgyűjtés, feldolgozás, a helyes döntés és végrehajtás módszerei, a kívánság és szükséglet fogalmának tisztázása és az értékek védelme.

A Nat.-ra épülő kerettantervek alapján a nevelési-oktatási intézmények a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendeletben meghatározottak szerint készítik el a helyi pedagógiai programjukat. A helyi pedagógiai programban a gyermekek, tanulók életkori sajátosságait szem előtt tartva az egyes évfolyamokon a drogellenes stratégiával koherensen a teljes körű egészségfejlesztés bevezetésével hatékony prevenciók munkája kezdődik. A hatékonyság záloga, hogy a Nat. nevelési céljai a helyi pedagógiai programokba beépülve jelenjenek meg a köznevelés folyamatában.

A köznevelés rendszere egymásra épülő ismeretátadáson nyugszik, így a gyermekek, tanulók testi-lelki egészségnevelése is, ezért a Nat. fejlesztési feladatrendszere szorosan kapcsolódik a kisgyermekkorai fejlesztés irányait meghatározó *Óvodai nevelés országos alapprogramjában* megfogalmazott célokhoz is.

A nevelési célok a következőképpen érvényesülnek a tartalmi szabályozás különböző szintjein és valósulnak meg a köznevelés folyamatában:

- beépülnek az egyes műveltségi területek, illetve tantárgyak fejlesztési követelményeibe, tartalmaiba;
- tantárgyak részterületeivé válhatnak, vagy önálló tantárgyként jelenhetnek meg az iskola helyi tanterve szerint;
- alsó tagozaton tematizálják a tanítói munkát, a felsőbb évfolyamokon pedig elsősorban az osztályfőnöki órák témaköreit;
- témákat, fejlesztési helyzeteket körvonalaznak a nem tanórai keretek között folyó, egyéb iskolai foglalkozások, programok számára.

A nevelési célok intézményi szintű tudatos követése, valamint a hozzájuk rendelt feladatok végrehajtása és végrehajtatása az intézményi pedagógiai kultúra és a színvonalas pedagógiai munka meghatározó fokmérője, a pedagógiai-szakmai ellenőrzés egyik fontos kritériuma.

A fejlesztési célok közül az erkölcsi nevelés, az önismeret és a társas kultúra fejlesztése, továbbá a testi és lelki egészségre nevelés mellett a családi életre nevelés is fontos szerepet kap. Ezen fejlesztési területek céljai az alábbiakban kerülnek kifejtésre:

Az erkölcsi nevelés terén a köznevelés alapvető céljaként fogalmazódik meg a tanulók erkölcsi érzékének fejlesztése, a cselekedeteikért és azok következményeiért viselt felelősségtudatuk elmélyítése, igazságérzetük kibontakoztatása, közösségi beilleszkedésük elősegítése, az önálló gondolkodásra és a majdani önálló, felelős életvitelre történő felkészülésük segítése.

További cél, hogy az erkölcsi nevelés életszerű legyen: készítsen fel az elkerülhetetlen értékkonfliktusokra, segítsen választ találni a tanulók erkölcsi és életvezetési problémáira. Nyújtson lehetőséget az emberi lét és az embert körülvevő világ lényegi kérdéseinek különböző megközelítési módokat felölelő megértésére, megvitatására. Az iskolai közösség élete, tanárainak példamutatása támogatja a tanulók életében olyan nélkülözhetetlen készségek megalapozását és fejlesztését, mint a kötelességtudat, a munka megbecsülése, a mértéktartás, az együttérzés, a segítőkészség, a tisztelet és a tisztesség, a türelem, a megértés, az elfogadás. A tanulást elősegítő beállítódások kialakítása – az önfegyelműtől a képzelőtehetségen át intellektuális érdeklődésük felkeltéséig – hatással lesz egész felnőtt életükre, és elősegíti helytállásukat a munka világában is.

Az önismeret és a társas kultúra fejlesztése szintén egyik fontos területe a megelőzésnek, mert az önismeret – mint a személyes tapasztalatok és a megszerzett ismeretek tudatosításán alapuló, fejlődő és fejleszhető képesség – a társas kapcsolati kultúra alapja. Elő kell segíteni a tanuló kedvező szellemi fejlődését, készségeinek optimális alakulását, tudásának és kompetenciáinak kifejezésre jutását, s valamennyi tudásterület megfelelő kiművelését. Hozzá kell segíteni, hogy képessé váljék érzelmeinek hiteles kifejezésére, a mások helyzetébe történő beleélés képességének az empátiának a fejlődésére, valamint a kölcsönös elfogadásra. Ahhoz, hogy az oktatási és nevelési folyamatban résztvevő tanulók az elsajátított készségekre és tudásra támaszkodva énképükben is gazdagodjanak, a tanítás-tanulás egész folyamatában támogatást igényelnek ahhoz, hogy tudatosuljon, a saját/egyéni fejlődésüket, sorsukat és életpályájukat maguk tudják alakítani. A megalapozott önismeret hozzájárul a kulturált egyéni és közösségi élethez, mások megértéséhez és tiszteletéhez, a szeretetteljes emberi kapcsolatok kialakításához.

