

106/2009. (XII. 21.) OGY határozat

a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról

Az Országgyűlés abból a felismerésből kiindulva, hogy a kábítószer-használat és -kereskedelem kedvezőtlen hatásainak csökkentése kizárólag egységes szerkezetű és szemléletű, stratégiai elemeket megvalósító együttműködéssel érhető el, felismerve továbbá, hogy a kedvezőtlenül alakuló tendenciák megállításában kizárólag a drogprobléma kezelésében részt vevő minden szervezeti és intézményi formát magában foglaló fejlesztési terv érhet el eredményeket - összhangban az Európai Unió célkitűzéseivel és az ENSZ egyezményekkel -, a következő határozatot hozza:

1. Az Országgyűlés elfogadja a határozat mellékletét képező, a kábítószer-használat, valamint -kereskedelem kedvezőtlen hatásainak csökkentése érdekében készített „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére” című stratégiai programot (a továbbiakban: Nemzeti Drogstratégia).

2. Az Országgyűlés felkéri a Kormányt, hogy

a) jogalkotó és végrehajtó tevékenységében érvényesítse a Nemzeti Drogstratégiában elfogadott elveket, cselekvési célkitűzéseket és az azokhoz rendelt megvalósítási koncepciókat;

b) kormányzati cselekvési programokban gondoskodjék - a mindenkori költségvetési lehetőségek figyelembevételével - a megállapított célok és prioritások megvalósításának mérhető indikátorokat is magában foglaló eszközrendszeréről, a szükséges eszközökről és azok koordinált felhasználásáról, valamint arról, hogy a központi költségvetés tervezése során az érintett fejezetek felügyeletét ellátó szervek vezetői vegyék figyelembe a Nemzeti Drogstratégiában meghatározott célokat;

c) az első, a 2010-2012. évekre szóló kormányzati cselekvési programot a feladatok, a felelősök és a szükséges költségvetési források meghatározásával a Nemzeti Drogstratégia elfogadását követő három hónapon belül dolgozza ki;

d) háromévente tájékoztassa az Országgyűlést, illetve évente az Országgyűlés Ifjúsági, szociális és családügyi bizottságát, valamint Egészségügyi bizottságát a Nemzeti Drogstratégia megvalósulásáról, az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról, valamint minden illetékes bizottságát a szakterületét érintő kérdésekről.

3. Ez a határozat a közzétételét követő napon lép hatályba.

4. E határozat hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat.

Melléklet a 106/2009. (XII. 21.) OGY határozathoz

„Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség”

NEMZETI STRATÉGIA A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA KEZELÉSÉRE 2010-2018

Bevezetés: a Nemzeti Drogstratégia szerepe

Az Országgyűlés 2009. március 4-én, egyhangúlag fogadta el a 18/2009. (III. 4.) OGY határozatot, mely alapján a kábítószer-probléma kezelése érdekében új hazai nemzeti stratégiai program megalkotására kérte fel a Kormányt.

A kábítószeres jelenlétéhez kapcsolódó káros hatások elleni küzdelem, a kedvezőtlen folyamatok visszaszorítása valamennyi állampolgár közös érdeke. A kábítószer-probléma összetett, az egész társadalomra kiható jelenség,

veszélyeztetni az egyéneket, családokat, közösségeket jólétét és biztonságát. A kábítószeres illegális használata az egész társadalom biztonságérzetére kihat, valamint jelentős közegészségügyi ártalmakat okozhat. A problémával összefüggő egészségügyi és büntetőjogi következmények társadalmi kezelése milliárdos terheket jelent az adófizetőknek.

A drogstratégia célja a drogfogyasztás megelőzése, illetve csökkentése, a lakosság egészségi állapotának javítása, a szociális és társadalmi biztonság növelése és a kábítószeres okozta egyéni és közösségi kockázatok csökkentése. A kedvezőtlenül alakuló tendenciák megállítása elsősorban a kábítószer-probléma kezelésében részt vevő szervezetek és intézmények együttműködésével valósítható meg, valódi eredmény azonban csak társadalmi és közösségi összefogással, a hátrányos helyzetű csoportokkal szembeni előítéletek oldásával érhető el.

Jelen stratégiai dokumentum (a továbbiakban: Nemzeti Drogstratégia) - a korábbi drogstratégiával azonos módon - a multidiszciplináris, a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő megközelítést fogadja el.

A multidiszciplináris modell - miközben számos más modell eredményeire épít - képviseli a tudományosan igazolt bizonyítékok mentén való tervezés fontosságát, számol a probléma összetettségével, a drogprobléma sokrétű megjelenési formájával, az érintett tudományterületek sokaságával. A kábítószer-probléma összetettségéből adódóan elfogadja, hogy egyetlen beavatkozási terület sem sajátíthatja ki a problémakezelés jogát, hanem egymással együttműködve támogatják a társadalmisított közpolitika megvalósulását és a droghasználók tényleges szükségleteire való reagálást.

A kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő megközelítés ma általánosan elfogadott közpolitikai elv, szemléleti keret. Az egyensúlyi modell a kábítószer-fogyasztás jelenségét olyan társadalomtudományi keretben vizsgálja, amelyben a keresleti és kínálati megközelítésű eszközök egymást kiegészítve érvényesülnek. A modell lehetőséget teremt az eltérő szemléletű és értékvilágú szervezetek és hatóságok közötti konszenzusra, az együttes fellépés lehetőségére.

A stratégia hangsúlyt fektet a korábbi drogstratégia értékelése során szerzett tapasztalatokra, valamint a hazai és nemzetközi tudományos tapasztalatokra. Realizálható célkitűzéseket és a végrehajtás folyamatos értékelését biztosító indikátorokat tartalmaz.

A Nemzeti Drogstratégia összhangban áll az Európai Unió Drogstratégiájával, amelynek 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 Drogstratégia alapját képezik a vonatkozó ENSZ-egyezmények, az Egységes Kábítószer Egyezmény (1961), a Pszichotróp Anyagokról szóló Egyezmény (1971), illetve a Kábítószeres és Pszichotróp Anyagok Tiltott Forgalmazása Elleni Egyezmény (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 Deklarációját és az ahhoz tartozó Akciótervben lefektetett kábítószer-politikai irányelveket.

A Nemzeti Drogstratégiát az emberi méltóság, az egyéni és közösségi jogok tiszteletben tartása és védelme, az egészséghez és az egészséget támogató környezethez való jog biztosítása, az egyenlőség, a szabadság és a szolidaritás eszményeinek elismerése vezérli.

I. A Nemzeti Drogstratégia funkciója

A Nemzeti Drogstratégia fő funkciója az, hogy:

- az alapértékek, célok, fejlesztési irányok megfogalmazásával egységes, egyetértésen alapuló és reális szemléleti keretet alakítson ki a kábítószer-probléma csökkentésére;
- határozza meg a probléma kezelésének intézményi és szabályozási kereteit;
- hangolja össze a végrehajtásban szerepet játszó intézmények, hatóságok, szervezetek tevékenységét, valamint keresse és ajánlja fel az együttműködés lehetséges formáit a civil szervezetekkel és a helyi közösségekkel;
- biztosítsa az állam és polgárainak biztonságát a tényeken alapuló leghatékonyabb beavatkozási politikák iránt való elköteleződéssel, és azok következetes megvalósításával; valamint
- teremtsen meg a közös megközelítésekből fakadó beavatkozások legnagyobb hatékonyságát a két- és többoldalú nemzetközi együttműködések keretében.

II. A Nemzeti Drogstratégia célja

A Nemzeti Drogstratégia fő célja egy olyan magabiztos, szolidáris és produktív társadalom megvalósítása, ahol lehetőség nyílik kiegyensúlyozott megközelítésben kezelni a kábítószer-probléma hatásait, a lehető legtöbb egészségnyereséget elérve ezzel az egyéneket és a társadalom számára. Célja a társadalom egészségi állapotának

javítása, a szociális és társadalmi biztonság növelése, a drogfogyasztás mértékének, illetve a legális és illegális droghasználat ártalmainak, valamint kockázatainak és kárainak csökkentése célzott, rendszerszerű, tényeken alapuló és közösségi alapú beavatkozások, valamint nemzetközi együttműködések segítségével.

Az alábbi részcélok megvalósítása járulhat hozzá a drogok használatának és kínálatának csökkentéséhez, az illegális szerek okozta károk és kockázatok minimalizálásához:

A kockázatok csökkentése:

- A kábítószeres visszaélés szerű használatának megelőzése, illetve csökkentése;
- A droghasználattal kapcsolatos társadalmi kockázatok csökkentése, a produktivitás csökkenésének, valamint más gazdasági következmények megelőzése vagy mérséklése;
- A droghasználattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatok csökkentése, köztük az élet elvesztésének megakadályozása, illetve az egészség károsodásának, az életminőség romlásának megelőzése, különösen egyes, az egyénre és a közösségre kiemelten magas kockázattal járó, súlyos ártalmakat okozó fogyasztási módok esetén;
- A kábítószeres illegális kereskedelmének visszaszorítása, az illegális szerekhez való hozzáférés megelőzése vagy csökkentése;
- Az illegális kábítószer-előállítás és -termesztés visszaszorítása és a terjesztői körök hatékonyabb felderítése;
- A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények és az ezzel összefüggő más, erőszakos elkövetések és a közösségi együttélési normákat sértő viselkedések által a közösségek számára okozott károk, kockázatok csökkentése.

A lehetőségek fejlesztése:

- Magas szintű és célcsoport-orientált egészségfejlesztési-drogmegelőzési programok fejlesztése és biztosítása;
- Megfelelő (adekvát), elérhető és igénybe vehető, kliens-orientált kezelési ellátásokhoz való hozzáférés növelése;
- A kínálatcsökkentő intézkedések hatékonyságának növelése;
- A közösségi szintű együttműködések fejlesztése, a közösség érzékenyítése és bevonása a drogprobléma kezelésébe;
- A tényalapú gyakorlat fejlesztése a kutatások, a monitorozás és értékelés, valamint a szervezetfejlesztési és költséghatékonysági szempontok figyelembevételével;
- Más társadalmi stratégiák kapcsolódásának és szinergiájának elősegítése, fejlesztése;
- Koordinációs struktúrák hatékonyságának növelése.

III. A Nemzeti Drogstratégia tartalmi kiterjedése

Bármely pszichoaktív szer használata komplex és több okra visszavezethető jelenség, mely számos, egymást is erősíteni képes kockázattal járhat mind az egyén, mind a társadalom számára. Beavatkozásunk csak akkor lehet hatékony, ha a szerhasználatot (legális és illegális), valamint a viselkedési függőségek kockázatait együttesen kezeljük.

A Nemzeti Drogstratégia felhatalmazása révén csak az ellenőrzés alatt álló és visszaélésre alkalmas pszichoaktív szerek (kábitószeres és pszichotróp anyagok), valamint ezek előállításához használt egyes - ugyancsak nemzetközi ellenőrzés alá vont - anyagok kontrolljával, a legális útról való eltérésük ellenőrzésével és megakadályozásával, jogszabályba ütköző fogyasztásuk, előállításuk és forgalmazásuk visszaszorításának kérdéseivel foglalkozik. A Nemzeti Drogstratégiában a drog és a kábítószer szavakat azonos értelemben használjuk, összhangban az ENSZ kábítószer-egyezmények mellékletében felsorolt és a Büntető Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseiben definiált kábítószerekkel. Emellett egyre nagyobb az indokoltsága annak, hogy az ellenőrzés alatt nem álló, nagy népegészségügyi ártalmakat okozó szerek (alkohol, nikotin, bizonyos hallucinogének, inhalánsok stb.), az engedélyezett, de nem rendeltetés szerűen használt anyagokkal való visszaélések, valamint a szerhasználathoz nem kapcsolódó viselkedési függőségek kezelésére is kiterjedjenek átfogó közpolitikák. Ezek, az egyes területeken megvalósuló közpolitikák keressék az együttműködés lehetőségeit, az egymással való érintkezési pontokat és az együttes cselekvés nyújtotta hatékonyságnövekedést.

A dokumentum úgy foglalkozik egy szűkebb halmazzal, az illegálisnak nevezett kábítószeres kérdéssel, hogy megközelítési szemléletében kiterjesztő módon jár el, a társproblémák kezelésében fennálló szinergiák kihasználását lehetővé téve, figyelembe véve a problémák kölcsönhatásait, multikauzalitását.

IV. A Nemzeti Drogstratégia alapelvei

Az alapelvek a kábítószer-probléma kezelésében közreműködő valamennyi szereplő által elfogadott értékek, amelyek konszenzust teremtve vezérmotívumai a tervezésnek és a végrehajtásnak.

Emberi jogok, emberi méltóság, egyenlő ellátás elve

A kábítószer-probléma kezelése terén kiemelkedő jelentőségű az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata és további ENSZ-egyezmények által részletezett emberi jogok érvényesítése, különös tekintettel az élethez, a szabadsághoz és a biztonsághoz való jogra, az egészséghez fűződő jogra, a kínzástól, a kegyetlen, embertelen bánásmódtól és büntetéstől való védelem jogára, illetve a törvény diszkriminációtól mentes védelmének jogára. Biztosítani kell a lehető legmagasabb szintű, egyenlő egészségügyi és szociális ellátáshoz való hozzáférést minden rászoruló számára, különös tekintettel a hátrányos helyzetű, marginalizálódott csoportokra (pl. hajléktalanok, a büntetés-végrehajtási intézetben fogvatartottak). Kábítószer-ellenőrzési célok nevében nem alkalmazhatóak olyan eszközök, amelyek szükségtelen és aránytalan kárt okoznak, sértve ezzel az Alkotmány által garantált szabadságjogokat.

Az egészséghez, az egészséget támogató környezethez való jog elve

Az egészséghez fűződő jog elve magában foglalja a betegek vagy fokozott kockázatnak kitett emberek egészségi állapotuknak megfelelő ellátásához való jogát, valamint az ellátás során az azonos szükségletűek egyenlő ellátáshoz való jogát.

Ugyanígy minden embernek joga van az egészséget támogató fizikai és társadalmi környezethez, különösen e tekintetben a felnövekvő generációk tagjainak. A Nemzeti Drogstratégia végrehajtása során kiemelkedő jelentőségű a felnőtt társadalom gyermekek iránt érzett felelősségének érvényesítése. Az egészséget támogató környezet megteremtése sok szempontból messze túlmutat a Nemzeti Drogstratégia keretein, ezért az egyes szakpolitikák tervezése és megvalósítása során folyamatosan értékelni szükséges azok egészségre, különösen az illegális szerszámokkal kapcsolatos tényezőkre gyakorolt hatását és szükség esetén módosítani az adott politikákat.

A tények elsőbbsége

A tudományosan megalapozott érvek, bizonyítékok és adatok mindenkor elsőbbséget élveznek a vélekedésekkel szemben. A Nemzeti Drogstratégia által kijelölt feladatok meghatározása helyzetértékelésre, adatokkal alátámasztott, azonosított problémák megoldására épül. Céljait úgy kell kialakítani, hogy azok reálisak, megvalósíthatóak és mérhetőek legyenek.

Partnerség, közös cselekvés

Az összehangolt beavatkozások megsokszorozzák hatásukat és eredményességüket. A kábítószer-probléma kezelésének a társadalom, a helyi közösségek és az állami intézményrendszer együttműködésében kell megvalósulnia.

Átfogó megközelítés

A kábítószer-probléma kezelése komplexitásából fakadóan az érintett szakterületek strukturált és átfogó együttműködését igényli, amely során elengedhetetlen a szakmai és igazgatási kompetenciák tiszteletben tartása. A drogpolitika egyetlen eleme sem nélkülözhető, egymással nem felcserélhető.

Elszámoltathatóság

A Nemzeti Drogstratégia célkitűzései között a magyarországi kábítószer-helyzet tényein alapuló, reálisan megvalósítható feladatok és fenntartható fejlesztések szerepelnek. A célok megvalósulása a hozzájuk rendelt mutatók és indikátorok alapján vizsgálандó az értékelési időszakban. Ha a kitűzött feladatok nem megfelelő ütemben vagy mértékben valósulnak meg, a végrehajtásban közreműködők az értékelések alapján módosíthatják annak hangsúlyait. A Nemzeti Drogstratégia megvalósításában közreműködő szereplők - a hatályos jogszabályok által szabott keretek között - rendszeres tájékoztatást adnak a stratégia végrehajtásáról és a kapcsolódó adatokat nyilvánosságra hozzák, a folyamatok átláthatóvá tétele érdekében.

V. A Nemzeti Drogstratégia időkerete

A stratégiai időtáv meghatározásakor alapvető jelentőségű a végrehajtás kiegyensúlyozott ütemének, az időközi értékelésnek és a változtatás lehetőségének biztosítása. Az új Nemzeti Drogstratégia 2010 és 2018 között, kilencéves időtartamra határoz meg feladatokat (hosszú távú tervezés). 2010 és 2017 között, nyolcéves keretben zajlik a kitűzött célok megvalósítása, 2018-ban a Nemzeti Drogstratégia végrehajtásának értékelése és a következő program előkészítése esedékes.

A Nemzeti Drogstratégia célkitűzéseit cselekvési tervek részletezik. Az egyes cselekvési programok lezárultával egyidejűleg kerül sor megvalósulásuk közigazgatási értékelésére. A Kormány háromévente tájékoztatja az Országgyűlést a stratégiai program végrehajtásáról. A nemzeti drogkoordinátor évente tájékoztatja a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságot, valamint a nyilvánosságot a Nemzeti Drogstratégia megvalósítási helyzetéről.

A Nemzeti Drogstratégia megvalósításának feltávjánál a Nemzeti Drogstratégia teljes, független - azaz külső értékelő által lefolytatott - értékelésére kerül sor. Az eredmények, illetve a 2013-tól érvénybe lépő európai uniós kábítószer-ellenes stratégia célkitűzéseinek ismeretében van lehetőség a stratégiai célkitűzések hangsúlyainak és eszközeinek módosítására, szükség esetén új prioritások kijelölésére.

A megoldás két, egymástól eltérő, de egymást feltételező értéket és szempontot egyesít: a hosszú távú tervezés deduktív és a változó helyzetben megfelelő módon reagálni képes induktív tervezési szemléletet, biztosítva ezzel a politikai-közjogi stabilitást és a szakmapolitikai rugalmasságot egyaránt.

VI. A Nemzeti Drogstratégia szerkezete

A Nemzeti Drogstratégia szerkezete adja meg a program belső logikáját, az elemek összhangját.

A Nemzeti Drogstratégia szerkezeti elemei a következők:

Pillérek

A pillérek a beavatkozások területeit jelentik programok, fejlesztések, ellátások formájában.

1. Megelőzés, közösségi beavatkozás;
2. Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés;
3. Kínálatsökkentés.

A megelőzés pillér a prevenciónak nemcsak a szakirodalomban definiált szűkebb területét öleli fel, hanem a helyi szintű közösségi beavatkozások széles spektrumát is, melyek valamilyen módon - szándékos vagy akár esetleg nem is tudott módon - a helyi társadalmi szintű problémabefolyásolást szolgálják (közösségi, kulturális, egyházi/vallási események, programok stb.).

A második pillér a kezelés és ellátás, valamint az ártalomcsökkentés teljes intervenció területét is magába foglalja, beleértve az ártalomcsökkentés szemléletét és gyakorlati eszközeit is. Itt jelennek meg mindazon ellátások, programok, beavatkozások, melyek az egészségi állapot, a szociális helyzet, az élet megvédése szempontjából akár az egészségügy, akár a szociális ágazat vagy ezek határterületein valósulnak meg.

A kínálatsökkentés harmadik pillére alatt egyrészt az állami represszív és kontrollfunkciók nagy része jelenik meg, másrészt mindazok a közösségi intervenciók is, melyeket a kínálatsökkentési feladatokat teljesítő hatóságok és intézmények valósítanak meg (pl. resztoratív programok, rendészeti bűnmegelőzés).

Horizontális, átívelő eszközök és szempontok

A horizontális, átívelő eszközök egyrészt szemléleti filozófiákat írnak le (pl. a koordináció szükségszerűségét minden szinten vagy az értékelés fontosságát a tényalapúság jegyében), másrészt - a pillérekhez hasonlóan - konkrét programelemeket jelenítenek meg, melyek azonban mind a három pillérterületre egységesen érvényesek (pl. a koordináció mechanizmusai, intézményesülése vagy az értékelés eszközei, a megvalósulás időzítése és erőforrásai).

1. Együttműködés, közösség;
2. Koordináció, nemzetközi együttműködés;
3. Monitorozás, kutatás, értékelés.

Prioritások

A prioritások területe szoros összefüggést mutat az alapelvek kérdésével, azzal a különbséggel, hogy itt nem a mindhárom akcióterületre egységesen vonatkozó és alkalmazható eszközökről van szó, sokkal inkább arról, hogy a beavatkozások tervezésekor, eleve forráshiányos helyzetben, a szükséges és tervezett beavatkozások közül melyek élvezhetnek elsőbbséget, illetve ezekben a helyzetekben mely problémakezelési elveknek kell érvényesülniük.

1. Vulnerabilitás, kockázatértékelés és -kezelés;
2. Szeveritás (esetsúlyosság);
3. Fenntarthatóság és hatékonyság.

A vulnerabilitás, kockázatértékelés és -kezelés (kockázatscsoport-orientált megközelítés, mely a sebezhetőségre, a populációs veszélyeztetettségére és kockázatokra teszi a hangsúlyt) ma már a beavatkozások tervezésének fontos alapelve. Ennek érvényesülése során a politika az egyes helyzetek, jelenségek értékelése során gondosan mérlegeli az egyéni és közösségi sebezhetőséget, valamint a kockázatokat, beleértve ebbe a beavatkozási alternatívák által okozott előnyök és hátrányok mérlegelését is.

Ide értendő az egyes társadalmi csoportok helyzetének vizsgálatakor az illegális szerfogyasztásra vonatkozó és azzal kapcsolatos sajátos kockázatok értékelése, a beavatkozások megtervezése és megvalósítása során az egyéni és közösségi kockázatok elemzése. Mindez abból a felismerésből táplálkozik, hogy eredményes cselekvések csak a célcsoport sajátosságainak figyelembevételével valósulhatnak meg. Ezen szempont érvényesítése valamennyi beavatkozási területen értelmezhető és nem jelenti a prevenció tevékenység háttérbe szorulását.

A szeveritás (esetsúlyosság) elve elsősorban a kezelés-ellátás-ártalomcsökkentés területén alkalmazható, kiterjesztése értelmezhető a megelőzésben (különösképpen a célzott prevenció eszközeivel), valamint a kínálatsökkentés területén is. Lényege, hogy beavatkozásainkat az életet veszélyeztető legnagyobb kockázat elhárítása felől indulva kell terveznünk a kisebb kockázatú állapotok ellátása irányába. Az eddigi gyakorlat ezzel esetenként ellentétes volt, vagy nem vették figyelembe kielégítő mértékben ezt a szempontot.

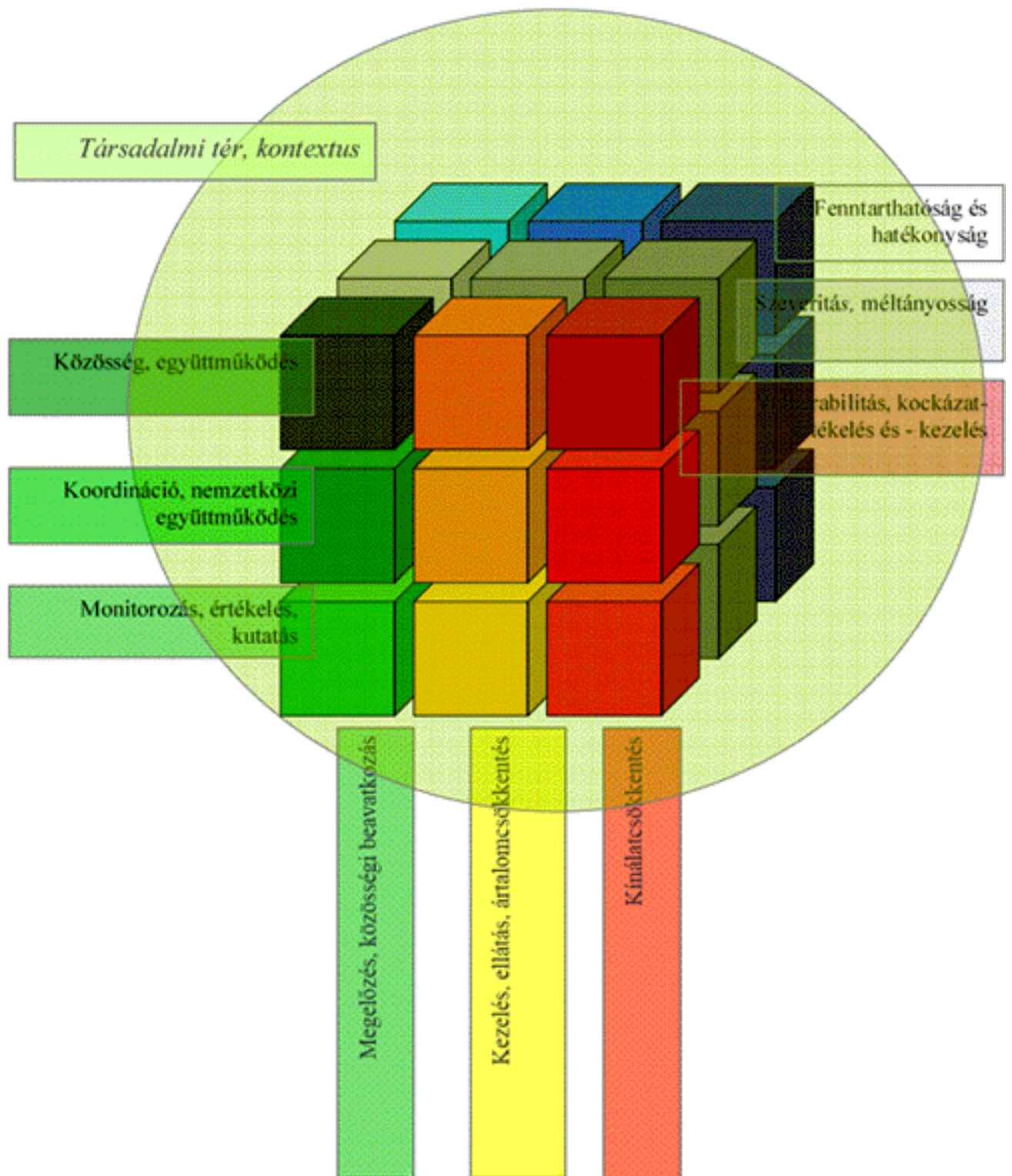
Ez a felfogás nem mond ellent, hanem inkább konkretizálja a méltányosság (equity) vertikális értelmezését, mely szerint a sajátos szükségletek figyelembevételével megvalósuló forrás-allokáció a különböző szükségletű csoportok helyzetét, nagyságát veszi figyelembe és ennek nyomán határoz a rendelkezésre álló források felhasználásáról. Ez az elv lényegében a súlyosabb helyzetű esethez arányosan több forrást rendel. Segít értelmezni továbbá a méltányosság horizontális vonatkozásait, amely szerint az azonos kockázatú, súlyosságú, kitettségű stb. esetekhez azonos forrás-hozzárendelés szükséges.

A fenti két értelmezés következetes figyelembevétele az esélyegyenlőség elvének megvalósulását szolgálja.

A fenntarthatóság és hatékonyság szempontja szintén a forráshiányos tervezéssel van összefüggésben, és két alapelvet egyesít. Az egyik, hogy jobb helyzetet kell továbbadnunk, mint amelyet átvettünk, de legalább fenn kell tartanunk azt. A másik, hogy kevés forrásunkat a hosszú távú tervezés szolgálatába kell állítanunk és meg kell vizsgálnunk, hogy a felhasznált források hol és milyen módon eredményezik a lehető legnagyobb hasznot (pl. egészségnyereséget) rövid, közép- és hosszú távon.

A fenti elvek, prioritások megvalósulása nem ritkán komoly kihívást jelent a tervezés és megvalósítás számára. Gyakran előfordul például, hogy a méltányosság és a hatékonyság elv egymással ellentétes irányú vagy alternatív intervenciókat követel meg. A Nemzeti Drogstratégia szerkezete egy háromdimenziós ábrán képezhető le legkorszerűbben, mely az áttekinthetőség mellett bemutatja a pillérek és horizontális, átívelő eszközök és szempontok, valamint a fő prioritások szerepét és helyzetét.

A prioritások (fenntarthatóság-hatékonyság, szeveritás-méltányosság, vulnabilitás-kockázatértékelés és -kezelés) olyan ábrázolható szemléleti szempontok, melyek önmagukban nem eredményeznek programokat, beavatkozásokat, azonban azok a tervezés szempontjából elengedhetetlenek.



* Segédlet a Nemzeti Drogstratégia háromdimenziós modelljének értelmezéséhez és alkalmazásához

Bár a struktúra áttekinthetősége, értelmezése ebben az összetettségben a drogpolitikával közvetlenül nem foglalkozó szakemberek számára nem könnyű, azonban a 3 dimenzió nemcsak a feladat összetettségét modellezi, hanem szakmai jellegű összefüggések átgondolására és innovatív lehetőségek kibontására is korszerű lehetőséget hordoz magában. A Nemzeti Drogstratégia háromdimenziós sémája segít a megfelelő beavatkozások kialakításában mind a Nemzeti

Drogstratégia egésze, mind pedig annak részelemei tekintetében. Lehetőség adódik egyrészt arra, hogy a 27 területet (kockaként ábrázolva) egyenként, másrészt pedig egymáshoz való viszonyaikban, a szinergiák és ütközések feltárásával lehessen értelmezni. Minden esetben a pillérek közül kell kiindulni, és hozzájuk kell rendelni a többi szempontot. A dimenziók találkozásai, együttes érvényesülése olyan szempontokat eredményez, melyek a tervezésben iránymutatóak lehetnek. Minden pontban három dimenzió figyelembevételével történhet a tervezés akár a rendszer egésze, akár a Nemzeti Drogstratégia hatálya alá tartozó bármely, akár a későbbiekben felmerülő kérdés vonatkozásában.

Például a középső kocka a kezelés/ellátás/ártalomcsökkentés - szeveritás, méltányosság - a nemzetközi együttműködés függvényében lehetőséget teremt a legtöbb kockázattal élő populáció kezelési és támogatáspolitikai modalitásai, valamint az ártalomcsökkentési beavatkozások nemzetközi kontextusban való vizsgálatára, a szomszédos országokkal együttműködésben való fejlesztésére, a szakmai irányelvek, standardok nemzetközi kooperációban történő elkészítésének átgondolására.

A jobb alsó (narancssárga) kocka vonatkozásában arra van lehetőség, hogy áttekintsük mindazon eszközöket, kutatási programokat, melyek az egyes magatartások, elkövetések, elkövetői csoportok esetében megvalósuló represszív, büntetőpolitikai eszközök értékelésében bírnak jelentőséggel. Milyen eszköz, milyen típusú és milyen tömegességű kockázatsökkenést eredményez (vannak-e ilyenek, milyen hatékonyságot mutattak pl. költség- vagy eredményhatékonyság vonatkozásában, milyen más, Magyarországon még nem alkalmazott eszköz létezik, bevezetésükre vonatkozóan a feltételek milyen mértékben állnak rendelkezésre stb.).

A kormányzati és szakterületi döntéshozók elköteleződnek a tekintetben, hogy a Nemzeti Drogstratégia megvalósítását azzal is elősegítik, hogy minden beavatkozást és programtervezést (beleértve a költségvetés és erőforrás tervezését is) a fentiekben felvázolt eljárásban mérlegelik, valamint megvalósulásukat is ennek megfelelően értékelik.

VII. Pillérek

VII/1. Megelőzés, közösségi beavatkozások

VII/1.1. Pillérfőcél

A droghasználat megelőzése egy proaktív, többirányú, közösségi alapon szerveződő, több szektor együttműködését igénylő, kulturálisan érzékeny tevékenység, melynek célja az egyének, a családok és a helyi közösségek alkalmassá tétele az életesemények nyomán keletkező kihívásokkal való megküzdésben. A prevenció folyamat tehát olyan körülmények létrejöttét támogatja, melyek eredményeképpen az érintettek testi, lelki, fizikai jólléte fokozódik, számukra egy biztonságos, egészséges életvitel gyakorlása válik lehetővé.

VII/1.2. Szemléleti keret

A prevenció tevékenység során az alábbi szemléleti megközelítéseket szükséges figyelembe venni:

- A legális és/vagy illegális szerhasználat kialakulásának megelőzése során olyan alternatívák nyújtására van szükség, melyek révén a pszichoaktív szerhasználat nem minősül vonzó életstílusnak;
- Ma a leghatékonyabb prevenció beavatkozásoktól sem várható el, hogy önmagukban megakadályozzák a szerfogyasztást, ugyanakkor az elvárható, hogy a felnövekvő generációk tájékozottsága, személyes hatékonysága a jól megtervezett beavatkozások eredményeképpen növekedjen;
- Amennyiben a szerhasználat aktuálisan nem megakadályozható, akkor annak minél későbbi életkorra történő késleltetése válhat reális célkitűzéssé;
- A veszélyeztetett populáció tagjai számára olyan készségfejlesztésre, illetve olyan információ nyújtására van szükség, melyek eredményeképpen mérséklődnek az egyéni és közösségi károk;
- A kísérleti használat rendszeres használatá válásának megelőzése elősegíthető pl. a negatív kortárs-közösségi hatások kockázatainak csökkentése, a kortárs-közösségi hatások védő faktorainak erősítése révén;
- A prevenció tevékenység fontos szerepet tölthet be a korai kezelésbevitelben, vagyis a szerhasználói magatartás szövődményeinek, a veszélyeztető faktoroknak korai felismerésében és szükség esetén a megfelelő, rendszeres működő ellátási formába juttatás biztosításában;
- Minthogy a prevenció tevékenység tervezését és megvalósítását is a szűkebb és tágabb közösségek erőterében látjuk egyedül megvalósíthatónak, a közösségi erőforrások kiaknázását, fejlesztését továbbra is meghatározó jelentőségűnek tartjuk. Ez azt jelenti, hogy a prevenció tevékenység nem korlátozódik egyetlen szintre, bizonyos beavatkozásoknak képesnek kell lenniük az egész lakosságot megszólítani, ezáltal hatást kifejteni a népesség egészének drogproblémával összefüggő attitűdjeire, a kábítószer-probléma társadalmi észleletére;
- A prevenció tevékenység tartalma lehet az információátadás, a készségek fejlesztése, a szerfogyasztás elfogadottságának csökkentése és ezek által a kockázati viselkedés befolyásolása és a szükségletekre reflektáló

szolgáltatásokba történő továbbirányítás. Ezen innovatív eszközök igénybevételével történő megvalósítás során figyelemmel kell lenni a bizonyítékokon alapuló irányelvekre és gyakorlatokra;

- A droghasználat megelőzése egy átfogó tervezést igénylő folyamat, melynek hatékony megvalósítása érdekében az integrált megközelítések alkalmazását tartjuk célravezetőnek, vagyis a drogproblémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek valamennyi szintér és célcsoport vonatkozásában az egészségfejlesztés tágabb kontextusában kell megfogalmazódnia. Ki kell terjednie az illegális és legális szerek okozta kockázatok megelőzésére, továbbá javasolt a szintér és a célcsoport-orientáció egyidejű szem előtt tartása, mely utóbbi tekintetében a korszerű szakirodalom általános/univerzális, célzott, javallott megelőzés felosztást alkalmaz. A pillér célkitűzéseinek meghatározására is ez utóbbi felosztást alapul véve kerül sor, tekintettel azonban arra, hogy az egyes szinterek sajátosságaiból adódóan nem lehetséges mindenhol a három kategória egyidejű megjelenítése.

Általános/univerzális prevenció: A prevenció beavatkozásai irányulhatnak az átlagpopulációra, mint például az általános tájékoztató és oktató jellegű tömegkommunikációs kampányok, médiaműsorok, internetes jelenlét, közösségi kezdeményezések és nevelési-oktatási programok, melyek általánosan a diákságot, fiatalokat célozzák meg.

Célzott, szelektív prevenció: Ezek a beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettek tekinthetők (pl. alkoholista szülők gyermekei, iskolából kimaradó, tanulási problémával küzdő fiatalok). A célzott prevenció beavatkozásai egy alpopuláció egészére irányulnak, függetlenül a tagjai egyéni érintettségétől, ugyanis - a szakirodalmi tapasztalatok alapján - az adott csoport a szerhasználat tekintetében nagyobb kockázatnak van kitéve, mint az átlagpopuláció.

Javallott (indikált) prevenció: Ez a kategória olyan prevenció beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit vagy más problémaviselkedést mutató személyek magatartását szeretnék a kívánatos irányba befolyásolni. A megnövekedett egyéni kockázat jelei lehetnek pl. jelentős iskolai teljesítményromlás, alkohol- és drogfogyasztás, elidegenedés a szülőktől, iskolától és pozitív kortársaktól. Ezek a programok elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat. Céljuk nemcsak a szerhasználat kialakulásának megakadályozása, hanem minden olyan viselkedészavar befolyásolása is, amely vélhetőleg kapcsolódik vagy elvezet a szerhasználó életút kialakulásához.

A korábbi Nemzeti Stratégia tapasztalataira támaszkodva az alábbi szinterek vonatkozásában szükséges a célkitűzéseket megfogalmazni és a tevékenységeket tervezni:

- család;
- iskola (nevelési-oktatási intézmény);
- munkahely;
- szabadidő-eltöltés helyszínei;
- internet, más médiumok;
- gyermekvédelmi intézményrendszer;
- büntető-igazságszolgáltatás intézményei;
- speciális szükségletű csoportok.

VII/1.3. Célkitűzések

A stratégiai periódus végére, 2018-ra az alábbi célkitűzések teljesülését irányozzuk elő az egyes szinterekhez kapcsolatan:

a) Család

Univerzális prevenció

- Reális, szakszerű és közérthető információ eljuttatása a lakossághoz a kábítószer-probléma sajátosságaival, veszélyeivel és a probléma-kezelés lehetőségeivel összefüggésben;
- Olyan programok kidolgozása és megvalósítása, amelyek alkalmasak a szülői készségek és a szülők kontrollképességének megerősítésére, különös tekintettel a szerfogyasztásra.

Célzott prevenció

- A családi rendszer és családi menedzsment megerősítését szolgáló intervenciók kidolgozása a viselkedészavaros, enyhébb fokú deviáns megnyilvánulásokat mutató gyerekek és fiatalok hozzátartozói, elsősorban szülei számára.

Javallott prevenció

- Az önségítés és a hatékony problémakezelés módszereinek hozzáférhetővé tétele a bajban lévő, drogproblémával küzdő, illetve egyéb okból veszélyeztetett serdülők és fiatalok, valamint hozzátartozói számára (szülői, hozzátartozói klubok, önségítő csoportok).

b) Iskola (nevelési-oktatási intézmény)

Univerzális prevenció

- A nevelési-oktatási intézmény szervezeti légkörét, a konfliktuskezelő-képesség, illetve az egyéni megküzdőképesség fejlődését kedvezően befolyásoló programkínálat kialakítása és/vagy növelése;
- A nevelési-oktatási intézményi szinten kínált prevenciós programok tekintetében szakmai irányelvek módszeres érvényesítése. Bizonyítékokon alapuló módszereket alkalmazó hosszú távú (évfolyamonként egymásra épülő tartalommal rendelkező) akkreditált programok megvalósítása;
- A drogproblémára is kiterjedő nevelési-oktatási intézményi egészségstratégiák kidolgozása, illetve aktualizálása a probléma aktuális sajátosságainak függvényében;
- A nevelési-oktatási intézményekben megvalósuló prevenciós programok pénzügyi hátterének (szükségletekhez illeszkedő prevenciós-egészségfejlesztési normatíva) első ütemben 2014-ig az 5-10. évfolyamon, második ütemben 2018-ig az 1-4. évfolyamon való biztosítása;
- A nevelési-oktatási intézmények számára segédlet, módszertan biztosítása a szülők bevonására a droghasználat megelőzése és a drogproblémák kezelése érdekében.

Célzott prevenció

- A fiatalok életvezetési nehézségeire reagálni képes programok kimunkálása és alkalmazása a tanintézményekben;
- Speciális, megfelelően képzett szakemberek továbbképzése és rendelkezésre állása (az iskolai/intézményi drogügyi koordinátori feladatokat is ellátó szakemberek, védőnők, nevelési tanácsadók, iskolapszichológus, egészségfejlesztő, mentálhigiénés szakember, iskolai szociális munkás, addiktológiai konzultáns) a problémák korai észlelése és szakszerű kezelése érdekében, különös tekintettel a magas kockázatú fiatalokkal foglalkozó közoktatási intézményekre;
- A prevenciós programok lebonyolításához szükséges tárgyi feltételek biztosítása.

Javallott prevenció

- A szerhasználó fiatalok adekvát, nem stigmatizáló ellátásba juttatása, speciális ellátási formák (önismeret-javító, megterhelésekkel való megbirkózást elősegítő mechanizmusokat alkalmazó, kommunikációs készségeket fejlesztő stb.) kialakítása és/vagy a meglévő ellátások profiljának szükségleteknek megfelelő bővítése, rendszerszerű fejlesztése, a működés szakmai és pénzügyi feltételeinek megteremtése;
- Az egyeztetett szakmai munka (közös esetkezelés, szolgáltatások és iskolák közötti kooperációk) szakmai és pénzügyi feltételeinek megteremtése.

c) Munkahely

Univerzális prevenció

- Egészséget támogató munkahelyi légkör megteremtését szolgáló programok kimunkálása és alkalmazása, a „jó gyakorlatnak” minősülő modellprogramok adaptálása, kimunkálása és alkalmazása. Lehetőség biztosítása a stresszkezelés és a konfliktuskezelés kulturált módjainak elsajátítására;
- Átfogó munkahelyi drogpolitikák feltételrendszerének megteremtése, beleértve a megelőzés, korai észlelés, kezelésbe irányítás, támogató programok megvalósítását és a belső szabályzatok kialakítását is;
- A munkáltatók érdekeltségi viszonyainak megteremtése annak érdekében, hogy lehetőség teremtődjön akkreditált, komplex egészségfejlesztési és drogprevenciós programok megvalósítására.

Javallott prevenció

- A szerhasználó, illetve szerhasználatuk miatt problematikus helyzetbe kerülő munkavállalók ellátásba irányítása, együttműködés kialakítása a helyi szinten elérhető (alap- és szakellátás, szociális szolgáltatások) ellátórendszer különböző szegmenseivel.

d) Szabadidő-eltöltés szinterei

Univerzális prevenció

- Elsősorban a helyi közösség erőforrásaira támaszkodva olyan közösségi tevékenységek (pl. sporttal kapcsolatos közösségi programok) feltételeinek, tartalmának és módszertanának kimunkálása és megvalósítása, amelyek erős és vonzó alternatívának tekinthetők a szerhasználattal szemben;
- A helyi közösségben szerveződő programok finanszírozási feltételeinek megteremtése, az önszerveződés lehetőségeinek megteremtése, azok támogatása;
- Szórakozóhelyekre eljutás, illetve az onnan való hazajutás lehetőségeinek megteremtése és támogatása;
- A szórakozóhelyeken a biztonságos szórakozás feltételeinek megteremtése, a feltételrendszer megvalósulásának ellenőrzése.

Célzott prevenció

- A fiatalok által látogatott színtereken (bevásárlóközpontok, zenés-táncos szórakozóhelyek, fesztiválok, lakótelepek, leromló lakókörnyezetek, ifjúsági közösségi terek és kistélepléseken létrehozandó integrált

közösségi szolgáltató terek (IKSZT) stb.) könnyen hozzáférhető prevenciós szolgáltatások létesítése és rendszerszerű működtetése, szükség esetén az ellátásba juttatás formáinak kimunkálása;

- A felkereső ifjúsági munka támogatása;
- Innovatív, a célközönség sajátosságaihoz illeszkedő, velük együttműködésben kialakítandó programok hozzáférhetővé tétele.

Javallott prevenció

- Az együttműködésre irányuló kapcsolatok kialakítása a szórakozóhelyek és egyéb szabadidős terek üzemeltetői, a helyi közösségek, valamint a segítő szolgáltatások között. Így lehetővé válik a szórakozóhelyek közösségi integrálása, a kockázati szerhasználók korai felismerése és segítő szolgáltatásokba irányítása.

e) Internet, más médiumok

Univerzális prevenció

- Lehetőséget kell teremteni arra, hogy elsősorban az ifjúság által nagy gyakorisággal használt, az interneten keresztül elérhető felületeken (weboldalakon, chat-fórumokon, egyéb interaktív alkalmazásokban) a szerhasználathoz és általában a függőségekhez kapcsolódó legfontosabb információk elérhetőek legyenek. Mind tartalmi, mind pedig formai szempontból az innovatív megoldások alkalmazását javasoljuk, hogy azok használata minél szélesebb körben elterjedjen. Fontos kíváncságot, hogy a különböző tartalmak megfelelő üzeneteket jelenítsenek meg, tehát a szerhasználattal összefüggésben kedvezőtlennek tartjuk mind a normalizáló, mind pedig a túlzó, mitizáló megközelítéseket;
- Az internet mint virtuális közösség nemcsak a végső célközönséget (droghasználat szempontjából kockázati csoportba tartozók) éri el könnyen, hanem felületet és virtuális közösségi színteret teremt a szakemberek és az érdeklődő laikusok számára is, ezért támogatjuk azokat a kezdeményezéseket, amelyek a szakmai közösségek (e-community) megerősödését, szakmaiságuk fejlődését teszik lehetővé.

Céltzott prevenció

- Fontos, hogy a szerhasználattal szempontról érintett csoportok az ártalomcsökkentési szolgáltatásokat bemutató önálló honlapjaikat interaktív formában üzemeltessék, hogy a szerhasználók felmerült kérdéseikre választ kaphassanak, de ne okozzanak károkat a kívülálló érdeklődők akaratlan tájékoztatásával;
- A szakmai közönség, de a laikusok által is jól használható informatív és interaktív felületek, amelyek tájékoztatást adnak a kábítószer-problémával küzdők ellátására szakosodott intézményekről, szolgáltatásokról, fontos szerepet tölthetnek be abban, hogy minél többen eljussanak a szakszerű segítséget nyújtó szolgáltatásokhoz, ily módon hozzájárulva ahhoz, hogy a problémás szerhasználattal kialakulása a korai kezelésbevitel révén megakadályozható legyen.

Javallott prevenció

- Internetalapú prevenciós és ártalomcsökkentő szolgáltatások indításának támogatása.

f) Gyermekvédelmi intézményrendszer

Céltzott prevenció

- A gyermekvédelmi intézményekben élő gyerekek és fiatalok körében az egészségfejlesztés tágabb kontextusában megfogalmazódó, de drogprevenciós céltételezéssel is élő, a célközönség sajátosságaihoz illeszkedő programok kialakítására és elterjesztésére van szükség. Ezek a programok szükségképpen különböznek a közoktatási intézményekben használatos egyéb prevenciós beavatkozásoktól, egyfelől a célközönség szocializációs előzményei, másfelől a családi rendszer diszfunkcionális működése okán. A programoknak a közösségépítést, valamint a szerhasználattal és az egészséget veszélyeztető magatartásformákkal összefüggésben, a protektív tényezők megerősítését és fejlesztését kell szolgálniuk.

Javallott prevenció

- A gyermekvédelmi és az addiktológiai ellátások közötti együttműködés kialakítása, az egyéni esetkezelés rendszerének kialakítása.

g) Büntető-igazságszolgáltatás intézményei

Céltzott prevenció

- A büntető-igazságszolgáltatás hatáskörébe került egyének, főleg a büntetés-végrehajtási intézetekben fogva tartott fiatalok esetében, szabadon bocsátásukat megelőzően olyan programok, beavatkozások kimunkálására van szükség, amelyek utóbb a sikeres társadalmi beilleszkedést, az életminőséget kedvezően befolyásoló készségek és jártasságok kialakítását segítik elő, ezáltal teremtve védettséget a droghasználat és általában az egészséget veszélyeztető magatartásformákkal szemben. Ezeknek az átívelő (kigondozási) programoknak a helyi közösséggel, a büntetés-végrehajtási intézeten kívüli civil-szakmai szervezetekkel, a munkaügyi központokkal, az Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálatával szükséges a hatékonyság elérése érdekében együttműködniük;

- A büntetés-végrehajtási intézeteken belül folytatott prevenció elsősorban a dropprevenciós körletekben zajlik. Biztosítani szükséges, hogy ezek a dropprevenciós részlegek valamennyi büntetés-végrehajtási intézetben hozzáférhetőek legyenek, valamint, hogy a fogvatartottak ezen részlegekben történő elhelyezésének időzítése a szabadon bocsátást megelőző periódusra essen, hiszen esetükben különösen hangsúlyosan merül fel a bűnisméltés, valamint a droghasználat kockázata. A súlyos dropproblémával küzdő fogvatartottak megfelelő ellátását nem helyettesíti a dropprevenciós körletekben történő elhelyezés.

Javallott prevenció

- A fogyasztói típusú magatartást folytatók esetében továbbra is szükséges fenntartani a büntetés helyett kezelés intézményrendszerét. Ezen eszközrendszer illeszkedik a helyreállító, közösség-központú igazságszolgáltatás modelljéhez. A módszer egyfelől a bűnisméltés megakadályozását, másfelől és hangsúlyozottan az életvezetési készségek fejlesztését, a hatékony adaptációs mechanizmusok kialakítását célozza. Ezen céltételezés megfelelő színvonalú megvalósítása érdekében az elterelés intézményrendszerének jelenleginél rugalmasabbá tételét szükséges megvalósítani, vagyis a megelőző, felvilágosító szolgáltatás keretében végzett tevékenység tartalmi és időbeli kereteit a kliens tényleges szükségleteihez és a mérvadó szakmai megfontolásokhoz, standardokhoz igazítani.

h) Színterek és célcsoport-orientáció mentén nem besorolható, további céltételezések

- Szakemberek képzése, pedagógusok, iskolai szociális munkások, iskolapszichológusok szak- és szakirányú továbbképzési rendszerének kialakítása és megerősítése. Ennek keretében meg kell vizsgálni regionális prevenciós, képző és módszertani központok kialakításának lehetőségét, elsősorban a már meglévő intézményrendszer bázisán;
- Kortárs segítő és oktatók képzése;
- A közoktatás intézményrendszerében, iskola-egészségügyben, illetve a munkahelyen el nem érhető fiatal populáció elérésében közreműködő háziorvosi ellátás fejlesztése, a háziorvosok szakirányú továbbképzése;
- A fiatalokat támogató civil szervezetek, valamint a hajléktalanellátó intézmények munkatársainak továbbképzése, a kliensek számára nyújtott prevenciós és szabadidős tevékenységek támogatása;
- A honvédség és a rendőrség személyi állománya körében komplex megelőzési program fejlesztése;
- A bizonyítékokon alapuló programtervezés/fejlesztés során szükséges az értékelési, kutatási tevékenység (tervezés-, folyamat- és eredményértékelés) támogatása. Meg kell teremteni annak a lehetőségét, hogy a prevenciós beavatkozások természetes részévé váljon az egységes módszertani elveket megjelenítő értékelés;
- A minőségügyi rendszerek működtetéséhez szükséges a transzparens eljárásmodok kimunkálása, melynek eredményeképpen egyértelmű elvárásrendszer fogalmazódhat meg az egyes beavatkozási formákkal kapcsolatban;
- A koordinációs mechanizmusok hatékony működtetése az egyes intézményekben, az intézmények között, a helyi és nemzeti szintű beavatkozások tervezése, finanszírozása és megvalósítása során, különös tekintettel a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok ilyen irányú tevékenységére;
- A stratégiai periódus végére a közoktatási intézményekben és az egyéb színtereken az akkreditált prevenciós tevékenység/programok normatív finanszírozásának kialakítása.