A testi és lelki egészségre nevelés az egészséges életmódra neveléssel hozzásegíti a tanulókat az egészséges testi és lelki állapot örömteli megéléséhez. A pedagógusoknak ösztönözniük kell a tanulókat arra, hogy legyen igényük a helyes táplálkozásra, a mozgásra, a stresszkezelés módszereinek alkalmazására. Legyenek képesek lelki egyensúlyuk megóvására, társas viselkedésük szabályozására, a konfliktusok kezelésére. Az iskola feladata, hogy a családdal együttműködve felkészítse a tanulókat az önállóságra, a betegség-megelőzésre, továbbá a szabályok betartására a közlekedésben, a testi higiéniában, a veszélyes körülmények és anyagok felismerésében, a váratlan helyzetek kezelésében. A pedagógusok motiválják és segítik a tanulókat a káros függőségekhez vezető szokások kialakulásának megelőzésében.

A család kiemelkedő jelentőségű a gyerekek, fiatalok erkölcsi érzékének, szeretetkapcsolatainak, önismeretének, testi és lelki egészségének alakításában. A szűkebb és tágabb környezet változásai, az értékrendben jelentkező átrendeződések, a családok egy részének működésében bekövetkező zavarok szükségessé teszik a családi életre nevelés beemelését a köznevelés területére. A köznevelési intézményeknek ezért kitüntetett feladata a harmonikus családi minták közvetítése, a családi közösségek megbecsülése. A felkészítés a családi életre segítséget nyújt a gyermekeknek és fiataloknak a felelős párok kapcsolatok

kialakításában, ismereteket közvetít a családi életükben felmerülő konfliktusok kezeléséről. Az iskolának foglalkoznia kell a szexuális kultúra kérdéseivel is.

A Nat.-ban a következő műveltségi területeken kerültek kiemelten megfogalmazásra a testi-lelki egészséggel, az egészséges életmóddal összefüggő célok és feladatok:

1. ÉLETVITEL ÉS GYAKORLAT műveltségi területen belül az egészséges életmód, táplálkozás, tisztálkodás, öltözködés, higiénia, betegségmegelőzés, szenvedélybetegség-megelőzés, fogyatékkal élők segítése.
2. A TESTNEVELÉS ÉS SPORT műveltségi területen belül a fejlesztési feladatok között találjuk a prevenciót, az életvezetést és egészségfejlesztést, amelyen belül kiemelt területek: a prevenciós és szabadidős sporttevékenységek, az életmódot, életstílust és életminőséget befolyásoló egyéni, társas és csoportos tevékenységek.
3. EMBER ÉS TERMÉSZET műveltségi terület részeként mind a fejlesztési feladatok között, mind a közműveltségi tartalmakon belül az ember megismerése és egészsége címszó alatt részletezi a kapcsolódó feladatokat (főként az önfenntartás alcímhez rendelve).

INDOKOLÁS

A kábítószer-probléma kezelése, a kedvezőtlen folyamatok visszaszorítása, a kábítószer-használat és -kereskedelem csökkentése, a gyermekek és a felnövekvő generáció védelme közös társadalmi érdek. A fenti célok megvalósítására a közösségek, szakemberek, döntéshozók közötti együttműködést elősegítő, annak alapjait megteremtő Nemzeti Drogellenes Stratégia és az annak 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 2010-2018 " 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 fentiekén túl az új pszichoaktív szerek (ún. dizájner drogok) széles körű megjelenése szintén új kihívás elé állítja a kábítószerkérdéssel foglalkozó szakembereket.

Az új Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra, azaz nyolc évre állapít meg célkitűzéseket azzal, hogy az azok megvalósításához szükséges konkrét feladatok részletes kifejtésére szakpolitikai programok keretében kerül majd sor.

Az új Nemzeti Drogellenes Stratégiában megfogalmazott fő cél az illegális és a visszaélésszerű legális szerhasználat csökkentése célzott, közösségi alapú beavatkozások segítségével. A Nemzeti Drogellenes Stratégia célja a szerhasználat nélküli életmodell és az egészséget alapértékként közvetítő, közösségerősítő szemléletmód középpontba állítása, a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú látásmód képviselője.