VII/1.4. A megvalósítás indikátorai és lehetséges célértékei

- A családokra irányuló prevenciós programok száma;
- A nevelési-oktatási intézményekben folyó prevenciós programok által elért diákok aránya;
- A nevelési-oktatási intézményekben folyó prevenciós programok hatékonyságvizsgálata alapján mért változások;
- A nevelési-oktatási intézményekben szakirányú szakképesítéssel rendelkező szakemberek száma;
- Munkahelyi egészségfejlesztési és dropprevenciós programok által elért munkavállalók száma;
- A fiatalok által látogatott színtereken működő programok száma;
- Gyermekvédelmi intézményekben élő, prevenciós programok által elért gyermekek és fiatalok aránya;
- Javallott prevenciós programok elterjedtsége;
- Az első szerhasználat életkora;
- A fiatalok körében a droghasználat prevalencia-értékei;
- A prevenció közöltségei és annak a többi pillérre fordított összegekhez viszonyított aránya.

VII/2. Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés

VII/2.1. Pillérfőcél

A kezelés-ellátás-ártalomcsökkentés hármass meghatározottságában elsősorban a problémás szerhasználat visszaszorítását, a kezelésbevitel elősegítését, ott és ahol lehetséges, a tartós absztinencia elérését, a szerhasználat

összefüggő egyéni és közösségi ártalmak csökkentését, és a tartósan nehézségekkel küzdők és családjaik, hozzátartozóik szakszerű és az emberi méltóságot szem előtt tartó gondozását kell biztosítani.

VII/2.2. A pillér szemléleti kerete

A később kifejtendő célkitűzések helyes megfogalmazása és megvalósítása érdekében a kezelés-ellátás-ártalomcsökkentés pillér keretében valódi paradigmaváltás szükséges. Ennek értelmében nem csupán az ágazatilag elkülönítve értelmezhető problémák adott keretek közötti megoldását, kezelését tartjuk a fő feladatnak, hanem sokkal inkább egy, az ellátásra szorultat és komplex élethelyzetét a középpontba helyező kliensközpontú megközelítés módszeres alkalmazását.

Ennek az elvnek az alkalmazása érdekében az alábbi szemléleti megközelítéseket szükséges figyelembe venni:

- tudományos megalapozottság;
- pragmatizmus - a droghasználat kezelésében, ellátásában reális, megvalósítható elvárásokat szükséges megfogalmazni;
- humanisztikus értékek - a drogproblémával küzdők kezelése, ellátása során tartózkodni szükséges a morális állásfoglalásoktól;
- célok hierarchiája - a célokat a célpopuláció, a kliensek szükségleteit és lehetőségeit figyelembe véve rugalmasan szükséges kialakítani;
- a kezelési rendszerbe illesztés (mainstreaming) - a drogproblémákkal küzdők ellátása érdekében kialakított intézményrendszernek illeszkednie kell az egészségügyi és szociális ellátások rendszerébe, míg az eredményesség érdekében a kliens szükségleteihez megfelelően illeszkedő diverzifikált ellátási spektrum biztosítása a célra vezető;
- értékelési rendszerek fejlesztése - folyamatos értékelést lehetővé tevő rendszerek kialakítására van szükség a különböző kezelési-ellátási-ártalomcsökkentő beavatkozások hatásának, hatékonyságának mérhetősége, továbbá a komparatív előnyök felbecsülése érdekében;
- az ellátás teljes vertikumában a felépüléscentrikus megközelítés alkalmazása.

VII/2.3. Célkitűzések

A stratégiai periódus végére, 2018-ra az alábbi célkitűzések teljesülését irányozzuk elő az egyes pillérterületekhez kapcsoltan:

A) A kezelő-, ellátórendszer fejlesztése

a) A kezelésbe-ellátásba irányítás fejlesztése

- A kliensszükségletekhez illeszkedő átfogó, területi lefedettséget biztosító intézményrendszer kialakítása és rendszerszerű működtetése, a veszélyeztetett és a speciális szükségletű csoportok tagjai számára is megfelelő ellátási formákkal.
- Az egészségügyi és a szociális ellátások fogadóképességének, elérhetőségének és hatékonyságának növelése. A „kezelési spektrum” megfelelő kapacitással történő teljes kiépítése, összehangolt addiktológiai ellátások kialakításával.
- Az illegális és különösen a problémássá váló szerhasználók kezelésbe-ellátásba kerülési arányának jelentős növelése.
- A korai kezelésbeviteli programok fejlesztése. Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a kapcsolódó szakellátásokban dolgozó szakemberek érzékenyítése a drogprobléma irányába, az addiktológiai ellátórendszerrel való együttműködés, a korai kezelésbevitel segítése és a stigmatizáció csökkentése érdekében.
- Kliensmenedzsment fejlesztése az érintett egészségügyi és szociális szolgáltatások együttműködése révén.

b) A fekvőbeteg-ellátás fejlesztése

(i) A sürgősségi addiktológiai ellátást (intoxikáció, delírium, megvonási szindróma) a sürgősségi szakma hatáskörébe kell utalni és a betegek ellátásába addiktológiai és pszichiátriai konzulenseket kell bevonni.

(ii) A pszichiátriai és addiktológiai ellátások munkamegosztásának elősegítése

A hazai addiktológiai osztályokon nincs megfelelő háttér a delíriumok kezelésére, ezért cél az intenzív osztályokon történő, optimális ellátás feltételeinek kialakítása, gyakorlati szintű megvalósítása az érintett szakmai grémiumok bevonásával. A delírium lezajlása után a további kezelést célszerű addiktológiai ellátás keretén belül folytatni. A szerhasználattal összefüggő pszichotikus zavarok (alkoholos pszichózisok, drogindukált pszichózisok, szkizofrénia) pszichiátriai osztályos kezelést igényelnek az aktív időszakban. Az addiktológiai osztályok tekintetében célszerű az alkohol- és drogbetegeket más-más osztályon kezelni.

(iii) A komorbid esetek ellátásának fejlesztése

Amennyiben a szerfüggőség másodlagosan szövődött az affektív vagy szorongásos kórképhez, akkor mindenképpen a pszichiátriai kezelést kell előtérbe helyezni. A primer szerfüggőséghez társuló hangulati és/vagy szorongásos zavarok az addiktológiai ellátókörben kezelendők. A szkizofréniahoz és a bipoláris affektív zavarhoz

társuló addikciók elsősorban a pszichiátriai ellátás kompetenciakörébe tartoznak, hasonlóképpen a drogindukált pszichózisokhoz.

(iv) A drogfüggő terhesek és újszülötteik számára speciális programok (fenntartó kezelések, speciális méregtelenítő programok, megfelelő szülészeti-nőgyógyászati és neonatológiai ellátás) létesítése, illetve bővítése, továbbá a neonatológusok, nőgyógyászok képzésében a releváns ismeretek, készségek és jártasságok megjelenítése.

(v) A gyermek- és ifjúságpszichiátriai fekvőbeteg-ellátás jelenleg megoldatlan. Az addiktológiai és gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakmai grémiumok együttműködésével a vonatkozó szakmai feltételek kialakítása, képzések biztosítása.

c) A járóbeteg-ellátás fejlesztése

- Minden megyében, nagyobb ellátási területen szükséges egy olyan ellátó egység (drogambulancia), amely döntően vagy túlnyomórészt a súlyos függőségi problémákkal küzdő, magas kockázatú szerfogyasztási mintázatot mutató betegeket látja el (pl. intravénás szerfogyasztók, súlyos pszichoszociális problémákkal küzdő disszociális életvezetésű legális vagy illegális fogyasztók, HCV-fertőzöttek). Ezzel párhuzamosan szükséges, hogy a szolgáltatók nagyobb része a tágabb értelemben vett addiktológiai betegpopulációra koncentráljon, a közösségi kapcsolattartást, korai kezelésbevételt, indikált prevenciót végezze. A fejlesztések során szükséges figyelemmel lenni a pszichiátriai és addiktológiai gondozók szerepére a szerfogyasztók ellátásában (lásd a komorbiditás szakaszt). Az ehhez szükséges akkreditált képzések, szakmai fejlesztések megvalósítása az ellátás minőségét és a szerfogyasztók kezeléshez jutási esélyeit növelheti.

- Minden megyében addiktológiai centrumok kialakítása és működési feltételeinek megteremtése szükséges. A fejlesztés lehetséges stratégiai iránya rövid távon az együttműködések kialakítása a meglévő addiktológiai, pszichiátriai, mentálhigiénés ellátókkal, szociális ellátókkal, hosszabb távon - a megfelelő feltételek biztosításával - pedig olyan addiktológiai centrumok kialakítása, amelyek több kistérséget, illetve budapesti kerületet látnak el a helyi sajátosságoknak megfelelően, de minden kistérségben aktívan megjelenve, így biztosítva a betegek hozzáférését. Tevékenységükben az alkohol- és gyógyszerfüggők ellátása mellett megjelenik az illegális szerek fogyasztóinak ellátása is. Az addiktológiai centrumok szoros kapcsolatokat építenek ki a szociális szolgáltatókkal, például a közösségi szenvedélybeteg-ellátással és az alacsonyküszöbű szociális ellátásokkal, továbbá aktívan keresik a korai kezelésbevétel, indikált prevenciók tevékenységek megvalósításának lehetőségét is, együttműködve a helyi közösségek legfontosabb szereplőivel (iskolák, munkahelyek). Ez a kapcsolatépítés a többtevékenység megfelelő finanszírozásával biztosítható.

- Fontos cél az addiktológia területén tapasztalható szakemberhiány megszüntetése, a szakembergárda utánpótlása. Ehhez az akkreditált képzések mellett megfelelő ösztönzőrendszer kialakítása is szükséges.

d) A rehabilitációs programok fejlesztése

- A drogterápiás intézetek ellátási igényeknek megfelelő kapacitásfejlesztése, különös tekintettel az új ellátási szükségletekre (fiatalkorúak, családban élő drogfüggők, hajléktalanok, HIV- és STD-fertőzöttek, pszichiátriai problémákkal küzdő szerfüggők, szerfüggő édesanyák és gyermekeik együttes fogadását biztosító kapacitások, valamint a büntetés-végrehajtási intézetek és a gyermekvédelmi intézmények keretében megvalósuló programok).

e) Fiatalok kezelési, rehabilitációs programjainak, szolgáltatásainak fejlesztése

- Jelenleg nem áll rendelkezésre a fiatalkorú szerfogyasztók számára a korcsoport sajátosságaira adaptált speciális addiktológiai szolgáltatás. Azok a szakmák, melyek az ellátás szakmai alapjait képezik (addiktológia, gyermekpszichiátria) önmagukban is hiányszakmák. Átmeneti célként fogalmazható meg a jelenleg már működő ellátók (addiktológia, gyermekpszichiátria, gyermekgyógyászat, pszichiátria) kompetenciájának kiterjesztése, speciális szakmai, személyi feltételek és infrastruktúra kialakításával. Akkreditált szakemberképzés szükséges a jelenlegi képzések kiegészítésével (gyermekgyógyászat, addiktológia, gyermekpszichiátria, pszichiátria). A megvalósítás a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és az addiktológiai grémiumok együttműködésével lehetséges. Olyan feltételek kialakítása szükséges (képzési, működési), mely a potenciális szakembereket motiválhatja és hosszabb távon képes hozzájárulni a megfelelő számú, az ellátás további fejlesztéséhez szükséges szakembergárda létrejöttéhez. Szükséges speciális, átmeneti otthonok létrehozása a szerhasználó, állami gondoskodásban élő gyermekek kezelési igényének kielégítésére, majd reintegrációjuk elősegítésére.

f) Az egészségügyi és szociális ellátások együttműködésének fejlesztése

- A szociális és egészségügyi ellátások közötti összehangolt működés feltételeinek megteremtése a felépülésközpontú, az életminőség javítását célzó programok megvalósítása érdekében.

g) A szenvedélybetegek szociális alapszolgáltatásainak és szakosított ellátási formáinak fejlesztése, illeszkedve a kezelési spektrum más elemeihez

h) Az alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése

- Az alacsonyküszöbű ellátások célja a rejtőzködő droghasználó csoportok felkutatása, kontaktusteremtés, valamint egészségügyi és/vagy szociális ellátásokba irányítása. A kontaktusteremtés módszerei elsősorban a megkereső szolgáltatások: megkereső munka ártalomcsökkentő és speciálisan fertőzőbetegség-megelőző tartalommal, a sorstársak bevonásával.

i) A közösségi, önszorgító programok fejlesztése

- Együttműködésben szükséges biztosítani az ellátási spektrum egyéb szereplőivel, különös tekintettel a drogterápiás intézetekre, addiktológiai centrumokra, alacsonyküszöbű szolgáltatásokra.

j) A felépülőben lévő szenvedélybetegek reszocializációs és szociális támogató rendszerének fejlesztése

- A munkaerőpiacról kiszorult és munkaképességeiben korlátozott drogbetegek, drogproblémával küzdők életesélyeinek javítása érdekében szükséges félutas házak létrehozása, a védett munkahelyek számának növelése, megfelelő finanszírozási környezet kialakítása, intenzív szakmai együttműködés kialakítása a munkaügyi központokkal.

k) Kezelési-ellátási spektrum leglényegesebb elemeinek megteremtése és tényleges működtetése a büntető-igazságszolgáltatás rendszerében

- Ennek keretében biztosítani szükséges:
 - a kábítószer-problémával küzdő fogvatartottak kezelési és rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférését;
 - a megvonásos tünetek kezelésének feltételeit;
 - az opiátfüggő fogvatartottak számára a szubsztitúciós kezelés lehetőségét;
 - más szükséges ártalomcsökkentő programok rendelkezésre állását, figyelembe véve mindezeknél a lehetséges egyéni és közösségi kockázatokat;
 - valamennyi egyéb, a drogproblémával küzdők ellátásában bevált, bizonyítottan hatásos intervenció hozzáférhetőségét az egyenlő ellátás alkotmányos elve alapján.

l) Szakemberképzés fejlesztése

- Hosszabb távon el kell indítani az érintett területen a szakemberek akkreditált képzését, a jelenlegi képzések kiegészítésével, mind az alapellátásban (pl. védőnői szolgálat, gyermekgyógyászat, háziorvosi ellátás területén), mind a szakorvosképzésben (pl. addiktológia, gyermekpszichiátria, pszichiátria).
- További fejlődési teret szükséges biztosítani az addiktológiai konzultáns rendszernek.
- Egyben olyan szervezeti és pénzügyi feltételeket szükséges biztosítani, amelyek következtében az adott szakterület vonzereje megnő és orvosolhatóvá válik a krónikus szakemberhiány. Az ismeretanyagok növelésére, „speciálkollégiumok” szervezésére van szükség.

m) Adatnyilvántartás, statisztikai rendszer fejlesztése

- Szükséges az ellátórendszer valamennyi szegmensében biztosítani az egyedi kliens nyilvántartási/regisztrációs rendszert az adatvédelmi előírások maximális figyelembevétele mellett. A kliensforgalomról tájékoztató adatok egyfelől a kliensutak megismerését, másfelől pedig a reális kapacitástervezést teszik lehetővé.

n) Az adatvédelem biztosítása összhangban a stigmatizáció elkerülését célzó intézkedésekkel

- A drogfüggők körében különösen jelentőssé válik az adatvédelem kérdése, mivel esetükben - a stigmatizáción túlmenően - betegségük tünete bűncselekményként is értékelhető, illetve a kezelésük során keletkezett adatok visszaélésre adnak lehetőséget. Fontos a helyes adatvédelmi gyakorlat kialakítása, a kliens megfelelő tájékoztatása. Elengedhetetlenül fontos az, hogy az orvosok és más egészségügyben dolgozók az orvosi titoktartás, illetve adatvédelem szabályozásával tisztában legyenek, ennek érdekében szükség van továbbképzések, tanfolyamok szervezésére.

o) Szakmai fejlesztések a minőségi ellátások érdekében

- Szükséges a lejárt szakmai protokollok megújítása, a hiányzó szakmai protokollok elkészítése. Az érvényes szakmai protokolloknak megfelelő eljárásrendek és az ellátók folyamatos minőségi ellenőrzése. A szakmának indokolt meghatároznia azokat az indikátorokat, melyek a hatékony működés megfelelő mutatói.
- Az egyes ellátási formákhoz szükséges hozzárendelni a megfelelő értékelési rendszereket.
- A szakfelüyleti rendszer fejlesztése, indikátorrendszerek kialakítása az ellátás színvonalának javítása érdekében.
- Az ellátásokhoz kapcsolódó jogi szolgáltatások fejlesztése (pl. a droghasználók gyermekvállalásával összefüggésben gyermek elhelyezése, szülői felüyleti jog gyakorlása stb.).
- Szükséges az érintett szakmai kollégiumok bevonása a képzések megtervezésére, a szakmai programok kialakítására, a modellek előkészítésére, a szakemberhiány megszüntetésére vonatkozó koncepciók kialakításába.

B) A drogfogyasztás ártalmainak csökkentése

a) Az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségek populációs kockázatainak [HIV, Hepatitis-C (HCV), Tbc, illetve további szexuális úton terjedő fertőzések (STD-k)] csökkentése.

- Az ártalomcsökkentő szolgáltatások egyik legfontosabb célja a fertőző betegségek terjedésének csökkentése, mind injekciós, mind pedig szexuális úton. A másik cél a szűrésbe, illetve a szükség szerinti további ellátásokba irányítás.

b) Növelni kell a tűcsereprogramok lefedettségét az injekciós droghasználók tekintetében.

- A cél az, hogy a programok komplex alacsonyküszöbű szolgáltatásokhoz integrálódjanak, azok pedig együttműködjenek a drogambulanciákkal és a kistérségi addiktológiai centrumokkal.

- A tűcsereprogramok esetében kívánatos a helyszínen megvalósítható (folyamatos) HIV/HCV-szűrési lehetőségének mérlegelése és lehetőség szerinti alkalmazásuk.

- A szűrés megfelelő intervenciónak (pre- és posztteszt tanácsadás), kivizsgálásnak, szükség szerint kezelésnek kell követni. A tűcsereprogramok mellett a megkereső munka (asszertív megkeresés), az érintettek bevonása és az ehhez szükséges képzése biztosíthatja az egyéni, illetve a közösségi ártalmak és kockázatok csökkentését.

- Szükséges az alacsonyküszöbű szolgáltatások egységes minőségügyi rendszerének kialakítása.

c) A szubsztitúciós kezelés elérhetőségének javítása, továbbá a szubsztitúciós kezelésben résztvevők számának növelése.

- A 2005-2012 EU drogellenes stratégia hangsúlyozza, hogy jelentősen emelni kell a szubsztitúciós programok elérhetőségét és a kezelésben lévő opiáthasználók számát.

- A megfogalmazott célok elérésére a következő lépéseket ajánlott megvalósítani:

- a már létező és működő drogambulanciák szakmai tevékenységének bővítése szubsztitúciós kezelési lehetőséggel;

- a buprenorphin/naloxon-kezelés további bővítése;

- a folyamatos képzési rendszerekben akkreditált szakmai képzés az orvosok, pszichológusok, szociális munkások stb. számára.

d) A droghasználat belgyógyászati és egyéb szövődményeinek kezelését biztosító ellátások fejlesztése.

- A fertőző betegségekkel (HIV/AIDS-betegek, hepatitisz- stb. fertőzöttek), fogászati, kardiológiai és neurológiai problémákkal összefüggő egészségügyi ellátókapacitások biztosítása, elsősorban a nem addiktológiai és/vagy pszichiátriai specializációra irányuló orvospképzés és továbbképzés profiljának ez irányú bővítése révén.

- A járulékos kezelések finanszírozási feltételeinek megteremtése az egyes ellátási modalitásokban.

e) Az országos surveillance-típusú és célzott fertőző betegségeket monitorozó vizsgálatok folytatása az intravénás droghasználók körében.

f) A kábítószer-túladagolások megelőzését szolgáló komplex beavatkozások fejlesztése innovatív eszközök, információs és képzési rendszerek fejlesztése révén.

VII/2.4. Indikátorok és lehetséges célértékeik

- Gondozásba/kezelésbe vett új betegek száma növekszik a 2008-ban regisztrált értékekhez képest;

- Az EMCDDA (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja) standard alapján számított problémás droghasználók száma, az ilyen módon becsült szám viszonya a kezelésben lévők számához;

- Túladagolás következtében elhunytak száma (direkt halálesetek) nem nő a 2008-ban mért értékekhez képest;

- Indirekt halálesetek száma;

- Nem halálos kábítószer-túladagolások eseteinek száma;

- Alacsonyküszöbű szolgáltatások forgalmi adatai (pl. tűcsere);

- Az egészségügyi ellátók és alacsonyküszöbű szolgáltatások területi lefedettségének mutatói;

- Az egészségügyi ellátók betegforgalmi adatai, a kezelésben maradás időtartama, a kezelések kimenetelét jelző számok (absztinenciaarány, súlyos pszichiátriai szövődmények száma, intravénás használati arány csökkentése);

- HIV/HCV-szűrésben részt vettek és kezelésbe vettek száma a drogfogyasztók körében;

- Intravénás fogyasztók körében az új HIV- és HCV-fertőzöttek száma, valamint a kezelésbe kerültek száma;

- Szubsztitúciós kezelésben részesültek száma;

- Kábítószerfüggő terhesek és újszülöttjeik számára nyújtott speciális programok száma, valamint az ellátásba vett terhesek száma;

- Kistérségi szinten együttműködő ellátóhálózatok aránya;

- Rehabilitációs és reintegrációs programok elérhetősége és ellátásban részesülők száma;

- A büntetés-végrehajtási intézetekben különböző ellátási formákban részesülők száma;

- Az egyes ellátási formák hatékonyságvizsgálatainak eredményei;

- Megújított kezelési protokollok száma;

- A kezelés-ellátás és az ártalomcsökkentés közöltségei és egymáshoz, valamint a többi pillére fordított összegekhez viszonyított aránya;

- Szerfüggőséggel rendelkező pszichiátriai kezelésben részesülők száma.

VII/3. Kínálatcsökkentés

VII/3.1. Pillérfőcél

Csökkenteni kell a drogok hozzáférhetőségét, valamint a drogok használatából és kereskedelméből fakadó egyéni és közösségi ártalmakat és kockázatokat. Az alapvető emberi jogok tiszteletben tartásával biztosítani szükséges a társadalom közösségeinek legnagyobb fokú biztonságát a kábítószeres illegális előállítás, kereskedelme és a prekursorok, kábítószeres és pszichotróp anyagok eltérítése elleni hatékonyabb fellépés segítségével. Emellett a droghasználattal kapcsolatos bűnelkövetés csökkentése érdekében mennyiségileg és minőségileg is fejleszteni kell a megelőzési programokat a közreműködő szervezetek számának, és egymás közötti együttműködésének növelésével, a megvalósítás társadalmisításával a közösségi politikák keretében. E cél megvalósítása érdekében a bűnüldözés területén a kábítószerrel való visszaélés bűncselekményi körének kínálati oldali elkövetéseire kell összpontosítani.

VII/3.2. A pillér szemléleti kerete

Az Európai Unió tagországi büntetőpolitikájukban egyre nagyobb figyelmet fordítanak az emberi jogokra, a szakszerűségi, hatékonysági és költséghatékonysági szempontokra. A társadalompolitika részeként megvalósuló büntetőpolitika szükségszerűen túlnyúlik a büntető-igazságszolgáltatás rendszerén. Az így felfogott büntetőpolitika nemcsak azt határozza meg, hogy milyen magatartásokat kell büntetendővé nyilvánítani, illetve, hogy a büntetendő cselekmények elkövetőit milyen mértékben kell büntetni, hanem kijelöli a bűncselekmények egyéni és közösségi következményeivel kapcsolatos beavatkozások rendszerét is. Ennek keretében kialakítja a büntetés-végrehajtás rendjét és a pártfogó felügyeletet, ellátja a bűnmegelőzés állami feladatait, valamint feltárja a közösségi erőforrásokra építő együttes beavatkozások rendjét a társadalmi és rendészeti bűnmegelőzés eszközeivel. Proaktívan, a nemzeti és települési szintű megelőzési programokban való részvétellel, a bűnisméltés lehetőségének csökkentését szolgáló programok kialakításával, a bűnelkövető reintegrációs esélyeinek növelésével, a kezelésbe irányítás és bizonyos helyi szinten megjelenő ártalmak csökkentésében való részvétellel hozzájárul az egyéni és közösségi biztonság kiteljesedéséhez. Az állami büntetőpolitikának emellett gondot kell fordítania a bűnözés okozta sérelmek, a bűncselekmények elszemélyesítői és az emiatt életminőségükben veszélybe került személyek társadalmi, morális és anyagi sérelmeinek enyhítésére is. Ma már rendelkezésre állnak bizonyítékok a tekintetben, hogy a büntető-igazságszolgáltatási eszközök megvalósítása is csak más beavatkozásokkal együttesen, interszektoriálisan, és a közösség életébe beágyazottan lehet hatékony. A kínálat- és keresletcsökkentés területei tehát egymást feltételező és kiegészítő módon lehetnek csak eredményesek.

A kínálatcsökkentés érinti a jogi szabályozást, a bűnüldözés területét, az illegális kábítószer-termelés felszámolását, az ún. prekursoranyagok szigorú ellenőrzését, a Rendőrség, a Vám- és Pénzügyőrség felderítő tevékenységét, a Nemzetbiztonsági Szakszolgálat (NBSZ) kapacitásainak bővítését, a fejlesztési feladatok összehangolt végrehajtását, a büntetés-végrehajtás területén a szükséges terápiás, illetve ellenőrzési funkciók működtetését, ezen túlmenően nemzetközi szinten összehangolt vagy fedett nyomozást, a pénzmosás és a korrupció elleni fellépést, a kábítószer-hatóságok és a nyomozati szervek közötti együttműködés két- és többoldalú, regionális és széles nemzetközi megvalósulását, valamint kiterjed a közösségi alapú kínálatcsökkentési és resztoratív programokra is. A büntető-igazságszolgáltatás működtetése során kiemelt figyelmet kell fordítani a kábítószer-fogyasztó emberi jogainak tiszteletben tartására és az elérhető legjobb ellátáshoz való hozzáférés biztosítására.

A Nemzeti Drogstratégia célja annak megfogalmazása, hogyan hasson egymásra, illetve miképpen működjön együtt a büntető- és a drogpolitika annak érdekében, hogy megfelelő konszenzus alakuljon ki a tudományos és szakmai irányelvek, valamint a jogalkotás és jogalkalmazás területén. A büntetőpolitika alakítása során a drogpolitika szakmai észrevételeit/igényeit a felelős döntéshozónak fokozottan figyelembe kell vennie.

Mérlegelni kell a kábítószeres előállításától az elfogyasztásig tartó láncolat minden résztvevőjének és elemének szerepét és kockázatát a szerfogyasztás megjelenése, állandósulása, a társuló bűncselekmények megjelenése szempontjából.

Hatékony együttműködés esetén e két politika összhangban van, egymással nem versenyez, mellérendelt szerepet tölt be, és kölcsönösen reflektál egymásra. Ennek elérése és összhangja egy modern stratégia fontos célkitűzése.

Éppen ezért kívánatos a Büntető Törvénykönyv kábítószerrel való visszaélés tényállásaira vonatkozó szabályozását a Nemzeti Drogstratégia célkitűzéseivel összhangba hozni. A módosítás feleljen meg annak a korábbi jogalkotói akaratnak, amely szerint a kábítószerrel visszaélés tekintetében elsősorban a kábítószer-terjesztőket, a kereskedelemről hasznot húzókat vegye célba a büntető-igazságszolgáltatás. Ennek érdekében a fogyasztás céljából történő megszerzést külön, enyhébben minősülő esetként szükséges kezelni. Az alkotmányossági kritériumokkal összhangban ehhez szükséges alakítani mind a speciális, mind pedig az eljárási szabályokat. A Btk. és ezzel összefüggésben a büntetőeljárás törvény módosítása során a keresleti oldali szereplők, azaz a fogyasztók

tekintetében - a fogyasztással összefüggő kisebb súlyú kínálati bűncselekmények elkövetése esetén is - növelni kell a társadalmi befogadásukat, (re)integrációjukat szolgáló megoldásokat (pl. védelhalasztás, „elterelés” kiterjesztése stb.). Kívánatos a fogyasztói magatartás nyomozati és bizonyítási érdekből történő üldözése helyett a nyílt és titkos eszközöket, innovatív technikákat igénybe venni, illetve a felderítést a terjesztői hálózatok feltérképezésére és felszámolására összpontosítani. Ugyanakkor kiemelten kell alkalmazni a kábítószer-kereskedők esetében a kutatási adatok alapján leghatékonyabb eszközök egyikét, azaz hogy fel kell tární és a pénzkörforgásból ki kell vonni a kereskedésből származó hasznot annak elkobzásával.

Kiemelten fontos a kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése, ennek érdekében a célzott közúti ellenőrzések fokozása és a balesetet okozó gépkocsivezetők szűrése kábítószer fogyasztására.

A jogi szabályozás fontos feladata lehet a kereskedelmi kommunikációban szabályozni és korlátozni azokat a megjelenéseket, amelyek kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó normalizáló hatásokat érhetnek el. A kínálatcsökkentés egyik eleme lehet a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményekre felhívó, illetve a kábítószeres forgalmazásának, előállításának teret adó honlapokkal szembeni fellépés.

VII/3.3. Célkitűzések

A stratégiai periódus végére, 2018-ra az alábbi célkitűzések teljesülését irányozzuk elő:

A) A kábítószer-kereskedelem, -terjesztés elleni fellépés hatékonyságának növelése

a) A hatékony fellépés érdekében megfelelő szervezeti változtatásokra, a szakemberek számának növelésére (minden szinten, de elsősorban a megyei rendőr-főkapitányságokon), a képzések számának növelésére, a nemzetközi együttműködések fejlesztésére, az ún. új típusú kábítószeres monitorozására, szükséges gyorsasággal történő azonosítására, kockázatelemzésére, valamint a szükséges és megfelelő jogi szabályozás módosítására van szükség.

A szerek listára vétele során tudományos megalapozottsággal kell eljárni. Emellett szükség van az új típusú kábítószeres, valamint a már ismert anyag új, visszaélésre alkalmas használatával kapcsolatos kockázatok és a szabályozásukkal kapcsolatban megtett lépések kommunikációjára.

A Korai Jelzőrendszer (Early Warning System) működtetése mellett javasolt az illegális piacon megjelenő új kábítószeres, illetve a kábítószeres hatóanyagtartalmának változásairól a hatóságok mellett a szakmai szervezeteket, valamint a tömegkommunikációs eszközökön keresztül a drogfogyasztókat is tájékoztatni a droghalálozás megelőzése céljából.

b) Meg kell vizsgálni egy országos kábítószer-bűnözés elleni szolgálat felállításának lehetőségét. Szükség lehet egy egységes, a jelenlegi szervezetek technikai, személyi, anyagi bázisán létrehozott és továbbfejlesztett, Európa számos államában sikeresen működő, országos illetékességgel bíró kábítószer-bűnözés elleni hatóság felállítására, amely kizárólagos hatáskörrel végezné a kiemelt (jelenleg megyei hatáskörbe tartozó) visszaélés kábítószeres bűncselekmények felderítését. Egy ilyen szervezet megalapítása többszörösére növelheti a kábítószer-bűnözés elleni fellépés eredményességét.

c) A nyomozati munka támogatása érdekében tovább kell fejleszteni a szakértői háttér személyi állományát és technikai felszereltségét.

d) Hatékonyabbá kell tenni a kábítószer-terjesztésből származó pénzek pénz- és tőkepiaci rendszeren keresztül történő tisztára mosása elleni fellépéseket. Növelni kell az ilyen illegális tevékenységből származó javak és pénzeszközök elkobzásának mértékét.

e) Rugalmas és innovatív eszközökkel, módszerekkel, megerősített erőforrásokkal, a fejlesztési feladatok összehangolásával kell az új kihívásokra reagálni, elsősorban az ún. párhuzamos piacok, valamint az internetalapú és a csomagküldő szolgálatok révén működtetett kábítószer-kereskedelem vonatkozásában.

f) Csökkenteni kell a különbséget a lefoglalt és a drogepidemiológiai és egyéb kutatási adatok alapján ténylegesen a piacon jelen lévő becsült kábítószer-mennyiség között.

g) Növelni kell az illegális kábítószer-laboratóriumok felderítésére fordítható erőforrásokat.

h) Szükséges a leginkább kockázatos okozó elkövetési módok és környezetek azonosítása, ezekkel szemben a bűnözők kiemelt nyomozati eszközeivel való fellépés, valamint a közösség érdekeit szolgáló rendészeti bűnmegelőzési beavatkozások és politikák erősítése.

i) Kiemelt figyelmet kell fordítani a lefoglalt kábítószeres biztonságos tárolására és megsemmisítésére. Ennek érdekében meg kell vizsgálni, hogy van-e jogszabályi lehetőség a lefoglalt kábítószeres mielőbbi megsemmisítésére és a jelenlegi bonyolult rendszer egyszerűsítésére.

j) Az ellenőrzött anyagokkal kapcsolatos hatósági feladatokat - ideértve az előzetes adatkérési és helyszíni hatósági ellenőrzéseket, valamint a monitorozást is - ki kell terjeszteni a pszichotróp anyagokról szóló, 1971. évi Egyezmény 3. és 4. jegyzékében szereplő nyugtató- és altatószerekre is.

k) Az elmúlt évek tapasztalatai alapján szükséges továbbá olyan jogszabályi változtatások előkészítése, bevezetése, amelyek lehetővé teszik, hogy konkrét ügyben, adott bűncselekmény elkövetésével megalapozottan

gyanúsítható személy részére, a megfelelő garanciák beépítése mellett, a folyamatban lévő büntetőeljárás bármely szakaszában vagy azt követően törvényes úton kedvezmény legyen adható. Így különösen az úgynevezett vádalku kiterjesztése a büntetőeljárás ügyészi, valamint bírósági szakaszára, enyhébb végrehajtási fokozatba helyezés, más ügyben vádelejtési lehetőség megteremtése, adott ügyben vagy ügyekre a tárgyalásról való lemondás kiterjesztése.

l) Fel kell lépni a kábítószer-fogyasztásra buzdító, a kábítószeresek beszerzéséhez, előállításához segítséget nyújtó honlapok ellen.

m) A kereskedelmi kommunikációban korlátozni kell azokat a megjelenéseket, amelyek a különböző szerfogyasztáshoz kapcsolódó, azokat normalizáló hatásokat érhetnek el.

n) A kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése érdekében fokozni kell a célzott közúti ellenőrzéseket, és meg kell teremteni a balesetet okozó gépkocsivezetők szűrésének lehetőségét.

B) Együttműködések kialakítása, kutatás, képzés, értékelés

a) A bűnüldöző és büntető-igazságszolgáltatási intézményeknek fokozottabban együtt kell működnie a szociális és egészségügyi szférában tevékenykedőkkel az eljárás alá vont drogfogyasztók ellátásokba és támogató programokba irányításának elősegítése érdekében, a jogalkotónak pedig olyan támogató jogeszközöket kell kialakítania, melyek ezt a célt támogatják.

b) A rendelkezésre álló nemzetközi tapasztalatok alapján meg kell vizsgálni a fogvatartottak ellátásba irányítási rendszere (arrest referral) bevezetésének lehetőségét, a bűnisméltés csökkentése és az eljárás alá vontak egészségi állapotának, valamint szociális integrációjának növelése érdekében.

c) Más ellátókkal közösen kialakított programokra (esetmenedzsment) van szükség a drogfogyasztók támogatása érdekében azon kulcsfontosságú időszakokban (pl. a börtönből való szabadulás ideje), amikor a visszaesés és a bűnisméltés veszélye különösen magas.

d) Növelni kell az együttműködést az egészségügyi és szociális ellátókkal, valamint az önkormányzatok képviselőivel és a civil szervezetekkel, egyházakkal a kábítószer-fogyasztással összefüggő, a helyi közösségek biztonságára kockázatot jelentő jelenségek kapcsán. Meg kell teremteni a biztonságos szórakozás szabályozási és szolgáltatási feltételeit, a biztonságos szabadidő-eltöltés lehetőségét, a szerfogyasztás által különösen érintett környezetek szociális integrációját és a helyi szektorközi együttműködés rendszereit. Mindenhol biztosítani kell a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban a kínálatcsökkentési szervezetek képviseletét.

e) Mivel a kábítószer-bűnözés a nemzetközi szervezett bűnözés része, a hatékony fellépéshez elengedhetetlen a nemzetközi kapcsolatok fejlesztése. Biztosítani kell a kábítószer-bűnözés elleni rendőri egységek számára a napi szintű nemzetközi kapcsolattartást. A kapcsolattartás szorosabbá tétele céljából angol nyelven jól beszélő, tapasztalt nyomozók számának növelésére van szükség.

f) Meg kell erősíteni a pártfogók személyi állományát, valamint képzésekkel és más erőforrásokkal kell biztosítani tevékenységük hatékonyságát.

g) A kábítószer prekurzorokkal, valamint a kábítószerrel és pszichotróp anyagokkal kapcsolatos visszaélések lehetőségének csökkentése érdekében a lehetséges illegális felhasználás és eltérítés elleni fellépést elsősorban a megelőzés oldaláról kell erősíteni. Ennek eszköztárához egyrészt a korszerű engedélyezési és nyilvántartási rendszer, valamint a vegyipari cégek és kereskedők szervezeteinek bevonása a felvilágosító és megelőző munkába.

h) A büntető-igazságszolgáltatás intézményeinek és beavatkozásainak tudományos igényű, független értékelővel történő vizsgálatát mind módszertani, mind forrásoldalról meg kell teremteni. A kutatások eredményét szakmai vitákban kell feldolgozni, annak eredményeit és a megfelelő javaslatokat pedig a döntéshozó elé kell tární.

i) Az oktatás területén a Rendőrtiszti Főiskola keretein belül ki kell dolgozni a kábítószerrel kapcsolatos rendészeti ismeretek külön tantárgyként történő oktatásának módját és lehetőségeit, valamint olyan speciális szakképzések rendszerét, melyek a szakember-utánpótlást elméleti és gyakorlati ismeretekkel, a szolgálatokkal és más együttműködő szervezetekkel szoros kapcsolatban biztosítják.

j) Szükséges fejleszteni és harmonizálni a bűnüldöző, nyomozó szervek helyzetértékelő/elemező, monitorozó rendszerét.

VII/3.4. Indikátorok

- Ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma;
- Ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetésének mintázata (keresleti - ezen belül saját használatra - és kínálati oldal aránya);
- Ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma;
- Ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményben megjelenő szertípusok aránya;
- Felderített illegális kábítószer-laboratóriumok száma;
- A látens bűnözés becsült mértéke;
- Kezelésbe irányítás aránya az eljárás alá vontak körében;

- Beszerzési és következménybűnözés aránya és vagyoni mértéke;
- Kábítószeres hozzáférhetősége a társadalom megítélése alapján;
- Visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető visszaesők száma;
- Fiatalkorúak aránya az elkövetőkön belül;
- Lefoglalt kábítószeres mennyisége és a lefoglalások száma;
- Az illegális kábítószeres utcai és nagykereskedelmi ára és tisztasága;
- A kábítószerrel való visszaélés összébűncselekményi körének becsült társadalmi költségei;
- A kábítószer-bűnözésre fordított közöltségek és a többi pillérre fordított összegekhez viszonyított aránya;
- Kábítószer-terjesztésből származó lefoglalt pénzeszközök, vagyontárgyak mértéke;
- A kábítószerpiacon jelenlévő kábítószeres mennyiségének becslése.

VIII. Átívelő eszközök

VIII/1. Együttműködés, közösség

VIII/1.1. Átívelő eszköz főcél

Megteremteni az együttműködés lehetőségeit és igényét a drogfogyasztással összefüggő problémák kezelésének tudatosításával, a lehetőségekre és összefogásokra vonatkozó készségek és elköteleződések támogatásával. A beavatkozások tervezésében meg kell szerezni az önkormányzati, a civil, a szakmai, az egyházi és sportszervezetek egymást erősítő támogatását, és együtt kell működni a közvetlenül érintettek (droghasználók, hozzátartozók, lakóhelyi érdekvédelem) szervezeteivel a legjobb hatékonyságú és minőségű ellátások tervezése érdekében.

VIII/1.2. Szemléleti keret

A helyi közösségekre nemcsak mint a kábítószer-használattal összefüggő kockázatok és ártalmak által leginkább érintettek kell tekintenünk, hanem úgy is, mint amelyek térben és időben a probléma kialakulásához legközelebb állóként a leghatékonyabban tudnak közreműködni azok kezelésében. Az együttes cselekvések, a lokális és közösségi együttműködések megsokszorozzák hatásukat, és erőforrásokat mobilizálnak. Ezért szükséges minden, az emberi közösségek legalapvetőbb formáival és szereplőivel (család, hozzátartozók, a nevelési-oktatási intézmény és a munkahely világa, a lakóhelyi és települési közösség szervezetei, egyházak és közösségei, valamint a társadalmi szervezetek) közös felismerésen alapuló, egyeztetett fellépés megvalósítása.

A Nemzeti Drogstratégia a polgárok közösségeit partnernek, a megvalósítás legfontosabb szereplőinek tekinti. Közismert, hogy a csupán állami akaratot megtestesítő szemlélet nem lehet elégséges és eredményes a probléma kezelésében. Nem képzelhető el semmilyen, a Nemzeti Drogstratégia szándékaival egybeeső elmozdulás a közösség támogatása nélkül. Minden ilyen beavatkozás eredményességének legfontosabb mérőszáma az, hogy képes-e a helyi közösség életébe beágyazódni, támogatását megszerezni és együttműködését kiváltani.

VIII/1.3. Célkitűzések

A stratégiai periódus végére, 2018-ra az alábbi célkitűzések teljesülését irányozzuk elő:

Célok:

- a) A szakmai együttműködések fejlesztése
 - A Nemzeti Drogstratégia a megvalósítás során széles körű összefogásra, a civil szervezetek bevonására épít. A civil szervezetek által létrehozott szakmai szövetségek megteremthetik a hatékonyabb érdekérvényesítés és a közösségekben rejlő erőforrások kiaknázásának lehetőségét.
 - A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok munkájának alapvető feltétele a helyi igazgatási, közösségi és szakmai szervezetek együttműködése. A fórumokat úgy kell működtetni, hogy helyi koalíciókat teremtsenek meg. Az önkormányzatok képviselői számítsanak a szervezetekre, kérjék ki véleményüket, és szerezzék meg egyetértésüket.
- b) A nem kormányzati szakmai szervezetek helyi és országos támogatási feltételeinek összehangolása
 - A szakmai szervezetek a helyi szintű problémakezelés legfontosabb szereplői. Ők biztosítanak ellátásokat, és valósítanak meg szolgáltatásokat. Támogatásuk ezért elengedhetetlen. Ezt az országos és helyi támogatási lehetőségek összehangolásával és kiaknázásával lehet elérni.
- c) Meg kell teremteni a közvetlenül érintettek bevonásának lehetőségét és szervezeti feltételeit a döntéshozatali folyamat során
 - Hosszú időn keresztül a társadalmi problémák (pl. hajléktalanság, romakérdés stb.) kezelésének tervezéséből a közvetlenül érintettek ki voltak zárva. Ez a helyzet folyamatosan változik, és számos problématerületen a beavatkozások kialakításában már fontos és elengedhetetlen szempontokat, javaslatokat adnak az érintettek. A nehezen megközelíthető populációk ellátása esetén megkerülhetetlen feltétel közreműködésük megnyerése a

számukra adekvát ellátási formák kialakításakor. Az érintettek bevonása nemcsak az intervenciók adekvátabb tervezése, hanem az emberi jogok kiteljesülése tekintetében is fontos fejlemény, valójában tehát egy olyan szemléleti döntésről van szó, mely tágabb értelemben is hatással lehet a drogpolitikák alakítására. Az EU stratégiája és számos állásfoglalása ugyanúgy javasolja az érintettek bevonását, mint más negatív megítélés alá eső probléma (HIV/AIDS, prostitúció, hajléktalanság stb.) kezelésére vonatkozóan teszik az illetékes nemzetközi fórumok.

d) Elő kell segíteni a Nemzeti Drogstratégia végrehajtásának egységes kommunikációját

- Korábbi tapasztalatok alapján szükséges a legfontosabb államigazgatási szereplők közötti rendszeres kommunikációs egyeztetés. Szükséges továbbá kommunikációs egyeztetési nyilatkozat elfogadása, mely az együttműködő partnerek, elsősorban a nyilvánosság és a döntéshozók számára irányelvként szolgál, egyben biztosítja, hogy a különböző fórumokon és csatornákon megfogalmazódó társadalmi üzenetek ne olták ki egymás hatásait.

VIII/1.4. Indikátorok

- A Nemzeti Drogstratégia célkitűzéseinek megvalósításában részt vevő civil, önkormányzati, egyházi, szakmai és sportszervezetek száma;
- A támogatott programok keretében megvalósult tevékenységek a támogató felé történt beszámolók alapján;
- Közvetlenül érintettek szervezeteinek partnerként való elfogadása (helyben és országosan) kompetenciakörükön belül;
- Kommunikációs egyeztetési nyilatkozat kerül elfogadásra.

VIII/2. Koordináció, nemzetközi együttműködés

VIII/2.1. Átívelő eszköz főcél

A drogprobléma mind globális és földrajzi határokon, mind szakmai-tudományos szempontból átívelő jellegéből következően a drogpolitikának kiemelt hangsúlyt kell fektetnie az együttműködések kérdéseire a szektorok közötti összehangolás és a nemzetközi együttműködés szempontjából.

VIII/2.2. Szemléleti keret

Míthogy a Nemzeti Drogstratégia elsősorban fejlesztési irányokat határoz meg és azok megvalósítását kívánja a rendelkezésre álló eszközök igénybevételével előmozdítani, meghatározó jelentősége van a nemzeti szintű koordinációs mechanizmusok hatékony működtetésének. A kábítószerügyi koordináció államigazgatási reprezentációját indokolt magas szinten megállapítani, elsősorban azért, mert szinte valamennyi döntés hordoz kockázatot. A szakmailag indokolt irányok meghatározása és konzekvens végigvitele a döntéshozók azonnali tájékoztatását teheti szükségessé. A probléma szerteágazó, folyamatos ágazatközi egyeztetést és döntéshozatalt megkívánó volta, az ellátórendszer sajátos fejlesztési igényei, az egészségügyi és szociális ellátások egymásra való tekintettel történő fejlesztése, a kereslet- és kínálatcsökkentési beavatkozások egymásra reflektáló finom hangolása iránti szükséglet teszik különösen is indokoltá a magas államigazgatási képviselést.

A kábítószer-probléma okozta ártalmak elsősorban a helyi közösségekben válnak kitapinthatóvá, ezért a kezelésük érdekében tett lépések elsődleges megfogalmazására is ott van szükség. Ez a felismerés tükröződött az előző stratégiai periódusban életre hívott Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok rendszerében. A helyi együttműködések és koordinációs mechanizmusok mellett az intézményi és közösségi (lakóhelyi, szakmai, szakmaközi) egyeztetési mechanizmusokat is a Nemzeti Drogstratégia megvalósítása érdekében kell támogatni és kiteljesíteni. Csak mindezek együttese, a koordináció „szövege” eredményezheti a Nemzeti Drogstratégia hatékony megvalósítását.

VIII/2.3. Célkitűzések

a) Szektorok közötti összehangolás fejlesztése

- A Kormány kábítószerügyi tanácsadó testületként továbbra is nagy jelentősége van a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak (KKB), mely a politikai, államigazgatási szereplők, valamint a civil-szakmai szervezetek képviselőinek magas szintű egyeztetési fóruma, azok együttes részvételével tud érdemi hatást gyakorolni a döntésekre. A Nemzeti Drogstratégia eredményes megvalósítása érdekében - hasonlóan az eddigiekhez - szabályozni szükséges a Bizottság működés módját, kiegészítve azzal, hogy milyen szerepet játszanak a Bizottság javaslatai a döntéshozatalban. A Bizottság vezetésében magas szintű állami képviselőre van szükség, tagjai esetében pedig vezetői szint javasolt. A nemzeti drogkoordinátornak a tárcák munkáját a Nemzeti Drogstratégia hatáskörében kell támogatnia, elősegítve a tervezett feladatok összehangolását. Államigazgatási pozícióját ennek megfelelően kell meghatározni. A nemzeti drogkoordinátor munkáját segítő KKB titkárság, a Bizottság tevékenységének adminisztratív bonyolítása mellett magas szintű döntés-előkészítő funkciókat is ellát, ezért az ágazati információk feldolgozása érdekében megfelelő szakmai hálózattal,

kapacitással kell rendelkeznie. A nemzeti koordinációnak fontos feladata van abban a tekintetben is, hogy a kábítószer-probléma szakmai prioritásai közérthetőek és ismertek legyenek a problémakezelésben közvetlenül nem vagy kevésbé érintett államigazgatási szereplők körében is.

b) Helyi szintű összefogások előmozdítása és koordinációja, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) fejlesztése

- A továbbiakban is szükség van a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működtetésére helyi, kerületi, regionális, valamint kistérségi szinten. A különböző közigazgatási szinteken működő testületek feladatai és kompetenciakörei értelemszerűen eltérnek. A KEF-ek feladata elsősorban a Nemzeti Drogstratégia megvalósításáért felelős helyi szervezetek (pl. önkormányzatok, ellátásszervezéséért felelős más intézmények) támogatása, az egyes szereplők közti együttműködések, egyeztetés fórumának megteremtése. A KEF-ek véleményükkel, javaslataikkal támogatják az integrált addiktológiai ellátási szolgáltatások kialakítását, a különböző szintereken zajló prevenciós beavatkozások tervezését, megvalósulásukat, a minőségi standardoknak megfelelő beavatkozások elterjesztését, elősegítik a helyi szükségletfelmérések elvégzését. A KEF-ek tevékenységének hatékonyabbá tétele, a fennmaradás és a fejlődés érdekében működésük feltételeit az önkormányzati rendszer fejlesztésével, az önkormányzati feladatok átgondolásával, a helyi egészségpolitikák megvalósításának támogatásával megfelelő jogszabályi szinten szükséges rögzíteni.
- Más intézményi struktúrák kompetenciájára is tekintettel, a stratégiai periódus végére kívánatos elérni, hogy a KEF-ek működési feltételeinek lehető legjobb kihasználása érdekében az ellátástervezésre vonatkozó szerepüket ki tudják teljesíteni, véleményük, javaslataik jelenjenek meg, és kerüljenek figyelembevételre az érintett intézmények döntéshozatali tevékenysége során.

c) A nemzetközi együttműködések fejlesztése

Magyarország az alábbi kiemelt nemzetközi szervezetek vonatkozásában biztosít és tart fenn együttműködéseket. A jelentésteljesítési kötelezettségek, az adatszolgáltatási feladatok ellátása egységes nemzeti álláspont koordinált kialakítását teszik szükségessé.

ENSZ Kábítószer Bizottsága

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

ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bünmegelőzési Hivatala

Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bünmegelőzési Hivatala (UNODC) az ENSZ illegális kábítószerek és nemzetközi bűnözés elleni fellépésének fő szerve. 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.

Az Európai Unió Tanácsának Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoportja

Az Európai Unióban a Tanács Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoportja (HDG) felelős a kábítószerüggyel 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 írnöksége alatt alakult, széles körű kábítószerügyi kezdeményezés, az azonosan gondolkodó országok informális koordinációs csoportja.

VIII/3. Monitorozás, értékelés, kutatás

VIII/3.1. Átívelő eszköz főcél

Hatékony beavatkozások tervezéséhez és végrehajtásához pontos ismeretekkel kell rendelkezünk a folyamatosan változó kábítószer-probléma mintázódásáról, társadalmi és egyéni meghatározó tényezőiről. A kutatási és értékelési tapasztalatokat széles körben és közérthető formában kell hozzáférhetővé tenni. Ez a feltétele annak, hogy a politikai és szakmapolitikai döntések helyes problémaelemzés alapján szülessenek.

VIII/3.2. Szemléleti keret

A drogpolitika már az eddigiekben is fokozott hangsúlyt helyezett a tényalapúságra. A drogprobléma összetettsége, komplex társadalmi és politikai beágyazottsága kiemelkedően fontossá teszi a beavatkozások célszerűségének folyamatos vizsgálatát. Az anyagi források korlátozott volta a gazdaságossági megfontolások érvényesítésére, a fenntarthatóság biztosítására irányítja a figyelmet. Az adatgyűjtési, kutatási tevékenységnek egyfelől a problémamegértést, másfelől a beavatkozás tervezését kell szolgálnia. A kutatási tevékenységnek szolgálnia kell a rendszeres adatgyűjtés fejlesztését is. A monitorozás, értékelés megkerülhetetlen forrása az önreflexivitásnak, amelynek valamennyi pillér és átívelő eszköz esetében konzekvensen érvényesülnie kell. Biztosítani szükséges, hogy a döntéshozás ne esetleges vélekedésekre, hanem a tudományosan megalapozott felismerésekre alapozódjon.

VIII/3.3. Célkitűzések

- Szükséges a nemzeti adatgyűjtési rendszerek áttekintése és fejlesztése. A kábítószerrel összefüggő kezelésre vonatkozó nemzeti szintű kábítószerügyi adatgyűjtések körében szükséges átállni a szolgáltatónkénti aggregált adatszolgáltatásról az esetalapú, on-line adatszolgáltatásra.
- Az adatgyűjtések vonatkozásban a rendszeres képzés, továbbképzés, szolgáltatói tájékoztatás, a fogalomtár folyamatos kommunikációja szükséges.
- Az EMCDDA által kidolgozott kulcsindikátorok mentén történő adatgyűjtés további fenntartása, teljessé tétele, az adatgyűjtés intézményi, jogszabályi és finanszírozási feltételrendszerének megerősítése szükséges.
- A kínálatcsökkentési tevékenységek eredményességi-hatékonysági értékelhetőségének megvalósítása érdekében 2014-ig az EMCDDA által ajánlott indikátorrendszer kidolgozására és bevezetésére van szükség. A célkitűzés megvalósításához elengedhetetlen az értékelés alapját képező adatgyűjtés intézményi és jogszabályi feltételeinek megteremtése.
- Annak érdekében, hogy a tudományos eredmények minél nagyobb mértékben határozhassák meg a drogkérdéssel kapcsolatos szakpolitikai döntéseket, Drogkutatások Tanácsának felállítására van szükség.
- A drogproblémával összefüggő alap- és alkalmazott kutatások összehangolt támogatására van szükség a különböző pályázati és támogatási alapok együttműködése révén. Elengedhetetlen a követéses vizsgálatok intézményi és pénzügyi feltételeinek megteremtése.
- Meg kell teremteni a metaanalízisek, eredményességi vizsgálatok végzéséhez szükséges szakmai és szervezeti infrastruktúrát.
- Meg kell teremteni a korszerű, nemzetközi standardokon alapuló drogpolytások végzéséhez szükséges szakemberképzés feltételeit, szervezeti formáit.
- Lényeges továbbá a médiakampányok hatékonyságvizsgálatának végrehajtása és támogatása.
- Folytatni és rendszeressé szükséges tenni a speciális populációs vizsgálatokat a kábítószer-probléma elterjedtségével összefüggésben (pl. Honvédség, hajléktalanok, fogvatartottak stb.).
- Harmonizálni szükséges a releváns hazai kutatások módszertanát, minőségét az EMCDDA által meghatározottakkal.

VIII/3.4. A megvalósítás indikátorai

- Az EMCDDA epidemiológiai kulcsindikátorai mentén 2014-re teljes körű, az EMCDDA módszertani, szakmai iránymutatása szerint megbízhatóan ismétlődő adatgyűjtések zajlanak;
- 2014-ig megkezdődik a kínálatcsökkentési indikátorok mentén zajló rendszeres adatgyűjtés;
- 2018-ig megvalósul legalább egy átfogó metaanalízis a prevenció programok eredményességével kapcsolatban;
- Áttekinthető adatbázis a kábítószerterében végzett összes kutatásról (kutató, finanszírozó, terület, módszertan stb.);
- Alap-, tovább-, illetve szakképzések elérhetősége a drogprobléma kutatásmódszertanával (kvantitatív, kvalitatív) összefüggésben.

IX. A Nemzeti Drogstratégia végrehajtása

A Nemzeti Drogstratégia elfogadása csak az első feltétele a problémakezelésnek. A program kihirdetéséhez további politikai elhatározásokra és technikai egyeztetésekre, költségvetési forrásokra, a kialakult konszenzus ápolására, a társadalmi figyelem fenntartására és őszinte kommunikációra van szükség.

A Nemzeti Drogstratégia önmagában mint dokumentum kevés eredményre hivatott, ha nem támogatják más eszközök az abban megfogalmazott elveket és célokat. A modern stratégiák valójában nem is kizárólag dokumentumok, hanem olyan folyamatok, melyek eredményeként a dokumentumok mellett jogeszközök, költségvetési tervezések, utasítások, rendelkezések jelennek meg összehangolt és egymást erősítő formában, melyeket szabályozott értékelési folyamatok egészítenek ki.

A Nemzeti Drogstratégiában kitűzött célok megvalósításához elengedhetetlen a végrehajtásban közreműködő valamennyi intézmény, szervezet fejlesztése, a kiegyensúlyozott finanszírozás feltételeinek biztosítása.

IX/1. Rendszerszemléletű tervezés, rendszerszemléletű megvalósítás

A Nemzeti Drogstratégia megtervezése a probléma kezelésében érintett rendkívül nagyszámú elem, intézmény, hatóság és intézkedés összehangolásának hosszadalmas folyamata. Csak rendszerszemléletű megközelítés és folyamatvezérlés járhat eredménnyel. Ennek eszközei elsősorban is egymás kompetenciáinak elismerése, a multidiszciplinaritás szemlélete, de ide tartozik a tervezési, rendszerfejlesztési eszközök - pl. a logikai keretmátrix - alkalmazása is. Ezzel lehet biztosítani, hogy szinergikus viszonyban hatásoptimalizáló módon megvalósuló rendszer alakulhasson ki.

A rendszerszemléletű tervezés azonban rendszerszemléletű megvalósítást is igényel, hiszen abból indul ki, hogy a meghatározott egységek összessége és nem esetleges válogatása vezethet eredményre. A Nemzeti Drogstratégiában meghatározottakhoz tehát következetesen kell a döntéshozóknak tartania magát, módosítások/módosulások esetében pedig újra kell tervezni az elemek arányát, viszonyát. Az egyes elemek esetleges fejlesztése/fejlődése során figyelembe kell venni azok szervezeti, intézményi környezetét, azzal való kölcsönhatását, hogy a fejlődési folyamat harmonizáltan történjék.

IX/2. Költségvetési tervezés szempontjai

Az átgondolt, rendszereszerű tervezés érdekében rendkívül fontos, hogy a döntéshozók figyelembe vegyék a kábítószer-problémának a hazai közfeladatok rendszerében kialakult finanszírozási sajátosságait, törekedve a kialakult alrendszerek kiegyensúlyozottságára, folyamatos összehangolására.

A drogprobléma sajátos összetettsége igényli a többszintű beavatkozást biztosító hálózatok működtetését és fejlesztését. A korszerű és költséghatékony megközelítéseket szem előtt tartva a drogbetegek ellátásának és kezelésének állami intézményi bázisa a civil szervezetek által ellátott feladatokkal kiegészülve alkot összefüggő kezelési rendszert. A kábítószer-probléma társadalmi, szociális és egészségügyi vetületét érintő állami kötelezettségekből jelentős feladatot vállalnak át a civil szervezetek. Mindezen munkamegosztás folytán az érintett közintézmények normatív rendszerű támogatása mellett minimum finanszírozási szükségletet jelent a civil társadalom közfeladat-ellátása. Ezek ma jellemzően pályázati úton támogatott prevenció, rehabilitációs és reintegrációs, valamint ártalomcsökkentő típusú szolgáltatásokra, az ezekkel összefüggő intézményfejlesztésekre és fenntartási kötelezettségekre terjednek ki. Ugyanakkor a központi költségvetési forrásból biztosítandóak a több ágazathoz is kapcsolható szakemberképzés, kutatásfejlesztés igényei, a Nemzeti Drogstratégia koordinált megvalósításának innovációs jellegű feltételei is.

A Nemzeti Drogstratégia célkitűzései mentén a részletes feladatokat a cselekvési programok fogalmazzák meg. Az akciótervek kidolgozását éppen ezért az aktuális információkra alapozott teljes körű szükséglet- és forráselemzéseknek kell megelőznie, a tervezést pedig a kormányzati pénzügyi feltételekkel összhangban kell elvégezni, tekintettel az európai uniós források felhasználási lehetőségére is.

A Nemzeti Drogstratégia konkrét célkitűzései az alapfeladatok ellátását szolgáló fenti költségvetési minimumfeltételeken túl a Drogstratégiában kitűzött célokhoz ütemezetten rendelt, azok hiteles elérését szolgáló forrásokkal biztosíthatóak, éppen ezért a társadalom tagjait közvetlenül és közvetve is érintő intézkedések megalapozása következetes döntéshozatalt, felelős elköteleződést kíván a Nemzeti Drogstratégia végrehajtásában felelős minisztériumoktól, állami, önkormányzati intézményektől.

IX/3. A cselekvési programok, akciótervek

A stratégiai elveket és célkitűzéseket a cselekvési programok formálják konkrét beavatkozásokká, meghatározva egyúttal a felelősöket és határidőket is. A cselekvési programok felépítése a következő: helyzetfelmérés/szükségletelemzés, melyre a program egy vagy több célt határoz meg, abból fakadó akció, végrehajtásért felelős, időtáv/határidő, eredménymutató, valamint a cél végrehajtásának értékelését egybefoglaló

dokumentumok, eszközök. Az első cselekvési program az új Nemzeti Drogstratégia elfogadását követő három hónapon belül lép életbe.

A Nemzeti Drogstratégia cselekvési programjait más, szakterületi, települési, földrajzi egységhez kötött, hatósági (pl. rendőrségi), intézményi (pl. nevelési-oktatási intézményi, munkahelyi, sportegyesületi stb.) cselekvési programok egészíthetik ki. Kiemelkedő jelentőségű ez utóbbi programok koordinált előkészítése, az együttműködő, szinergikus viszony biztosítása a Nemzeti Drogstratégiával.

IX/4. A Nemzeti Drogstratégia megvalósításának értékelése

A Nemzeti Drogstratégia végrehajtásának elengedhetetlen eleme a folyamatos értékelés, mely végrehajtási feladatokat is előír. Az értékelés érdekében 2014-ig ki kell dolgozni azt az indikátorrendszert, amely alapján a Nemzeti Drogstratégia megvalósításának félidejének értékelése megkezdődhet.

Rendszeresen értékelni kell a Nemzeti Drogstratégia megvalósulását. Kétévente átfogó, a Nemzeti Drogstratégia részterületeire kiterjedő értékelési tanulmány, 2014-ben, a Nemzeti Drogstratégia félidejében pedig független, külső partner által végzett értékelés készül. Ez utóbbi eredményei mentén készülnek el a Nemzeti Drogstratégia második periódusára érvényes cselekvési programok, illetve szükség esetén a döntéshozó ennek alapján módosítja a Nemzeti Drogstratégia célkitűzéseit, hangsúlyait.

1. számú melléklet

Külső meghatározottságok - a droghelyzet nemzetközi vonatkozásai

A kábítószer-ellenőrzés

A nemzetközi kábítószer-ellenőrzésnek két alapvető célja és feladata van. Egyrészt a nemzetközi kábítószer-egyezmények hatálya alá eső, ellenőrzés alatt álló kábítószeres és pszichotróp anyagok gyógyászati és kutatási felhasználásának maradéktalan biztosítása, másrészt annak biztosítása, hogy az ezen anyagok ellenőrzésére alkalmazott módszerek és szabályozások összhangban legyenek a hatósági gyógyszer-ellenőrzési rendszerrel. Biztosítani kell tehát a gyógyszerként használt kábítószeres és pszichotróp anyagok (elsősorban a fájdalomcsillapítók) bürokrácia mentes hozzáférhetőségét, és meg kell vizsgálni más kábítószeres gyógyászati alkalmazásának lehetőségét is. Hatékony eszközökkel kell ugyanakkor fellépni az ellenőrzés alatt álló kábítószeres és pszichotróp anyagok illegális útra való eltérítésének megakadályozásáért, az ellenőrzés alatt álló kábítószeres illegális termelésének, kereskedelmének és használatának visszaszorításáért.

A Nemzeti Drogstratégia e két párhuzamos, részben egymást erősítő, részben egymással ellentétes szempontot a nagyobb társadalmi érdek elvét követve érvényesíti. Mindeközben figyelemmel van a terjesztés és kereskedelem új, nehezen ellenőrizhető és igen hatékonyan működő formáinak ellenőrzésére is (pl. az ún. párhuzamos piacok vagy az internetalapú „gyógyszertárak” terjedése), melyek mindkét területet együttesen érintik, s egyre komolyabb veszélyt jelentenek. Ezen újszerű és nagy társadalmi veszélyt jelentő mechanizmusokkal szemben innovatív beavatkozásokat kell kialakítani. Döntő fontosságú, hogy a két illegális tevékenységgel szembeni ellenőrzési rendszert a kábítószer-rendészeti és gyógyszer-ellenőrzési hatóságok együttesen és koordináltan alakítsák ki.

A nemzetközi kábítószer-kereskedelem

A XX. század második felében a kereskedelmi termékek piacával együtt a kábítószerpiac is globális méreteket öltött, az egész világot átszövik az illegális droggereskedelmi útvonalak. Bár a legtöbb kábítószer előállítását nem igényel különösebb szaktudást és anyagi forrást, az Európai Bizottság 2009-es tanulmánya beszámol arról, hogy az árak jelentős mértékben nőnek mialatt a kábítószer a termelőtől eljut a fogyasztóig. A terjesztői lánc közepén álló nagykereskedők dolgoznak a legnagyobb árrésszel, amit nyilvánvalóan a magas kockázat is indokol. Egyes drogok termelése speciális régiókhoz kötődik, míg más drogok gyakorlatilag bárhol előállíthatók. Az előbbi csoportba tartozik az ópium, amely az ópiummák gubójából kinyert gyanta. Az ópiummák termőterületei különféle geopolitikai tényezők miatt többször is megváltoztak, és ez a piac, valamint a kereskedelmi útvonalak átrendeződéséhez vezetett. Jelenleg a heroint elsősorban két útvonalon szállítják Európába, az egyik a volt szovjet utódállamokon halad keresztül, míg a másik Törökországot és a Balkánt szeli át. A kokaint a kokacserje leveléből állítják elő. A kokatermesztés központja elsősorban Kolumbia, másodsorban Peru és Bolívia. A kokaint a Karib-térségen és Mexikón keresztül csempészik az Egyesült Államokba, az Atlanti-óceánon és Nyugat-Afrikán át pedig Európába.

A kokain világszertei ára az elmúlt évtizedekben jelentősen csökkent, ami - tekintve az ugyanebben az időszakban bekövetkezett inflációt - az illegális hozzáférhetőség jelentős növekedését feltételezi.

A szinte bárhol előállítható drogokra példa a kannabisz, amit az ENSZ becslései szerint mintegy 170 országban termesztnek. Nyugat-Európát elsősorban a marokkói kannabisztermesztők látták el, az elmúlt évtizedben azonban jelentősen megnőtt az Európában beltéri módszerrel termesztett marihuána részesedése a piacból. Az amfetamin típusú stimulánsok (ATS) termelését szintén nem lehet egyetlen régióhoz kötni, előállításuk azonban kevesebb országra korlátozódik, mint a kannabiszé. A legjelentősebb termelő országok közé tartozik Hollandia az MDMA (ecstasy), Oroszország az amfetamin és Myanمار a metamfetamin tekintetében.

A nemzetközi drokkontrollrendszer kialakulása

A nemzetközi drokkontrollrendszer kiépítésében az Amerikai Egyesült Államok játszott vezető szerepet, amely sokoldalú (multilaterális) diplomáciai együttműködések kialakításával próbált gátat vetni a brit indokínai ópiumkereskedelemnek. A kábítószer-kereskedelem kontrollját szolgáló első nemzetközi egyezményt 1909-ben Sanghaiban írták alá a Nemzetközi ópium Bizottságban részt vevő államok, köztük az Osztrák-Magyar Monarchia is. A résztvevők megállapodtak abban, hogy az ópium fogyasztását gyógyászati célokra kell korlátozni, a nem gyógyászati felhasználást pedig a kínálat fokozatos csökkentésével kell megszüntetni. 1912-ben Hágában fektették le a Nemzetközi ópium Egyezményt, amelyben az aláíró felek kötelezettséget vállaltak az ópium termelésében és kereskedelmében részt vevő vállalkozások ellenőrzésére. Az egyezményt ekkor csupán 12 állam hagyta jóvá, azonban 1919-ben beépítették azt a versailles-i szerződésbe is, így a drokkontroll globális jelentőségűvé vált. 1925-ben a Népszövetség genfi konferenciáján az egyezményt módosították, ekkor Egyiptom kezdeményezésére a kannabiszt is hozzáadták a kontrollált anyagok listájához. 1931-ben Genfben a Népszövetség elfogadta a „Kábítószer-előállításának korlátozásáról és forgalmazásának szabályozásáról szóló egyezményt”, amely maximalizálta az egyes országok által megtermelhető ópium mennyiségét. Fordulatot jelentett az 1936-ban szintén Genfben aláírt „Egyezmény a veszélyes kábítószeres illegális kereskedelmének elfojtásáról”, amely az eddigi szerződésekkel szemben már nem a legális kereskedelem korlátozásáról, hanem az illegális kereskedelem elleni harcról szólt.

A második világháború után az Egyesült Nemzetek Szervezetének keretein belül folytatódott a drokkontrollrendszer fejlődése. Az ENSZ közgyűlésén 1961-ben 73 állam képviselője írta alá az Egységes Kábítószer Egyezményt, amely 116 kábítószerrel volt kontroll alá, négy jegyzékbe sorolva ezeket attól függően, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) becslése szerint mekkora a visszaélési (abúzus-)kockázatuk és a gyógyászati hasznuk (a gyógyszerkészítményekben megjelenő hatóanyagtartalom szempontjából). Az aláíró felek kötelezték magukat arra, hogy ezen anyagok illegális előállításának és kereskedelmének megszüntetésére töreksszenek. Az egyezmény ezt a célt elsősorban a drogok alapanyagául szolgáló növények kiirtásán keresztül próbálta elérni (a kokalevél esetében 25, az ópiummák esetében 15 év alatt). Az egyezményt 1971-ben a pszichotróp anyagokról szóló konvencióval egészítették ki, amely 111 pszichotróp anyagot vont ellenőrzés alá. Az 1988-as Kábítószeres és Pszichotróp Anyagok Tiltott Forgalmazása Elleni Egyezmény meghatározta a kábítószeres és pszichotróp anyagok gyártásában gyakran használt ún. prekursoranyagok listáját. Ez volt ezenkívül az első egyezmény, amely kimondottan büntetni rendelte a kábítószeres személyes használat céljából való tartását, amennyiben az adott állam számára ez szükséges a kereskedelem elleni harchoz, illetve ha összeegyeztethető az alkotmányos alapelvekkel. Hazánk mindhárom nemzetközi egyezményhez csatlakozott.

A UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) 2008-as tanulmánya (E/CN.7/2008/CRP.17) megállapítja, hogy a három nemzetközi egyezmény a világon a legmagasabb arányban támogatott, legáltalánosabb mértékben elfogadott ENSZ-egyezmények közé tartozik (182-186 aláíró, ami az összes ország 94-96%-át jelenti).

A kontroll eredményének tulajdonítja, hogy a kábítószer-fogyasztás a világ 15-64 éves korú népességének kevesebb, mint 5%-át érinti (egyéves prevalenciára vonatkoztatva), ezen embereknek is kevesebb, mint egytizede tartozik a problémás droghasználók körébe. A legális kábítószeres (cigaretta, alkohol) fogyasztásával összevetve ez nyilvánvaló sikernek tekinthető. A halálzási adatok is beszédesek: dohányzás miatt évente 5 millióan, alkoholfogyasztás miatt 2 millióan, míg kábítószer-használat miatt 200 ezren halnak meg a világon évente.

A kokain, amfetamin és ecstasy előállításának mértéke is stabilizálódott 2000-2002 után. A kannabiszelőállítás a 2004-ig tartó növekedés után stagnált, talán már enyhén csökken is azóta. Az Arany Háromszögben az ópiumtermelés is visszaszorult. Ezek a kedvező eredmények a kínálati oldal területén, más folyamatok sajnos kevésbé biztatóak: különösen az Afganisztánban megugró opiáttermelés jelent igen komoly gondot.

A fejlett országokban (Amerikai Egyesült Államok, európai országok) egyes kábítószeres fogyasztásában is megjelentek kedvező tendenciák. Azonban a pozitív folyamatok ezekben az országokban is csak egyes kábítószeresekre korlátozódnak, más régiókban pedig a fogyasztási tendenciák még kevésbé kedvezőek.

A fenti megállapítások mellett a tanulmány öt nem kívánt következményt is tulajdonít a nemzetközi drokkontrollrendszernek, ezek a következők: 1) bünszervezetek által irányított feketepiac alakult ki; 2) a politika súlypontja a rendészetre helyeződött, az egészségügy háttérbe szorult; 3) ha az egyik régióban sikerül felszámolni a

drognövények termesztését, az mindig más földrajzi régiókba helyeződik át (ún. léggömbeffektus); 4) folyamatosan megújul a kínálat a piacon, eddig ismeretlen drogok fogyasztása terjed el; 5) a társadalom kirekeszti és marginalizálja a drogfüggőket.

Az utóbbi években az ENSZ szervezetei a drogabúzus közegészségügyi problémaként is való értelmezését szorgalmazzák. Ban Ki-Mun, az ENSZ főtitkára 2008. június 26-án sajtóközleményében kijelentette, hogy „senkit sem szabad megbélyegezni, vagy hátrányosan megkülönböztetni kábítószer-függősége miatt”. (Forrás: ENSZ Információs Iroda Bécs, www.unis.unvienna.org)

Nemzeti és nemzetközi drogpolitikai megközelítések

Az Egyesült Államok drogpolitikájának alakulása meghatározó jelentőségű volt az egész világ számára. Miután 1969-ben Richard Nixon meghirdette a drogellenes háborút, az amerikai drogpolitikát egyre szigorodó büntetőpolitikai intézkedések jellemezték, amelyek hatására jelentősen nőtt a börtönnépeség aránya. Ez a - kínálatcsökkentésre összpontosító - szemléletmód mindmáig jelentősen befolyásolja a nemzetközi gondolkodásmódot is.

Egyes nyugat-európai országokban, így például Hollandiában és Dániában, a 70-es évektől a zérótolerancia megközelítéstől eltérő jogi szabályozást vezettek be, amely a fogyasztókat nem büntette (dekriminalizáció), és egyes esetekben a kannabisz kiskereskedelmi forgalmazása felett is szemet hunyt. Más európai államokban azonban fokozatosan szigorodó jogszabályok és rendészeti attitűdök határozták meg a nemzeti drogpolitika irányvonalát, mindezek az európai országokban általában a támogató szolgáltatások körének és hozzáférhetőségének jelentős növekedésével jártak együtt.

Az 1980-as években az HIV-járvány megjelenése az injekciós droghasználók körében az ún. ártalomcsökkentés elméletének és gyakorlatának kialakulásához vezetett. Bár az ártalomcsökkentés, mint kifejezés azóta is viták tárgya, maguk az ártalomcsökkentő beavatkozások költséghatékonyságuk folytán először a tudományos közvélemény, majd az ENSZ egészségügyi, később pedig a kábítószerkontroll intézményeinek elismerését is elnyerték. A harmadik világ legtöbb országában azonban az ellátórendszer csupán a marginalizáció és stigmatizáció miatt rejtőzködő rászorultak töredékét éri el. Becslések szerint 13,2 millió injekciós droghasználó él a fejlődő országokban, közülük csupán 8% jut hozzá hatékony HIV-prevenációs szolgáltatásokhoz.

Kelet-Közép-Európában a Vasfüggöny évtizedekig viszonylag hatékonyan megakadályozta az illegális drogkereskedelem behatolását. A piacgazdaságra való áttérés és a határok megnyitása azonban a 90-es években a kábítószer-használat drámai gyorsaságú növekedéséhez vezetett. Míg azonban a volt Szovjetunió utódállamaiban a tömeges méretű injekciós droghasználat a világ leggyorsabban terjedő HIV/AIDS járványának kialakulásához vezetett, addig Közép-Európában, így hazánkban a vírus előfordulása alacsony maradt és főleg szexuális úton terjed. Ugyanakkor kevesebb eredményt mutathatunk fel a HCV-fertőzés terjedését tekintve az intravénás droghasználók körében, ahol magas arányú az átfertőzöttség.

Az Európai Unió nem rendelkezik olyan drogpolitikával, mint amilyen például a közös agrárpolitika, számos, a kábítószerügyet érintő kérdés ugyanis nemzeti hatáskörben van. A tagállamok ugyanakkor közös célkitűzéseiket stratégiai dokumentumokban fektették le. Az első közös uniós drogstratégiát és akciótervet 2000-ben hagyta jóvá az Európai Tanács. Az Európai Unió hatályos drogstratégiája a 2005-2012. évek között határoz meg célkitűzéseket.

Az uniós drogstratégia alapját mindenekelőtt az uniós jog alapelvei képezik, továbbá minden tekintetben képviseli az EU alapító értékeit: az emberi méltóság, a szabadság, a demokrácia, az egyenlőség, a szolidaritás, a jogállamiság és az emberi jogok tiszteletben tartását. 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. Az EU drogstratégiája a célkitűzéseit átfogó témakörökben fogalmazza meg: kereslet- és kínálatcsökkentés, nemzetközi együttműködés, tájékoztatás, kutatás és értékelés.

1993-ban lisszaboni székhellyel létrehozták a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központját (EMCDDA), amelynek célja, hogy megfelelő, bizonyítékokon alapuló információkat, megbízható és összehasonlítható módszerekkel gyűjtött adatokat szolgáltatson a döntéshozók számára a nemzeti drogpolitikák kialakítása során.

2009-ben került sor az ENSZ Kábítószer Bizottsága (CND) 52. ülészakának magas szintű szegmensére, 130 állam mintegy másfél ezer küldöttjének részvételével. A szegmens célja az ENSZ Rendkívüli XX. Közgyűlésén (UNGASS) 1998-ban elfogadott határozat tízéves végrehajtása eredményeinek, illetve a tapasztalatok alapján a jövőben szükséges intézkedések áttekintése volt. A résztvevők a magas szintű szegmens záró dokumentumaként Politikai Nyilatkozatot és Akciótervet fogadtak el.

A Nyilatkozat kinyilvánítja, hogy a világméretű kábítószer-probléma megoldásához közös felelősségvállalás, kiegyensúlyozott és átfogó megközelítés szükséges. A nemzetközi drogpolitika alapvető célja a társadalom és az egyén egészségének biztosítása, az ehhez kapcsolódó eszköztár hangsúlyos eleme pedig az emberi jogok tiszteletben

tartása. Támogatja a tradicionális termelő országokat abban, hogy fenntartsák az ópium kínálatának egyensúlyát a legális gyógyászati, illetve kutatási célra. Üdvözlő a civil társadalom, különös tekintettel a nem kormányzati szervezetek szerepét a kábítószerhelyzet kezelésében. Elismeri az eddigiekben tett kínálatcsökkentési erőfeszítéseket, különös tekintettel az illegális heroin-, kokain- és kannabisztermelés és -kereskedelem, valamint a fokozódó prekursor-ellenőrzések elleni fellépésre.

A deklaráció hangsúlyozza, hogy az effektív kínálatcsökkentési intézkedések megvalósítása érdekében nemzeti, regionális és nemzetközi erőfeszítések egyaránt szükségesek. Kiemeli, hogy az amfetaminszármazékok és pszichotróp anyagok továbbra is veszélyeztetik a társadalom, különösen a fiatalok biztonságát, egészségét és jóllétét. Fontosnak tartja a megbízható, pontos és összehasonlítható adatok gyűjtését és elemzését. Megerősíti a Kábítószer Bizottság vezető szerepét, amely a Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szervvel együtt a kábítószer-ellenőrzés legfontosabb szereplője. Együttműködésre szólítja fel a tagállamokat, az INCB-t és az Egészségügyi Világszervezetet, hogy gyógyászati és tudományos célra biztosítsa az ellenőrzött szerek rendelkezésre állását. Komoly aggodalommal veszi tudomásul a kábítószer-használat egyénre és társadalomra gyakorolt hatásait, amelyeket egy átfogó és multiszektorális keresletcsökkentési stratégiával tart csökkenthetőnek. Kiemelten fontosnak tartja a prevenciós programokhoz, kezelési lehetőségekhez és kapcsolódó segítő szolgáltatásokhoz való általános hozzáférhetőséget. Elkötelezett az effektív integrált és átfogó keresletcsökkentési stratégiák megalkotása, felülvizsgálata és megerősítése mellett. Elismeri a fenntartható ültetvény-ellenőrzési stratégiák létjogosultságát, mint az illegális kábítószer-termelés elleni fellépés eszközeit. Ezen stratégiáknak nemzetközi együttműködésen és a közös felelősség elvén kell alapulniuk, miközben minden esetben tiszteletben tartják a jogállamiságot. Megerősíti a prekursor-ellenőrzés fontosságát, különös tekintettel ezen anyagok eltérítésének megelőzésére. Hangsúlyozza a nemzeti, regionális és nemzetközi kutatások, tudományos bizonyítékok elemzésének fontosságát. Az Akcióterv a politikai deklaráció következtetéseit alapul véve a kábítószer-probléma megoldásának hatékonyabb eszközeit foglalja össze. (A dokumentumok szövege elérhető a www.drogstrategia.hu internetes felületen.)

2. számú melléklet

Belső meghatározottságok - a drogprobléma Magyarországon

Az alábbi összefoglaló a magyarországi kábítószerhelyzet jellemző adatait mutatja be az országjelentések alapján.

Droghasználat a népesség és a fiatalok körében

A legutóbbi populációs vizsgálatra 2007-ben került sor. Ennek tanúsága szerint a különböző kábítószeres életprevalencia értékei a következők szerint alakultak a 18-53 éves populációban: kannabisz: 10,5%, ecstasy: 2,9%, amfetamin: 2,1%, LSD: 1,2%, az összes egyéb tiltott szer vonatkozásában 1% alatti értéket mértek. A 2003-as vizsgálat által mért életprevalencia értékek ugyanebben a korcsoportban a következők voltak: kannabisz: 10%, ecstasy: 3,1%, amfetamin: 2,5%, LSD: 1,7%, az összes többi illegális szer vonatkozásában 1% alatt.

A 2007-es kutatás fiatal felnőttekre (18-34 évesek) vonatkozó adatai szerint a megkérdezettek 19,1%-a fogyasztott valaha életében kannabiszt, ez az arány az ecstasy esetében 5,1%, az amfetamin esetében pedig 4% volt. A kannabiszfogyasztás elmúlt évre vonatkozó prevalencia értéke 5,7%, míg az elmúlt havi prevalencia értéke 2,7% volt.

A 16 éves iskolás népesség tekintetében országos becslésre az ESPAD- (Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról) vizsgálat adatai alapján van lehetőségünk. Ezt a vizsgálatot 4 évenkénti gyakorisággal ismétljük 1995 óta. A legutóbbi, 2007-es ESPAD-vizsgálat adatai azt mutatják, hogy a kérdéses népesség 13,1%-a használt életében már legalább egy alkalommal marihuánát vagy hasist (2003-ban ez az érték 15,8% volt). Az ecstasy tekintetében mért életprevalencia érték 4,6% volt, amfetaminokat 3,5%-uk, LSD-t vagy más hallucinogént 2,8%-uk, kokaint 1,9%-uk, heroint pedig 1,3%-uk próbált már életében. A kannabisz vonatkozásában mért éves prevalencia 10% volt (2003-ban 11,2%), míg az elmúlt hónapra vonatkozó érték 5% (2003-ban 5,7%). A nemi különbségek tekintetében megállapítható, hogy a fiúk kannabiszfogyasztásának életprevalencia értéke magasabb, mint a lányoké: 16%-11%.

Prevenció

Az iskolai prevenciós programokkal kapcsolatosan, amely szintén a legtöbb prevenciós tevékenység zajlik, részletes információ áll rendelkezésre a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által működtetett Szakmai Információs Portálon (www.ndi-szip.hu). A programok különböző keresési feltételeknek megfelelően lekérdezhetőek.

A rendelkezésre álló kutatási eredmények alapján megállapítható, hogy a prevenciós programok legnagyobb mértékben az iskolai szintén jelennek meg, ahol mintegy kétharmaduk közvetlenül a gyerekek számára biztosít prevenciós beavatkozásokat.

A prevenciós szintér iskolán kívüli szegmensén 162 szolgáltató azonosítása történt meg egy 2008-ban folytatott kutatás során. Az iskolán kívüli, helyi közösségekben szerveződő prevenciós tevékenységgel kapcsolatban elmondható, hogy azok célcsoportja rendkívül változatosan alakul: a szociális problémákkal küzdő és/vagy problémás családból származó és/vagy rossz környéken élő fiatalokat, tanulási problémákkal küzdő fiatalokat, illetve bűnelkövető és/vagy iskolából kimaradó és/vagy valamilyen etnikai csoporthoz tartozó fiatalokat célozzák meg.

A közelmúlt szakmai fejlesztéseinek egyik új elemeként jelent meg Pécs városában az iskolai szociális munkás hálózat. A tevékenység homlokterében az iskola diákjai, a szülők és az iskolai személyzet áll, ugyanakkor bárki segítséget, támogatást, tanácsot kérhet a szociális munkásoktól, aki, illetve amelyik szervezet kapcsolatba kerül a közoktatási intézménnyel. A tevékenység keretében egyedi esetkezelés, tanácsadás, illetve megfelelő ellátásba irányítás történik.

Célzott prevenciós tevékenység keretében több program irányul veszélyeztetett fiatalokra, kisebbségekre (roma fiatalok), illetve a szórakozóhelyeket látogató fiatalokra. Az etnikai kisebbségek körében végzett tevékenységek sorában újszerű megközelítésként jelentkezik a roma és nem roma fiatalok együttes részvételével tartott kortárssegítő képzés. 2005 óta szintén újfajta szolgáltatásként jelent meg a bevásárlóközpontokban működtetett prevenciós/tanácsadó iroda. Először Budapesten és Pécsen, majd pedig Nyíregyházán, Békéscsabán és Debrecenben is hasonló szolgáltatások kezdtek el működni. Ezen szolgáltatások keretében az odalátogató fiatalok információhoz jutnak, különböző spontán és előre eltervezett módon kiscsoportos foglalkozásokon vehetnek részt, továbbá az egyéni konzultáció lehetőségei is rendelkezésre állnak. A csoportfoglalkozások jellemzően az alábbi témaköröket ölelik fel: önismeret, kapcsolatok, sexualitás, droghasználat stb., olyan témaköröket tehát, amelyek iránt a serdülőkorú fiatalok leginkább érdeklődnek. Ezen szolgáltatások legfőbb célkitűzése, hogy azon túl, hogy az adott helyszínen információval, segítséggel, tanácsadással lássa el a fiatalokat, szükség esetén megfelelő szakirányú ellátásba tudják irányítani az arra rászorulókat.

2007 végén megkezdődtek a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállításának előkészületei. 2009-ben, a vonatkozó kormányhatározatban meghatározott tevékenységi körrel, az érintett tárcák együttműködési megállapodása alapján létrejött a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság. A Bizottság feladata az egészségfejlesztési programok átfogó akkreditációs rendszerének kialakításához és működéséhez az iskolai drogmegelőzés sajátos szempontjainak biztosítása, az erre vonatkozó szakmai javaslatok kialakítása. Az egyéb prevenciós szinterek vonatkozásában megállapítható, hogy a programok számossága elmarad a fentiekben ismertetettéktől, ugyanakkor ismeretes, hogy mind a munkahelyeken, mind pedig a fegyveres testületek (elsősorban a Honvédség) körében számos ígéretes beavatkozás zajlik.

Nagy fejlődés történt az elmúlt években a büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül, ugyanis jelentékeny mértékben gyarapszik a drogprevenciós részlegek száma, az ezekben zajló szakmai tevékenység az esetek túlnyomó többségében az adott településen vagy régióban tevékenykedő civil szakmai szervezetek részvételével valósul meg.

Problémás droghasználat

A problémás droghasználat elterjedtségére vonatkozó első - még nem országos hatáskörben végzett - becslésre 2003-ban került sor. A 2005. évi, az EMCDDA által meghatározott definíció szerint végrehajtott első országos becslés adatai szerint a problémás szerhasználók aránya 2,4/1000 lakos volt. Az injekciós droghasználók arányát ugyanekkor mintegy 4000 főre becsülték.

Kezelési igény

2007-ben 100 kezelő-, ellátóhely jelentett adatot a TDI-rendszerbe. Összességében 4142 kliens jelent meg az egészségügyi ellátórendszerben szerhasználat miatt, közülük 2733 fő életében először vett igénybe kezelést.

2007-ben a kezelésbe lépő kliensek 68,2%-ánál a kannabisz volt az elsődlegesen használt szer (ezek 84%-a elterelés révén került kezelésbe), 10,5%-uk esetében valamilyen opiát, 10%-uknál pedig valamilyen amfetaminszármazék. Az életükben először kezelésbe lépők körében az esetek 77,9%-ában kannabisz volt az elsődleges szer, 10,2%-uknál amfetamin, míg mindössze 3,5%-uk jelentkezett kezelési igénnyel opiátszármazék miatt.

2007-ben a droghasználat miatt kezelésbe került kliensek 52%-ban 25 évnél fiatalabbak voltak. Az életükben első ízben kezelésbe került kliensek 59%-a volt fiatalabb 25 évnél. A nemi megoszlást tekintve megállapítható, hogy az összes kezelésbe lépő szerhasználó 85%-a férfi volt, hasonló arányt (86%) lehetett tapasztalni a kezelést életükben első alkalommal igénybe vevők körében is.

A kábítószer-használattal összefüggő fertőző megbetegedések

Különböző információforrások állnak rendelkezésre a kábítószer-használattal összefüggő fertőző megbetegedések elterjedtségével kapcsolatban: az egyik az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán működő országos fertőzőbeteg-nyilvántartás, valamint az országos HIV/AIDS és hepatitis surveillance adatbázis. Ezekon kívül kutatási adatok is rendelkezésre állnak, amelyek az intravénás droghasználók körében vizsgálják a fertőző betegségek elterjedtségét.

Az Országos Epidemiológiai Központ adatai szerint 22 akut HCV- (Hepatitis C vírus) fertőzöttet regisztráltak 2007-ben, közülük 5-en intravénás droghasználat révén fertőződtek meg. HBV- (Hepatitis B vírus) fertőzöttet 81-et regisztráltak 2007-ben. A 2007-ben regisztrált fertőzöttek közül 2 fő szerezte fertőzését intravénás droghasználat következtében.

2007-ben 119 új HIV-fertőzöttet regisztráltak, ami azt jelenti, hogy másfélszer annyi új esetet jelentettek, mint az azt megelőző 2006-os évben (81). Az incidencia 11,9 eset/1 millió lakos. 3 fő az intravénás szerhasználói rizikócsoporthoz tartozott.

2007-ben az országos prevalencia vizsgálat során, amikor 567 intravénás kábítószer-fogyasztóra terjedt ki a szűrés, egyetlen HIV-fertőzöttet sem találtak. Azonban 141 HCV pozitív esetet (25,7%) azonosítottak, valamint 2 HBV-fertőzöttet is kiszűrtek. Budapesten a HCV fertőzöttségi arány 36%-os volt.

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás

A kábítószer-használattal összefüggő közvetlen halálesetek számában nem tapasztalható számottevő változás az elmúlt években. 2007-ben 25 halálos kábítószer-túladagolási eset történt, 2006-ban 26, 2005-ben pedig 28. A túladagolások halálesetek túlnyomó többsége heroin-túladagolás miatt következett be. Az elhunytak között nagyobb arányt képviselnek a férfiak (2007-ben 23 férfi, 2 nő), 2007-ben a legtöbb eset a 30-34 éves korosztályból került ki (az átlagéletkor 34,3 év volt).

Kezelőrendszer

A kábítószer-problémával küzdők egészségügyi ellátását döntő mértékben állami vagy önkormányzati fenntartású szervezetek biztosítják, emellett hangsúlyosan vannak jelen a civil szervezetek is. A kábítószer-fogyasztók kezelése különböző fekvő- és járóbeteg-ellátási formákban történik, melyekhez többek között rehabilitációs központokban, terápiás intézetekben, pszichiátriai, illetve krízisintervenciós osztályokon, terápiás közösségekben férhetnek hozzá. Már a 80-as évek során markáns igény fogalmazódott meg a járóbeteg-ellátást végző intézetek fejlesztésére és az első szolgáltatások is ebben a periódusban jöttek létre. 2007-ben Magyarország 15 megyéjében összesen 22, elsősorban drogbetegek ellátására szakosodott járóbeteg-ellátó és -kezelő központ (drogambulancia) működött. A járóbeteg-ellátásban számos helyen az addiktológiai gondozók is szerepet vállalnak. A fekvőbeteg-ellátás pszichiátriai, addiktológiai és krízisintervenciós osztályokon zajlik. Az egyházi és civil szervezetek különösen aktív terápiás közösségek, rehabilitációs szolgáltatások fenntartásában. 2007-ben az országban működő 17 rehabilitációs otthon közül 12 kötött szerződést az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral összesen 260 ágyra. Az általuk folytatott kezelésben kisebb mértékben jelenik meg gyógyszerek alkalmazása, főként a közösségi programok dominánsak, ezek keretében munkaterápia vagy szociális reintegrációt célzó fejlesztő tevékenység zajlik.

Az első metadonfenntartó kezelést 1994-ben indították, jelenleg 9 intézetben alkalmazzák az ország 6 városában. A buprenorfin-naloxon alkalmazását 2007-ben kezdték meg, 33 kliens részvételével.

2007 folyamán opiátszubsztitúciós kezelésben összesen 807 kliens vett részt.

Ártalomcsökkentő válaszok

Annak ellenére, hogy az ártalomcsökkentő megközelítés évek óta jelen van Magyarországon, csak az utóbbi néhány évben kapott szélesebb körű szakmai, illetve drogpolitikai támogatást. A Nemzeti Drogstratégia kiterjed az ártalomcsökkentő beavatkozások, programok megvalósítására is. Az elmúlt évek jelentős fejlesztései ellenére is ezen programok országos elterjedtsége ugyancsak korlátozott. Az alacsonyküszöbű szolgáltatók tanácsadást, hosszú távú kezelésbe történő irányítást, szociális, valamint jogi segítségnyújtást biztosítanak. Tű- és fecskendőcsere-programok az országban több helyen elérhetőek: 9 állandó telephelyű (2 Budapesten, 7 vidéken) és 3 mobil program (2 Budapesten, további 1 másik városban) nyújtja szolgáltatásait.

Összességében 5 tűcsere-automata működik az országban (ebből 1 Budapesten). Továbbá 9 utcai megkereső program biztosít még tűcsere-szolgáltatást, ebből 3 Budapesten, további 6 vidéken működik.

2007-ben összességében 14 szervezet foglalkozott tű- és fecskendőcsere-programokkal. 2007-ben Magyarországon 213 774 fecskendő került kiosztásra (beleértve az automaták forgalmát is), a visszahozatali arány 49,3% volt.

Kábítószerpiac és kábítószer-bűnözés

Magyarország a Közép-Keletről Nyugat-Európába, a Balkán útvonalon keresztül történő heroinkereskedelem szempontjából tranzitországnak tekinthető. Az utóbbi években fény derült arra a körülményre, hogy azok a szervezett bűnözői csoportok, amelyek a Balkán útvonalon keresztül heroint csempésznek, aktív részt vállalnak a szintetikus kábítószer-előállításában és csempészetében is.

A lefoglalási adatok egyfelől a Rendőrség, másfelől a Vám- és Pénzügyőrség által lefoglalt anyagok együttes mennyiségét tartalmazza. A lefoglalások számának és mennyiségének elemzése alapján megállapítható, hogy még mindig a marihuána a legelterjedtebb illegális szer. A lefoglalt mennyiségek folyamatosan növekedtek az elmúlt években. 2007-ben 347 kg marihuána lefoglalására került sor, a lefoglalások száma 1352 volt. A lefoglalások számát tekintve a következő leggyakrabban lefoglalt szertípus az amfetamin (36 kg); ezt a heroin követi (80 kg). A lefoglalt ecstasy tabletták száma 131 632, míg a lefoglalt kokain mennyisége 15 kg volt. Hasonlóan az előző év tendenciájához a lefoglalt ecstasy tabletták száma további csökkenést mutat. Emelkedő tendenciát figyelhetünk meg a kokainlefoglalások tekintetében: 2007-ben ez a szer ugyanolyan gyakorisággal fordult elő, mint a heroin vagy az ecstasy.

A kábítószer utcai árai tekintetében - összehasonlítva a 2007-es és 2006-os évet - megállapíthatjuk, hogy a hasis, a marihuána, az amfetamin és az LSD ára emelkedett, míg a heroin és a kokain grammonkénti ára csökkent.

A kábítószer-bűnözés tekintetében elmondható, hogy 2006-hoz képest (6734 eset) 2007-ben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma tovább csökkent (4667 eset, 30,7%-os csökkenés).

A bűnelkövetők száma szintén tovább csökkent 2007-ben (3881 személy, 32,2%-os csökkenés).

Kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos jogszabályok

A kábítószerkérdés jogi vetületeit a Büntető Törvénykönyvön (1978. évi IV. törvény) belül a 282-283. § rendezi. A szabályozásban legutóbb a 2003. évi II. törvénnyel történt jelentősebb jogalkotói módosítás, melynek értelmében az elterelés intézménye - mint büntethetőséget megszüntető ok - újra választható lett egyes keresleti és meghatározott helyen elkövetett, együttesen történő fogyasztás alkalmával megvalósuló kínálati típusú elkövetési magatartások esetén (együttes fogyasztás keretében kínál-átad) a nem kábítószerfüggő elkövetők számára is. Azonban az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat jogbizonytalanságra való hivatkozással alkotmányellenesnek minősítette a kínálati oldali magatartások ilyen típusú mentesítését, így a jelenleg hatályos szabályozás szerint erre a továbbiakban nincs lehetőség.

Az eltereléshez kapcsolódó eljárási szabályokat a büntetőeljárásról szóló törvény (1998. évi XIX. törvény) és annak felhatalmazása alapján megalkotott, a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás részletes szabályairól szóló 42/2008. (IX. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet tartalmazza.

A büntetőeljárásról szóló törvény 2006. évi módosítása (2006. évi LI. törvény) tette lehetővé az elterelés intézményének már a nyomozati szak kezdetétől történő igénybe vételét is a terheltek számára. A korábban hatályban lévő szabályozásnak megfelelően a gyakran hosszabb idő után megtörténő ügyészi vádhalasztásig kellett várni az elterelés valamely szolgáltatásába történő belépésig.

Az 1/2007. büntető jogegységi határozat az egységes jogalkalmazást kívánja elősegíteni. Eszerint kábítószerrel visszaélés megvalósulásakor természetes egységet csak az azonos törvényi tényállásba ütköző magatartások képeznek. A természetes egységbe tartozó részcselekmény esetében szükségszerű következmény a kábítószer-mennyiségek összegzése és a bűncselekmény minősítése szempontjából az összmennyiség az irányadó, s nincs jelentősége annak, hogy az összmennyiség egésze vagy egy része valamilyen módon már megsemmisült. Tehát akkor is összegezni kell az azonos vagy különböző kábítószernek a tiszta hatóanyag-tartalom alapulvételével kiszámított részmenntékeit, ha az elkövető a természetes egységbe tartozó magatartásainak kifejtései révén birtokába került kábítószerrel elfogyasztotta.

Nemzeti Drogstratégia

Magyarország első Nemzeti Drogstratégiája a 2000-2009 közötti periódust öleli fel. Ezt egészítik ki az akciótervek, amelyek kormányhatározatok formájában jelentek meg. Először 2002-ben (1036/2002. Korm. határozat), majd 2004-ben (1129/2004. Korm. határozat), végül 2007-ben (1094/2007. Korm. határozat). Ezek a dokumentumok meghatározzák azokat a kormányzati feladatokat, amelyeket a stratégia minél hatékonyabb megvalósulása érdekében az államigazgatási szereplőknek végre kell hajtaniuk.

Koordinációs mechanizmusok a kábítószerügy területén

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB) a Kormány tanácsadó testülete, elnöke a szociális és munkaügyi miniszter, társelnöke az egészségügyi miniszter, tagjai a kábítószer-probléma kezelése szempontjából leginkább releváns minisztériumok és országos intézetek, valamint 2007 óta a civil szervezetek képviselőiben 4 fő.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szinten koordinálják a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő tevékenységeket. Ezek a testületek 8-10 taggal működnek, körükben megjelennek a civil szervezetek, egészségügyi és szociális ellátók, a kínálatcsökkentésben érdekelt szakemberek. A KEF-ek feladata, hogy helyi adatgyűjtést végezzenek, azonosítsák a legfontosabb kockázati csoportokat, meghatározzák a közösségi alapú beavatkozások célcsoportjait, valamint feltárják a kezelési szükségleteket. A KEF-ek további feladata, hogy a helyi ellátásokra vonatkozó információk széles körben hozzáférhetőek legyenek. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet koordinálja a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok munkáját. Jelenleg 89 KEF működik az országban különböző közigazgatási szintekhez kötötten.

A kábítószerkérdéssel összefüggő kutatások helyzete

A kábítószerügyi koordinációért felelős kormányzati szerv, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium vállal felelősséget a területet érintő kutatások támogatásáért is, elsősorban pályázati formában. A Nemzeti Drogstratégia egy egész fejezetet szentel a monitorozás és értékelés fontosságának, valamint minden egyes pillér esetében felsorolásra kerülnek a leglényegesebb kutatási területek, amelyek részben a helyzet felmérését, részben pedig az egyes beavatkozások értékelését hivatottak szolgálni. Az epidemiológiai kutatás immár tradicionálisnak tekinthető Magyarországon, ugyanakkor a beavatkozások eredményességének vizsgálatát megcélzó kutatások viszonylag ritkán fordulnak elő. A Nemzeti Drog Fókuszpont, amely maga is végez, illetőleg kezdeményez kutatásokat, minden egyéb kutatásról beszámolót gyűjt, és törekszik azok minél szélesebb körben történő elterjesztésére. Az országban működő egyéb terjesztési csatornák közé tartoznak még például a tudományos folyóiratok és a hamarosan elérhető új elektronikus adatbázis a kutatásról.

Kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások

2006-ban készült az első olyan átfogó magyarországi kutatás, mely a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadásokat vizsgálja. 2009-ben újabb kutatás mérte fel a kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások szerkezeti változását 2000 és 2007 között, négy vizsgálati évben. A vizsgálat a kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadásokat négy területen mérte fel: a büntető-igazságszolgáltatás; a kezelés; az ártalomcsökkentés és a prevenció és kutatás. Az utolsó vizsgálati évben a teljes, egy évre vonatkozó kiadások összesen mintegy 10 milliárd forintot tettek ki. Ennek legnagyobb része, mintegy háromnegyede (7,4 milliárd forint) a büntető-igazságszolgáltatás területén került felhasználásra. A kezelés-ellátás kiadásai egymilliárd forintot tettek ki, a szociális ellátások, melyek az ártalomcsökkentő kiadásokat is tartalmazzák, további mintegy 660 millió forintot jelentettek. A prevenció programok működésére szánt kiadások és a kutatási támogatások összesen mintegy 900 millió forintos ráfordítást jelentettek. A négy vizsgálati évben a kiadások szerkezetében jelentős változás nem történt.

3. számú melléklet

A Drogstratégia megvalósítására ható egyéb addiktológiai problémák (az alkohol, dohányzás, gyógyszer, viselkedési addikciók) helyzete

Az illegális szerek használata általában egyéb, a legális szerek használatával egyidejűleg, vagy azokkal kombináltan tapasztalható. A szerhez kötődő, illetve viselkedési addikciók kialakulásának hátterében gyakran ugyanazon vagy hasonló neurobiológiai, személyiség-lélektani, társas, társadalmi tényezők azonosíthatóak. Természetesen az egyes beavatkozások meghatározása más szakmapolitikai dokumentumok feladata, az egyes függőségi problémák társadalmi szintű befolyásolása jelentősen eltérő társadalmi, politikai közegben, jelentősen eltérő eszközrendszerrel történhet meg. Azonban jelen Drogstratégia esetében is indokolt ezen viselkedésformák elterjedtségét is áttekinteni azért, hogy beavatkozásaink jól célzottak, következményesen hatékonyabbak legyenek.

A dohányzás elterjedtségére vonatkozó adatok

A Hungarostudy 2002 kutatás alapján a magyarországi felnőtt lakosság 28%-a dohányzik (Kopp, 2003). Hasonló értéket jeleznek a 2007-ben készült Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) vizsgálat (Paksi és mtsai, 2009) eredményei is. E szerint a 18-64 éves népesség 29,9%-a dohányzik rendszeresen, további 6,2% pedig alkalmanként.

Az Országos Dohányfüstmentes Egyesület és a Magyar Gallup Intézet rendszeresen végzett - a fentiekől eltérő módszertant alkalmazó - dohányzásmonitorja szerint 2004-ben a 18 év feletti lakosság 31%-a, 2006-ban és 2007-ben 33%-a dohányzik napi rendszerességgel, a férfiak jóval magasabb arányban, kb. 40%-nyian.

A dohányzók átlagosan napi 16 szál cigarettát szívnak el, a dohányosok közel fele (46%) 20 vagy több szálát szív el naponta.

A középiskolásokat tekintve az ESPAD- (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) kutatás szolgáltató reprezentatív adatokat (Elekes, 2009). E szerint 2007-ben a 8-10. évfolyamos diákok 64,1%-a dohányzott már életében, míg 30,8% azok aránya, akik a kérdezést megelőző hónapban is dohányoztak. A napi rendszerességgel dohányzók aránya ebben a populációban 21,9%. Azok aránya, akik legalább 10 szál cigarettát elszívnek naponta 5,4% (fiúk: 6,1%; lányok: 4,8%).

Az alkoholprobléma elterjedtségére vonatkozó adatok

A problémás alkoholfogyasztásra utaló jelzőszámok egyértelmű növekedést mutatnak az elmúlt évekre vonatkozóan mind a középiskolás, mind a felnőtt populációban. A felnőtteket tekintve a 18-54 éves populációról az ADE (Alkohol- és Drogepidemiológiai Vizsgálat) 2001 és 2003 (Elekes, 2004, Elekes és Paksi, 2004), a 2003-ban végzett Országos Lakossági Egészségfelmérés adatai (Boros, 2005), valamint az OLAAP (Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról) 2007 (Paksi és mtsai, 2009) kutatások nyújtanak adatokat. Eszerint az alkoholhasználat életprevalenciája Magyarországon 2007-ben 86,1% (férfiak: 90,8%; nők: 81,4%), a havi prevalencia pedig 57,7% (férfiak: 70,6%; nők: 44,6%). A legalább hetente alkoholt fogyasztók aránya 23,9% (férfiak: 36,9%; nők: 10,7%), míg a megelőző hónapban lerészegedők aránya 10,6% (férfiak: 17,4%; nők: 3,7%). Az alkoholfogyasztással kapcsolatos további problémaviselkedések gyakorisága is fontos jelzőszáma az alkoholprobléma kiterjedtségének. Példaként: a középkorú magyar férfiak (35-64 éves korcsoport) jelentős része nem képes kontrollálni alkoholfogyasztását, többet iszik, mint szeretne (13,2%), vagy képtelen abbahagyni a megkezdett italozást (8,7%) (OLEF).

A 8-10. évfolyamos középiskolások harmada (33,3%) jelezte, hogy a kérdezést megelőző hét során fogyasztott alkoholt (fiúk: 36%; lányok: 31%). Az elmúlt hónapban öt vagy több italt legalább egy alkalommal fogyasztók aránya a középiskolások körében 35,4%; s a fiú dominancia itt is megjelenik (fiúk: 39,6%; lányok: 31,2%).

A kóros játékszenvedély okozta addikciók jellemzői

A viselkedési addikciók közül megbízható adatokkal a kóros játékszenvedély mértékét illetően rendelkezünk (Paksi és mtsai, 2009). Az OLAAP 2007 kutatás alapján elmondható, hogy a felnőtt populáció 42,2%-a játszott valaha életében valamilyen szerencsejátékot legalább heti rendszerességgel. A teljes populáció 7,5%-a számolt be kismértékű problémákról a szerencsejáték tevékenységét illetően, míg a problémás játékosként azonosítható személyek aránya 1,9%. A felnőtt populáció 1,4%-a valószínűsíthetően patológiás játékos (Demetrovics és mtsai, 2008).

A problémás internethasználat jellemzői

Manapság már közsímet, hogy az internethasználat intenzitása és annak mintázódása más függőségekhez hasonlóan súlyos, elsősorban következményes életvezetési problémákat okozhat. Ezért is indokolt ennek a speciálisnak tekinthető viselkedéses addikciónak az elterjedtségét vizsgálni. A túlzott internethasználattal kapcsolatos problémák mértékének becslése számos módszertani problémát vet fel. Az internet mint médium játékfüggőséggel, más viselkedésaddikciókkal (pl. szexfüggőség) is összekapcsolható. Mindazonáltal, egy hazai mérőeszközzel történt, internethasználók nem reprezentatív populációján végzett vizsgálat 4,3%-ra teszi a feltételezhetően problémás használók arányát (Demetrovics és mtsai, 2004 és 2008).

Irodalom

Agrawal A, Lynskey MT. (2009). Candidate genes for cannabis use disorders: findings, challenges and directions. *Addiction*. 2009 Apr;104(4):518-32.

Demetrovics Zs., Szeredi B., Nyikos E. (2004). A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. *Psychiat Hung*, 19(2), 141-160.

Demetrovics, Z., Szeredi, B., & Rózsa, S. (2008). The Three Factor Model of Internet Addiction: The Development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*, 40(2), 563-574.

Demetrovics, Zs., Paksi, B., Kun, B., Rózsa, S., Arnold, P. (2008). A kóros játékszenvedély elterjedtsége Magyarországon: az első normál populációs adatok. *Psychiat Hung*, 23(Suppl), 31-32.

Elekes Zs. (2004): Alkohol és társadalom. Budapest. Országos Addiktológiai Intézet.

Elekes Zs., Paksi B. (2004): Nagyivók Magyarországon. MAT V. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, október 21-23.

Elekes, Zs. (2009). Egy változó kor változó ifjúsága. Budapest: L'Harmattan.

Koob GF, Volkow ND. (2009). Neurocircuitry of Addiction Neuropsychopharmacology. 2009 Aug 26.

Kopp M. (2003). A mentális és magatartási betegségek és zavarok gyakorisága és az általuk okozott társadalmi teher. In: Ádány R. (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón (p. 191-206). Budapest: Medicina.

Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P., Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: Az országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. Előkészületben.

Schuckit MA. (2009). An overview of genetic influences in alcoholism. J Subst Abuse Treat. 2009 Jan;36(1):S5-14.

4. számú melléklet

A korábbi Nemzeti Stratégia értékelése

Az Országgyűlés által 2000 decemberében elfogadott „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című stratégiai program (a továbbiakban: Stratégia) külső értékelését a kábítószerügyi koordinációért felelős szaktárca rendelte el 2009-ben.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. kutatást végzett a stratégiai program megvalósulásának értékelése céljából. Az értékelés elsődleges célja volt a hazai drogszcénában megfigyelhető változások tudományos vizsgálata alapján megállapítani, hogy a Stratégia megvalósulását elemezve, milyen tapasztalatok vonhatók le. A kutatás az alábbi kérdésekre kereste a választ:

- A hazai drogszcénában megfigyelhető változások összhangban vannak-e a Stratégia célkitűzéseivel?
- A Stratégiához köthető tevékenységek összefüggnek-e a változásokkal?
- A tapasztalatok és a ma elérhető szakmai ismeretek alapján, mennyire feleltek meg a Stratégia céljai és az azokhoz rendelt erőforrások és a kapcsolódó tevékenységek?

Az értékelés kétféle módszertani megközelítést alkalmazott: egyrészt leíró jellegű volt, azaz a megfigyelések alapján információt állított elő, másrészt feltáró jellegű volt, mert az információk elemzése alapján új ismereteket, tudást hozott létre.

Az értékelés módszertana az értékelésben résztvevők köre alapján is kettős volt: egyrészt a Stratégia elkészítésétől és végrehajtásától független személyek, másrészt az azokban résztvevők értékelték a Stratégia megvalósulását.

Az értékelés során négy különböző módszer alkalmazására került sor:

- Dokumentumelemzés;
- Mélyinterjúk döntéshozókkal és szakemberekkel;
- Az értékelés első eredményeinek fókuszcsoporthoz megbeszélése;
- Problémafa-elemzések.

A négy értékelési eljárással nyert tapasztalatok rövid összefoglalása

A stratégiai dokumentum táblázatosan megadott, 90 azonosított hosszú távú célkitűzéséhez kapcsolható tevékenységek dokumentumok alapján történő elemzése azt mutatta, hogy összesen 123 olyan tevékenységet sikerült azonosítani, melyek egyértelműen összekapcsolhatók voltak a Stratégia céljaival. A tevékenységek közül 17 több célhoz is kapcsolódott. A célkitűzések közül 14-hez nem sikerült egyetlen tevékenységet sem hozzárendelni, köztük 5 cél esetében feltehetően a túlzottan általános megfogalmazás miatt. Az azonosított tevékenységek közül 8 ellentétes volt a célkitűzésekkel, és ezek mindegyike a Kezelés, ellátás területén megvalósult tevékenység volt.

A Stratégia négy pillérében, mindhárom időtávot figyelembe véve összesen 153, a stratégiai dokumentum szövegében azonosított célkitűzés (függetlenül annak időtávjától) megvalósulására történt dokumentumelemzés. Az azonosított 153 célkitűzés teljesülése igen egyenlőtlenül oszlott meg mind a pillérek, mind az időtáv szerint. A legkevesebb célt tartalmazó pillér az Érzékeny közösség (26) volt, a legtöbb célkitűzés pedig a Kezelés, ellátás (55) pillérben volt azonosítható. Az időtáv szempontjából összesítve rövid távon 24, középtávon 54, hosszú távon 75 megvalósítandó cél szerepelt a Stratégiában. A Stratégia egészére - azaz mind a négy pillérré és mindhárom időtávra együtt vonatkoztatva - a célkitűzések 30%-a egészen, 30%-a részben teljesült, míg a nem teljesültek aránya meghaladja a 40%-ot. A Közösségek pillér ettől némileg eltérő megoszlást mutat: az egészen teljesültek aránya megközelíti a 40%-ot, míg a célok közül minden harmadik egyáltalán nem teljesült. A Prevenció esetében található a

legtöbb teljesült és a legkevesebb nem teljesült cél egyaránt: 43% és 16%. A Kezelés, ellátás céljai közül mindössze 22% teljesült egészében, és 64%-uk pedig egyáltalán nem. Ehhez hasonlóan „teljesített” a Kínálatcsökkentés pillér: 18% és 54%-kal. Elmondható tehát, hogy figyelmen kívül hagyva a célok időtávját, a Kezelés, ellátás és a Kínálatcsökkentés pillér célkitűzései teljesültek legkevésbé és a Prevenció céljai a leginkább. Amennyiben kizárólag a hosszú távú célokat vizsgáljuk, megállapítható, hogy azok jelentős mértékben nem teljesültek egyik pillérben sem (49%, 33%, 75%, 67%), a pilléreket összevonva kevesebb mint a célkitűzések fele teljesült legalább részben vagy egészben.

A fentiekből látható, hogy a korábbi félidős értékelés során is megállapított ambiciózus céltételezések ellenére a Stratégia valamennyi területén történt kisebb vagy nagyobb mértékű pozitív elmozdulás. A félig üres vagy félig teli pohár problematikáján túlhaladva a hiteles értékelési tapasztalatok az új Drogstratégia megalapozottságát segítik elő.

Az új Drogstratégia kialakítása során a fenti értékelési tapasztalatok beépítése a messze menőig megtörtént. Éppen ezért az új Drogstratégia átlátható, a kitűzött időtávra realizálható céltételezéseket fogalmaz meg, ahol a teljesülés pontosabb mérhetősége érdekében minden egyes területre vonatkozóan indikátorrendszer kidolgozása történt meg. Ezen indikátorokhoz konkrét célértékek meghatározása is megtörténik majd az ütemezett akciótervekben, ahogy ez a hatályos drogstratégia utolsó időszakára már gyakorlattá vált.

A 2000-ben elfogadott nemzeti drogstratégiát a mélyinterjúk és azok tapasztalatainak fókuszcsoportos megbeszélése során szinte mindenki nagyon jelentős lépésnek tekintette, mert a Stratégia segítségével jelentős fejlődést sikerült elérni a megfogalmazott célkitűzésekkel összefüggésben. Elsőként említendő a kábítószer-probléma kezelését koordináló intézményrendszer kiépülése, az országostól (KKB) a települési szintig (KEF). A kapcsolódó kutatás és monitorozás intézményi háttere (NDI, OAI, Drogfókuszpont) ugyancsak jelentősen hozzájárult a célkitűzések megvalósulásához. A Stratégia megvalósulásának záloga volt a más társadalmi célokra fordítható összegeket meghaladó mértékű költségvetés, valamint a Stratégia időszakában megindított képzési programok eredményeképpen létrejövő szakemberbázis. A bővülő erőforrások lehetővé tették, hogy a prevenciós tevékenység kiszélesedése mellett kiépüljön a kezelési, ellátási szolgáltatások közel teljes vertikuma. Ezek működési feltételeit néhány igen fontos új jogszabály biztosította. Végül pedig - talán mindezek eredményeképpen - kedvező irányba változott a társadalmi elfogadottság, és a drogprobléma megítélésének legkülönbözőbb irányzatai „láthatóvá váltak” a magyar társadalomban.

Egybehangzó vélemények szerint a Stratégia hatékonyságát a forrásszüke mellett korlátozta az ágazati szereplők szükségesnél kisebb mértékű együttműködési készsége. Változásokat e területen leginkább a koordináció szabályozásától, továbbfejlesztésétől, illetve a döntéshozókat jobban elérő, hatásosabb kommunikációtól lehet várni, vélik a legtöbben. Az új Drogstratégia ezért is fektet nagyobb hangsúlyt az elmúlt években kialakult koordinációs mechanizmusok és koordinációs intézményrendszer további fejlesztésére.

Egyetértés mutatkozott a tekintetben is, hogy a kábítószer-probléma társadalmi megítélése - a kedvező változások ellenére - messze elmarad a kívánatostól: fontosságát általában nem ismerik fel. A probléma okainak és a megoldási lehetőségek számbavételkor legtöbbször figyelmen kívül hagyják azt, hogy a kábítószer-fogyasztásnak és más káros egészségmagatartásnak közösek a gyökerei. A szemléletformálás szükségességét a megkérdezettek egybehangzóan hangsúlyozták, felhívták a figyelmet a média viselkedésének kedvező irányú változtatására.

Az értékelésbe bevont szakpolitikusok, szakemberek a megelőzést egyöntetűen erősen javítandónak ítélik mind a célcsoportok és a színterek lefedettsége, mind pedig eredményessége vonatkozásában. Az okok között legtöbben az akkreditáció hiányát és az erre a célra fordítható források elégtelenségét említették. A szakszerűség növelésének szükségességén kívül nem volt egyetértés a tennivalók tekintetében. Felvetődött, hogy a megelőzésre, illetve az egészségfejlesztésre fordítható erőforrások növelhetők lennének, ha sikerülne egy erre a tevékenységre vonatkozó jogszabályt elfogadtatni.

Az új Drogstratégia a színtér és célcsoport szempontok hatékonyabb összekapcsolása mentén fogalmazza meg a prevenció célkitűzéseit, az akkreditáció bevezetésére szintén célkitűzést fogalmaz meg.

A fogyasztók kezelésének és ellátásának megítélésében közös véleményként az ártalomcsökkentés megjelenésének pozitív értékelése és a szakemberhiány problematikus volta emelhető ki, a terület megítélése egyébként - mint a fentiekben túl szinte minden más kérdésben - ellentmondásos volt.

Az értékelés talán egyik legfontosabb tapasztalata volt a Stratégiával és annak megvalósulásával kapcsolatban megfogalmazott, esetenként szélsőségesen eltérő vélemények megjelenése. A problémák és lehetséges megoldások igen eltérő megítélését a tények részleges ismerete, a megkérdezetteknek a Stratégia megvalósításában betöltött különböző szerepe, a magyar társadalomban megfigyelhető sokféle, egymásnak gyakran ellentmondó nézetek tükröződése magyarázhatja. Az új Drogstratégia készítői számára emiatt kiemelten fontos feladatot jelent a minél szélesebb szakmai konszenzus kialakítása és a társadalmi támogatottság elnyerése.

A stratégiakészítés valamennyi szakaszában széles körben egyeztetésre került sor az érintett civil, szakmai szervezetekkel. A szélesebb nyilvánosság számára megkezdte működését a www.drogstrategia.hu honlap, ahol az állampolgárok a készülő koncepcióval, az értékelés tapasztalataival is megismerkedhettek.

Egyetértés volt tapasztalható még az új Drogstratégiára vonatkozó néhány további javaslatban is. Különös figyelmet kell szentelni a végrehajtás monitorozása valamennyi területre történő kiterjesztésének, ezzel biztosítható csupán a szűkös erőforrások hatékony felhasználása. Az új Drogstratégiával szemben egyöntetű igényként merült fel, hogy a jövőbeli tevékenységek valamennyi veszélyeztetett célcsoport helyzetén javítsanak, valamint hogy a megközelítés komplex, azaz az egészségfejlesztés keretében szélesen értelmezett legyen. Általános vélekedés továbbá, hogy az új Drogstratégiának a célok hierarchikus rendszerén túl az azok elérését szavatoló tevékenységek prioritizált rendszerét is tartalmaznia kell. Végül pedig hogy a megvalósítás sikerességéhez nélkülözhetetlenek a kapcsolódó, a beavatkozások ugyancsak prioritizált rendszerére épülő rövid távú cselekvési programok a hozzájuk rendelt szükséges forrásokkal.

Mіндеzen az értékelés során megfogalmazott elvárásoknak az új Drogstratégia eleget kíván tenni. Szakmai újítása a Drogstratégiának az a háromdimenziós szerkezeti megoldás, amely az összetett célrendszer mentén kialakított beavatkozások prioritizálására is lehetőséget teremt.

A kutatás során alkalmazott valamennyi eljárás eredményét áttekintve, összességében megállapítható, hogy a 2000-ben elfogadott Stratégia eredményeképpen egy igen extenzív fejlődés volt megfigyelhető a kábítószer-probléma területén. E probléma megoldására kipróbált legjobb nemzetközi gyakorlat szinte valamennyi eleme megjelent Magyarországon, és a Stratégia jóvoltából megindult azoknak rendszerszerű alkalmazása. Az új Drogstratégia feladata lehet a rendszer intenzív fejlesztése: a szolgáltatások minőségének javítása és földrajzi kiterjesztése, valamint valamennyi célcsoport szükséges mértékű elérésének biztosítása.

5. számú melléklet

A Nemzeti Drogstratégia célkitűzéseinek kapcsolata más társadalmpolitikákkal

Célok	Nemzeti Drogstratégia	Alkoholpolitika	Nemzeti Népegészségügyi Program	„Közös Kincsünk a Gyermekek” Nemzeti Csesemő- és Gyermekegészségügyi Program	Lelki Egészség Operatív Program	Ifjúsági Stratégia	Roma Integráció Évtizede Program	Hajléktalanügyi Stratégia	AIDS Stratégia
1. pillér Megelőzés	Főcél: A droghasználat megelőzése egy proaktív, többirányú, közösségi alapon szerveződő, több szektor együttműködését igénylő, kulturálisan érzékeny tevékenység, melynek célja az egyének, a családok és a helyi közösségek alkalmassá tétele az életesemények nyomán keletkező kihívásokkal való megküzdésben. A prevenció folyamat tehát olyan körülmények létrejöttét támogatja, melyek eredményeképpen az érintettek testi, lelki, fizikai jólléte fokozódik, számukra egy biztonságos, egészséges életvitel gyakorlása válik lehetővé.								
	Család								
	Univerzális prevenció - Reális, szakszerű és közérthető információ eljuttatása a lakossághoz a kábítószer-probléma sajátosságaival, veszélyeivel és a problémakezelés lehetőségeivel összefüggésben; - Olyan programok kidolgozása és megvalósítása, amelyek alkalmasak a szülői készségek és a szülők kontrollképességének megerősítésére, különös tekintettel a	X	X	X	X	X			

	szerfogyasztásra.									
	Célzott prevenció - A családi rendszer és családi menedzsment megerősítését szolgáló intervenciók a viselkedészavaros, enyhébb fokú deviáns megnyilvánulásokat mutató gyerekek és fiatalok hozzátartozói, elsősorban szülei számára.	X		X	X	X				
	Javallott prevenció - Az önszegítés és a hatékony problémakezelés módszereinek hozzáférhetővé tétele a bajban lévő, droghasználattal küzdő, valamint egyéb okból veszélyeztetett serdülők és fiatalok hozzátartozói számára (szülői, hozzátartozói klubok, önszegítő csoportok).	X		X	X	X				
	Iskola									
	Univerzális prevenció - A nevelési-oktatási intézmény szervezeti légkörét, a konfliktuskezelő képesség, illetve az egyéni megküzdőképesség fejlődését kedvezően befolyásoló programkínálat kialakítása és/vagy növelése; - A nevelési-oktatási intézményi szinten kínált prevenció programok tekintetében szakmai irányelvek módszeres érvényesítése. Bizonyítékokon alapuló módszereket alkalmazó hosszú távú (évfolyamonként egymásra épülő tartalommal rendelkező) akkreditált programok megvalósítása; - A droghasználatra is kiterjedő nevelési-oktatási intézményi egészségstratégiák kidolgozása, illetve aktualizálása a probléma aktuális sajátosságainak függvényében; - A nevelési-oktatási intézményekben megvalósuló prevenció programok pénzügyi hátterének (szükségletekhez illeszkedő prevenció-egészségfejlesztési normatíva) első ütemben 2014-ig az 5-10. évfolyamon, második ütemben 2018-ig az 1-4. évfolyamon való biztosítása; - A nevelési-oktatási intézmények számára segédlet, módszertan biztosítása a szülők bevonására a droghasználat megelőzése és a droghasználat kezelése érdekében.	X	X	X	X	X			X	
	Célzott prevenció - A fiatalok életvezetési nehézségeire reagálni képes programok kimunkálása és alkalmazása a tanintézményekben; - Speciális, megfelelően képzett szakemberek továbbképzése és rendelkezésre állása (az iskolai/intézményi droghasználat koordinátori feladatokat is ellátó szakemberek, védőnők, nevelési tanácsadók, iskolapszichológus, egészségfejlesztő, mentálhigiénés szakember, iskolai szociális munkás, addiktológiai konzultáns) a problémák korai észlelése és szakszerű kezelése érdekében, különös tekintettel a magas kockázatú fiatalokkal foglalkozó közoktatási intézményekre. A prevenció programok lebonyolításához szükséges tárgyi feltételek biztosítása.	X	X	X	X	X				
	Javallott prevenció - A szerhasználó fiatalok adekvát, nem stigmatizáló ellátásba juttatása, speciális ellátási formák (önismeret-javító, megterhelésekkel való megbirkózást elősegítő	X	X	X	X	X				

	mechanizmusokat alkalmazó, kommunikációs készségeket fejlesztő stb.) kialakítása és/vagy a meglévő ellátások profiljának szükségleteknek megfelelő bővítése, rendszerszerű fejlesztése, a működés szakmai és pénzügyi feltételeinek megteremtése; - Az egyeztetett szakmai munka (közös esetkezelés, szolgáltatások és iskolák közötti kooperációk) szakmai és pénzügyi feltételeinek megteremtése.									
	Munkahely									
	Univerzális prevenció - Egészséget támogató munkahelyi légkör megteremtését szolgáló programok kimunkálása és alkalmazása, a „jó gyakorlatnak” minősülő modellprogramok adaptálása, kimunkálása és alkalmazása. Lehetőség biztosítása a stresszkezelés és a konfliktuskezelés kulturált módjainak elsajátítására; - Átfogó munkahelyi drogpolitikák feltételrendszerének megteremtése, beleértve a megelőzés, korai észlelés, kezelésbe irányítás, támogató programok megvalósítását és a belső szabályzatok kialakítását is; - A munkáltatók érdekeltségi viszonyainak megteremtése annak érdekében, hogy lehetőség teremtődjön akkreditált, komplex egészségfejlesztési és dropprevenciós programok megvalósítására.	X	X		X					
	Javallott prevenció - A szerhasználó, illetve szerhasználatuk miatt problematikus helyzetbe kerülő munkavállalók ellátásba irányítása, együttműködés kialakítása a helyi szinten elérhető (alap- és szakellátás, szociális szolgáltatások) ellátórendszer különböző szegmenseivel.	X	X		X					
	Szabadidő eltöltésének színtere: Univerzális prevenció - Elsősorban a helyi közösség erőforrásaira támaszkodva olyan közösségi tevékenységek (pl. sporttal kapcsolatos közösségi programok) feltételeinek, tartalmának és módszertanának kimunkálása és megvalósítása, amelyek erős és vonzó alternatívának tekinthetők a szerhasználattal szemben; - A helyi közösségben szerveződő programok finanszírozási feltételeinek megteremtése, az önszerveződés lehetőségeinek megteremtése, azok támogatása; - Szórakozóhelyekre eljutás, illetve az onnan való hazajutás lehetőségeinek megteremtése és támogatása; - A szórakozóhelyeken a biztonságos szórakozás feltételeinek megteremtése, a feltételrendszer megvalósulásának ellenőrzése.	X	X		X	X				
	Céltzott prevenció - A fiatalok által látogatott színtereken [bevásárlóközpontok, zenés-táncos szórakozóhelyek, fesztiválok, lakótelepek, leromló lakókörnyezetek, ifjúsági közösségi terek és kistélepléseken létrehozandó integrált közösségi szolgáltató terek (IKSZT) stb.] könnyen hozzáférhető prevenciós szolgáltatások létesítése és rendszerszerű működtetése, szükség esetén az ellátásba juttatás formáinak kimunkálása;		X			X				

	- A felkereső ifjúsági munka támogatása; - Innovatív, a célközönség sajátosságaihoz illeszkedő, velük együttműködésben kialakítandó programok hozzáférhetővé tétele.									
	Javallott prevenció - Az együttműködésre irányuló kapcsolatok kialakítása a szórakozóhelyek és egyéb szabadidős terek üzemeltetői, a helyi közösségek, valamint a segítő szolgáltatások között. Így lehetővé válik a szórakozóhelyek közösségi integrálása, a kockázati szerhasználók korai felismerése és segítő szolgáltatásokba irányítása.		X			X				
	Internet, más médiumok									
	Univerzális prevenció - Lehetőséget kell teremteni arra, hogy elsősorban az ifjúság által nagy gyakorisággal használt, az interneten keresztül elérhető felületeken (weboldalakon, chat-fórumokon, egyéb interaktív alkalmazásokban) a szerhasználathoz és általában a függőségekhez kapcsolódó legfontosabb információk elérhetőek legyenek. Mind tartalmi, mind pedig formai szempontból az innovatív megoldások alkalmazását javasoljuk, hogy azok használata minél szélesebb körben elterjedjen. Fontos kívánalom, hogy a különböző tartalmak megfelelő üzeneteket jelenítsenek meg, tehát a szerhasználattal összefüggésben kedvezőtlennek tartjuk mind a normalizáló, mind pedig a túlzó, mitizáló megközelítéseket; - Az internet mint virtuális közösség nemcsak a végső célközönséget (droghasználat szempontjából kockázati csoportba tartozók) éri el könnyen, hanem felületet és virtuális közösségi színteret teremt a szakemberek és az érdeklődő laikusok számára is, ezért támogatjuk azokat a kezdeményezéseket, amelyek a szakmai közösségek (e-community) megerősödését, szakmaiságuk fejlődését teszik lehetővé.	X	X			X				
	Céltzott prevenció - Fontos, hogy a szerhasználat szempontjából érintett csoportok az ártalomcsökkentés céljából létrehozott önálló honlapjaikat interaktív formában üzemeltessék, hogy a szerhasználók felmerült kérdéseikre választ kaphassanak, de ne okozzanak károkat a kívülálló érdeklődők akaratlan tájékoztatásával; - A szakmai közönség, de a laikusok által is jól használható informatív és interaktív felületek, amelyek tájékoztatást adnak a kábítószer-problémával küzdők ellátására szakosodott intézményekről, szolgáltatásokról, fontos szerepet tölthetnek be abban, hogy minél többen eljussanak a szakszerű segítséget nyújtó szolgáltatásokba, ily módon hozzájárulva ahhoz, hogy a problémás szerhasználat kialakulása a korai kezelésbevétel révén megakadályozható legyen.		X			X				
	Javallott prevenció - Internetalapú prevenciós és ártalomcsökkentő szolgáltatások indításának támogatása.		X			X				
	Gyermekvédelem									
	Céltzott prevenció	X	X	X		X				X

<p>- A gyermekvédelmi intézményekben élő gyerekek és fiatalok körében az egészségfejlesztés tágabb kontextusában megfogalmazódó, de drogprevenációs céltételezéssel is élő, a célközönség sajátosságaihoz illeszkedő programok kialakítására és elterjesztésére van szükség. Ezek a programok szükségképpen különböznek a közoktatási intézményekben használatos egyéb preventációs beavatkozásoktól, egyfelől a célközönség szocializációs előzményei, másfelől a családi rendszer diszfunkcionális működése okán. A programoknak a közösségépítést, valamint a szerhasználatlaltal és az egészséget veszélyeztető magatartásformákkal összefüggésben, a protektív tényezők megerősítését és fejlesztését kell szolgálniuk.</p>									
<p>Javallott prevenció - A gyermekvédelmi és az addiktológiai ellátások közötti együttműködés kialakítása, az egyéni esetkezelés rendszerének kialakítása.</p>	X	X	X	X	X				
<p>Büntető-igazságszolgáltatás intézményei</p>									
<p>Célzott prevenció - A büntető-igazságszolgáltatás hatókörébe került egyének, főleg a büntetés-végrehajtási intézményekben fogva tartott fiatalok esetében, szabadon bocsátásukat megelőzően olyan programok, beavatkozások kimunkálására van szükség, amelyek utóbb a sikeres társadalmi beilleszkedést, az életminőséget kedvezően befolyásoló készségek és jártasságok kialakítását segítik elő, ezáltal teremtve védeltséget a droghasználatlaltal és általában az egészséget veszélyeztető magatartásformákkal szemben. Ezeknek az átívelő (kigondozási) programoknak a helyi közösséggel, a BV-intézetben kívüli civil-szakmai szervezetekkel, munkaügyi központokkal, IH Pártfogó Felügyelői Szolgálatával szükséges a hatékonyság elérése érdekében együttműködniük; - A BV-intézményekben belül folytatott prevenció elsősorban a drogprevenációs körletekben zajlik. Biztosítani szükséges, hogy ezek a drogprevenációs részlegek valamennyi BV-intézetben hozzáférhetőek legyenek, valamint, hogy a fogvatartottak ezen részlegekben történő elhelyezésének időzítése a szabadon bocsátást megelőző periódusra essen, hiszen esetükben különösen hangsúlyosan merül fel a bűnisméltlés, valamint a droghasználatlaltal kockázata. A súlyos droghasználatlaltal küzdő fogvatartottak megfelelő ellátását nem helyettesíti a drogprevenációs körletekben történő elhelyezés.</p>		X					X		
<p>Javallott prevenció - A fogyasztói típusú magatartást folytatók esetében továbbra is szükséges fenntartani a büntetés helyett kezelés intézményrendszerét. Ezen eszközrendszer illeszkedik a helyreállító, közösségközpontú igazságszolgáltatás modelljéhez. A módszer egyfelől a bűnisméltlés megakadályozását, másfelől és hangsúlyozottan az életvezetési készségek fejlesztését, a hatékony adaptációs mechanizmusok kialakítását célozza. Ezen céltételezés megfelelő színvonalú megvalósítása érdekében az elterelés intézményrendszerének jelenleginél rugalmasabbá tételét szükséges megvalósítani, vagyis a megelőző-felvilágosító szolgáltatás keretében végzett tevékenység tartalmi és</p>		X							

	<p>speciális szükségletű csoportok tagjai számára is megfelelő ellátási formákkal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Az egészségügyi és a szociális ellátások fogadókészségének, elérhetőségének és hatékonyságának növelése. A „kezelési spektrum” megfelelő kapacitással történő teljes kiépítése, összehangolt addiktológiai ellátások kialakításával; - Az illegális és különösen a problémássá váló szerhasználók kezelésbe-ellátásba kerülési arányának jelentős növelése; - A korai kezelésbeveteli programok fejlesztése. Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a kapcsolódó szakellátásokban dolgozó szakemberek érzékenyítése a drogprobléma irányában, az addiktológiai ellátórendszerrel való együttműködés, a korai kezelésbevetel segítése és a stigmatizáció csökkentése érdekében; - Kliensmenedzsment fejlesztése az érintett egészségügyi és szociális szolgáltatások együttműködése révén. 									
	<p><i>b) A fekvőbeteg-ellátás fejlesztése</i></p> <p>(i) A sürgősségi addiktológiai ellátást (intoxikáció, delírium, megvonási szindróma) a sürgősségi szakma hatáskörébe kell utalni és a betegek ellátásába addiktológiai és pszichiátriai konzulenseket kell bevonni.</p>	X	X		X					
	<p>(ii) A pszichiátriai és addiktológiai ellátások munkamegosztásának elősegítése</p> <p>A hazai addiktológiai osztályokon nincs megfelelő háttér a delíriumok kezelésére, melyeket optimálisan intenzív osztályokon kellene ellátni. A jelen gyakorlatban ezek ellátása a szubintenzív részleggel rendelkező pszichiátriai osztályokon zajlik. Elsődleges cél az (i) pontban leírt optimális ellátás kialakítása az érintett szakmai grémiumok bevonásával. Ennek megvalósulásáig alternatíva lehet az erre vonatkozó előzetes feltételeknek megfelelő, erre akkreditált pszichiátriai osztályokon ezen betegek ellátásának biztosítása. A delírium lezajlása után a további kezelést célszerű addiktológiai ellátás keretén belül folytatni. A szerhasználattal összefüggő pszichotikus zavarok (alkoholos pszichózisok, drogindukált pszichózisok, szkizofrénia) pszichiátriai osztályos kezelést igényelnek az aktív időszakban. Ezen betegek gondozása mind a pszichiátriai, mind az addiktológiai járóbeteg-ellátásban kivitelezhető. Az addiktológiai osztályok tekintetében célszerű az alkohol- és drogbetegeket más-más osztályon kezelni.</p>	X	X		X					
	<p>(iii) A komorbid esetek ellátásának fejlesztése</p> <p>Amennyiben a szerfüggőség másodlagosan szövődött az affektív vagy szorongásos kórképhez, akkor mindenképpen a pszichiátriai kezelést kell előtérbe helyezni. A primer szerfüggőséghez társuló hangulati és/vagy szorongásos zavarok az addiktológiai ellátókörben kezelendők. A szkizofréniahoz és a bipoláris affektív zavarhoz társuló addikciók elsősorban a pszichiátriai ellátás kompetenciakörébe tartoznak, hasonlóképpen a drogindukált pszichózisokhoz.</p>	X	X		X					
	<p>(iv) A drogfüggő terhesek és újszülötteik számára speciális programok (fenntartó</p>		X							

kezelések, speciális méregtelenítő programok, megfelelő szülészeti-nőgyógyászati és neonatológiai ellátás) létesítése, illetve bővítése, továbbá a neonatológusok, nőgyógyászok képzésében a releváns ismeretek, készségek és jártasságok megjelenítése.										
(v) A gyermek- és ifjúságpszichiátriai fekvőbeteg-ellátás jelenleg megoldatlan. Az addiktológiai és gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakmai grémiumok együttműködésével a vonatkozó szakmai feltételek kialakítása, képzések biztosítása.	X	X	X	X						
c) A járóbeteg-ellátás fejlesztése Minden megyében, nagyobb ellátási területen szükséges egy olyan ellátó egység (drogambulancia), amely döntően vagy túlnyomórészt a súlyos függőségi problémákkal küzdő, magas kockázatú szerfogyasztási mintázatot mutató betegeket látja el (pl. intravénás szerfogyasztók, súlyos pszichoszociális problémákkal küzdő disszociális életvezetésű legális vagy illegális fogyasztók, HCV-fertőzöttek). Ezzel párhuzamosan szükséges, hogy a szolgáltatók nagyobb része a tágabb értelemben vett addiktológiai betegpopulációra koncentráljon, a közösségi kapcsolattartást, korai kezelésbevételt, indikált prevenciót végezze. A fejlesztések során szükséges figyelemmel lenni a pszichiátriai és addiktológiai gondozók szerepére a szerfogyasztók ellátásában (ld. a komorbiditás szakaszt). Az ehhez szükséges akkreditált képzések, szakmai fejlesztések megvalósítása az ellátás minőségét és a szerfogyasztók kezeléshez jutási esélyeit növelheti.	X	X		X					X	
Minden megyében addiktológiai centrumok kialakítása és működési feltételeinek megteremtése. A fejlesztés lehetséges stratégiai iránya rövid távon az együttműködések kialakítása a meglévő addiktológiai, pszichiátriai, mentálhigiénés ellátókkal, szociális ellátókkal, hosszabb távon - a megfelelő feltételek biztosításával - pedig olyan addiktológiai centrumok kialakítása, amelyek több kistérséget, illetve budapesti kerületet látnak el, a helyi sajátosságoknak megfelelően, de minden kistérségben aktívan megjelenve, így biztosítva a betegek hozzáférését. Tevékenységükben az alkohol- és gyógyszerfüggők ellátása mellett megjelenik az illegális szerek fogyasztóinak ellátása is. Az addiktológiai centrumok szoros kapcsolatokat építenek ki a szociális szolgáltatókkal, pl. a közösségi szenvedélybeteg-ellátással és az alacsonyküszöbű szociális ellátásokkal, továbbá aktívan keresik a korai kezelésbevétel, indikált prevenciók tevékenységei megvalósításának lehetőségét is, együttműködve a helyi közösségek legfontosabb szereplőivel (iskolák, munkahelyek). Ez a kapcsolatépítés a többtevékenység megfelelő finanszírozásával biztosítható.	X	X		X						
Fontos cél az addiktológia területén tapasztalható szakemberhiány megszüntetése, a szakembergárda utánpótlása. Ehhez az akkreditált képzések mellett megfelelő ösztönzőrendszer kialakítása is szükséges.	X	X								
d) A rehabilitációs programok fejlesztése A drogterápiás intézetek ellátási igényeknek megfelelő kapacitásfejlesztése, különös	X	X	X	X	X			X	X	

	tekintettel az új ellátási szükségletekre (fiatalkorúak, családban élő drogfüggők, hajléktalanok, HIV- és STD-fertőzöttek, pszichiátriai problémákkal küzdő szerfüggők, szerfüggő édesanyák és gyermekeik együttes fogadását biztosító kapacitások, valamint a büntetés-végrehajtási intézetek és a gyermekvédelmi intézmények keretében megvalósuló programok).									
	<i>e) Fiaatok kezelése, rehabilitációs programjainak, szolgáltatásainak fejlesztése</i>									
	Jelenleg nem áll rendelkezésre a fiatalkorú szerfogyasztók számára a korcsoport sajátosságaira adaptált speciális addiktológiai szolgáltatás. Azok a szakmák, melyek az ellátás szakmai alapjait képezik (addiktológia, gyermekpszichiátria) önmagukban is hiányszakmák. Átmeneti célként fogalmazható meg a jelenleg már működő ellátók (addiktológia, gyermekpszichiátria, gyermekgyógyászat, pszichiátria) kompetenciájának kiterjesztése, speciális szakmai, személyi feltételek és infrastruktúra kialakításával. Akkreditált szakemberképzés szükséges a jelenlegi képzések kiegészítésével (gyermekgyógyászat, addiktológia, gyermekpszichiátria, pszichiátria). A megvalósítás a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és az addiktológiai grémiumok együttműködésével lehetséges. Olyan feltételek kialakítása szükséges (képzési, működési), mely a potenciális szakembereket motiválhatja és hosszabb távon képes hozzájárulni a megfelelő számú, az ellátás további fejlesztéséhez szükséges szakembertárhoz létrejöttéhez. Szükséges speciális, átmeneti otthonok létrehozása a szerhasználó, állami gondoskodásban élő gyermekek kezelési igényének kielégítésére, majd reintegrációjuk elősegítésére.		X	X	X	X				
	<i>f) Az egészségügyi és szociális ellátások együttműködésének fejlesztése</i> A szociális és egészségügyi ellátások közötti összehangolt működés feltételeinek megteremtése a felépülésközpontú, az életminőség javítását célzó programok megvalósítása érdekében.	X	X	X	X				X	
	<i>g) A szenvedélybetegek szociális alapszolgáltatásainak és szakosított ellátási formáinak fejlesztése, illeszkedve a kezelési spektrum más elemeihez</i>	X	X		X					
	<i>h) Az alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése</i> Az alacsonyküszöbű ellátások célja a rejtőzködő droghasználó csoportok felkutatása, kontaktusteremtés, valamint egészségügyi és/vagy szociális ellátásokba irányítása. A kontaktusteremtés módszerei elsősorban a megkereső szolgáltatások: megkereső munka ártalomcsökkentő és speciálisan fertőzőbetegség-megelőző tartalommal, peer-ek bevonása.		X		X	X			X	
	<i>i) A közösségi, önszervező programok fejlesztése</i> Együttműködésben szükséges biztosítani az ellátási spektrum egyéb szereplőivel, különös tekintettel a drogterápiás intézetekre, addiktológiai centrumokra, alacsonyküszöbű szolgáltatásokra.	X	X		X	x				
	<i>j) A felépülőben lévő szenvedélybetegek reszocializációs és szociális támogató rendszerének fejlesztése</i>	X	X		X	X				

	A munkaerőpiacról kiszorult és munkaképességeiben korlátozott drog betegek, droproblémával küzdők életésélyeinek javítása érdekében szükséges félutas házak létrehozása, a védett munkahelyek számának növelése, megfelelő finanszírozási környezet kialakítása, intenzív szakmai együttműködés kialakítása a munkaügyi központokkal.									
	<p><i>k)</i> Kezelési-ellátási spektrum leglényegesebb elemeinek megteremtése és tényleges működtetése a büntető-igazságszolgáltatás rendszerében Ennek keretében biztosítani szükséges: - a kábítószer-problémával küzdő fogvatartottak kezelési és rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférését; - a megvonásos tünetek kezelésének feltételeit; - az opiátfüggő fogvatartottak számára a szubsztitúciós kezelés lehetőségét; - más szükséges ártalomcsökkentő programok rendelkezésre állását, figyelembe véve mindezeknél a lehetséges egyéni és közösségi kockázatokat; - valamennyi egyéb, a droproblémával küzdők ellátásában bevált, bizonyítottan hatásos intervenció hozzáférhetőségét az egyenlő ellátás alkotmányos elve alapján.</p>		X					X		
	<p><i>l)</i> Szakemberképzés fejlesztése Hosszabb távon el kell indítani az érintett területen a szakemberek akkreditált képzését, a jelenlegi képzések kiegészítésével, mind az alapellátásban (pl. védőnői szolgálat, gyermekgyógyászat, háziorvosi ellátás területén), mind a szakorvosképzésben (pl. addiktológia, gyermekpszichiátria, pszichiátria). További fejlődési teret szükséges biztosítani az addiktológiai konzultáns rendszernek. Egyben olyan szervezeti és pénzügyi feltételeket szükséges biztosítani, amelyek következtében az adott szakterület vonzereje megnő és orvosolhatóvá válik a krónikus szakemberhiány. Az ismeretanyagok növelésére, „speciálkollégiumok” szervezésére van szükség.</p>	X	X	X	X	x		X		
	<p><i>m)</i> Adatnyilvántartás, statisztikai rendszer fejlesztése Szükséges az ellátórendszer valamennyi szegmensében biztosítani az egyedi kliens nyilvántartási/regisztrációs rendszert az adatvédelmi előírások maximális figyelembevételével. A kliensforgalomról tájékoztató adatok egyfelől a kliensutak megismerését, másfelől pedig a reális kapacitástervezést teszik lehetővé.</p>	X	X		X					
	<p><i>n)</i> Az adatvédelem biztosítása összhangban a stigmatizáció elkerülését célzó intézkedésekkel A drogfüggők körében különösen jelentőssé válik az adatvédelem kérdése, mivel esetükben - a stigmatizáción túlmenően - betegségük tünete bűncselekményként is értékelhető, illetve a kezelésük során keletkezett adatok visszaélésre adnak lehetőséget. Fontos a helyes adatvédelmi gyakorlat kialakítása, a kliens megfelelő tájékoztatása. Elengedhetetlenül fontos az, hogy az orvosok és más egészségügyben dolgozók az orvosi titoktartás, illetve adatvédelem szabályozásával tisztában legyenek, ennek</p>		X							

	érdekében szükség van továbbképzések, tanfolyamok szervezésére.									
	<p><i>o)</i> Szakmai fejlesztések a minőségi ellátások érdekében</p> <ul style="list-style-type: none"> - Szükséges a lejárt szakmai protokollok megújítása, a hiányzó szakmai protokollok elkészítése. Az érvényes szakmai protokolloknak megfelelő eljárásrendek és az ellátók folyamatos minőségi ellenőrzése. A szakmának indokolt meghatároznia azokat az indikátorokat, melyek a hatékony működés megfelelő mutatói; - Az egyes ellátási formákhoz szükséges hozzárendelni a megfelelő értékelési rendszereket; - A szakfelügyeleti rendszer fejlesztése, indikátorrendszerek kialakítása az ellátás színvonalának javítása érdekében; - Az ellátásokhoz kapcsolódó jogi szolgáltatások fejlesztése (pl. a droghasználók gyermekvállalásával összefüggésben gyermek elhelyezése, szülői felügyeleti jog gyakorlása stb.); - Szükséges az érintett szakmai kollégiumok bevonása képzések megtervezésére, szakmai programok kialakítására, modellek előkészítésére, szakemberhiány megszüntetésére vonatkozó koncepciók kialakításába. 	X	X		X					
B.	A drogfogyasztás ártalmainak csökkentése									
	<i>a)</i> Az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségek populációs kockázatainak (HIV, HCV, Tbc, további STD-k) csökkentése									
	Az ártalomcsökkentő szolgáltatások egyik legfontosabb célja a fertőző betegségek terjedésének csökkentése, mind injekciós, mind pedig szexuális úton. A másik cél a szűrésbe, illetve a szükség szerinti további ellátásokba irányítás.	X						X		
	<p><i>b)</i> Növelni kell a tűcsereprogramok lefedettségét az injekciós droghasználók tekintetében</p> <p>A cél az, hogy a programok komplex alacsonyküszöbű szolgáltatásokhoz integrálódjanak, azok pedig együttműködjenek a drogambulanciákkal és a kistérségi addiktológiai centrumokkal. A tűcsereprogramok esetében kívánatos a helyszínen megvalósítható (folyamatos) HIV/HCV-szűrés lehetőségének mérlegelése és lehetőség szerinti alkalmazásuk. A szűrést megfelelő intervenciónak (pre- és posztteszt tanácsadás), kivizsgálásnak, szükség szerint kezelésnek kell követni. A tűcsereprogramok mellett a megkereső munka (asszertív megkeresés), az érintettek bevonása és az ehhez szükséges képzése biztosíthatja az egyéni, illetve a közösségi ártalmak és kockázatok csökkentését.</p> <p>Szükséges az alacsonyküszöbű szolgáltatások egységes minőségügyi rendszerének kialakítása.</p>		X						X	
	<p><i>c)</i> A szubsztitúciós kezelés elérhetőségének javítása, továbbá a szubsztitúciós kezelésben résztvevők számának növelése</p> <p>A 2005-2012 EU drogellenes stratégia hangsúlyozza, hogy jelentősen emelni kell a szubsztitúciós programok elérhetőségét és a kezelésben lévő opiáthasználók számát.</p>		X							

	szereplő nyugtató- és altatószerekre is.									
	<i>k)</i> Az elmúlt évek tapasztalatai alapján szükséges továbbá olyan jogszabályi változtatások előkészítése, bevezetése, amelyek lehetővé teszik, hogy konkrét ügyben, adott bűncselekmény elkövetésével megalapozottan gyanúsítható személy részére, a megfelelő garanciák beépítése mellett, a folyamatban lévő büntetőeljárás bármely szakaszában vagy azt követően törvényes úton kedvezmény legyen adható. Így különösen az ügynevezett vádalku kiterjesztése a büntetőeljárás ügyészi, valamint bírósági szakaszára, enyhébb végrehajtási fokozatba helyezés, más ügyben vádelejtési lehetőség megteremtése, adott ügyben vagy ügyekre a tárgyalásról való lemondás kiterjesztése.									
	<i>l)</i> Fel kell lépni a kábítószer-fogyasztásra buzdító, a kábítószeres beszerzéséhez, előállításához segítséget nyújtó honlapok ellen.		X							
	<i>m)</i> A kereskedelmi kommunikációban korlátozni kell azokat a megjelenéseket, amelyek a különböző szerfogyasztáshoz kapcsolódó, azokat normalizáló hatásokat érhetnek el.	X	X							
	<i>n)</i> Kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése érdekében fokozni kell a célzott közúti ellenőrzéseket, és meg kell teremteni a balesetet okozó gépkocsivezetők szűrésének lehetőségét.	X								
B.	Együttműködések kialakítása, kutatás, képzés, értékelés									
	<i>a)</i> A bűnüldöző és büntető-igazságszolgáltatási intézményeknek fokozottabban együtt kell működnie a szociális és egészségügyi szférában tevékenykedőkkel az eljárás alá vont drogfogyasztók ellátásokba és támogató programokba irányításának elősegítése érdekében, a jogalkotónak pedig olyan támogató jogeszközöket kell kialakítania, melyek ezt a célt támogatják.		X		X					
	<i>b)</i> A rendelkezésre álló nemzetközi tapasztalatok alapján meg kell vizsgálni a fogvatartottak ellátásba irányítási rendszere (arrest referral) bevezetésének lehetőségét, a bűnisméltés csökkentése és az eljárás alá vontak egészségi állapotának, valamint szociális integrációjának növelése érdekében.		X		X					
	<i>c)</i> Más ellátókkal közösen kialakított programokra (esetmenedzsment) van szükség a drogfogyasztók támogatása érdekében azon kulcsfontosságú időszakokban (pl. a börtönből való szabadulás ideje), amikor a visszaesés és a bűnisméltés veszélye különösen magas.				X					
	<i>d)</i> Növelni kell az együttműködést az egészségügyi és szociális ellátókkal, valamint az önkormányzatok képviselőivel és a civil szervezetekkel, egyházakkal a kábítószer-fogyasztással összefüggő, a helyi közösségek biztonságára kockázatot jelentő jelenségek kapcsán. Meg kell teremteni a biztonságos szórakozás szabályozási és szolgáltatási feltételeit, a biztonságos szabadidő-eltöltés lehetőségét, a szerfogyasztás által különösen érintett környezetek szociális integrációját és a helyi szektorközi	X	X		X	X				X

