

---

---

# **NEMZETI STRATÉGIA A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA VISSZASZORÍTÁSÁRA**

**A KORMÁNY KÁBÍTÓSZER-ELLENES STRATÉGIÁJÁNAK  
KONCEPCIONÁLIS ALAPJAI**

**A stratégiai anyagot a Kormány  
2000. július 4-én, az Országgyűlés  
2000. december 5-én fogadta el**

**Előterjesztő:**

**IFJÚSÁGI ÉS SPORTMINISZTERIUM  
2000. június**

---

## 1. BEVEZETÉS

Nem lehet kétségünk afelől, hogy mára a drogok illegális használata és az ezzel összefüggésben fellépő egyéni és társadalmi károk az ország komoly problémájává váltak. Folyamatosan emelkedik a kábítószereket kipróbálók, a drogfogyasztók, a drogfüggők, a droghasználattal összefüggésben fertőző betegségeket hordozók száma, de nő a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények aránya, illetve a szervezett bűnözés aktivitása és megjelent a kábítószer-kereskedelemmel összefüggésbe hozható pénzmosás bűncselekményi köre is.

A kábítószeres veszélyt jelentenek az egészségre, a közösségekre és a társadalom egészére is. Fenyegetik a használót és hozzátartozóit egyaránt. A kábítószer-probléma sosem elszigetelt jelenség. Ok és következmény egyszerre. Összefügg egyéni és közösségi, lelki és szociális problémákkal.

A kábítószer pusztítja az egyéni akaratot, a családok egységét, a közösségi kohéziót és a társadalmi biztonságot egyaránt. Ellene csak világos, eltökélt és megalapozott együttműködéssel lehet eredményt elérni. Erre kötelezte el magát a Kormány is, és határozott szándéka alapján hosszú távú cselekvési programot kíván megvalósítani a kábítószeres visszaélések visszaszorítása érdekében.

Annak érdekében, hogy a harmadik évezred küszöbén egy olyan szabad, magabiztos és produktív társadalom alakulhasson ki, mely képes kezelni a kábítószeres visszaélésekkel és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és veszélyeket, szükséges, hogy:

- a társadalom váljon érzékenyebbé a kábítószerkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés)
- esélyt kell teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy pozitív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés)
- segíteni kell a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (kezelés, rehabilitáció)
- és csökkenteni kell a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálat-csökkentés)

A Nemzeti Stratégia a kábítószeres visszaélések visszaszorításával szembeni átgondolt és világos kormányzati program. Végrehajtása, a célok elérése a társadalom egészének támogatását és közreműködését igényli.

## **MIÉRT ÖSSZPONTOSÍT A NEMZETI STRATÉGIA A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA VISSZASZORÍTÁSÁRA?**

Jogosan merül fel a kérdés, hogy miért foglalkozik a Nemzeti Stratégia a kábítószerekkel, noha jól ismert, hogy az alkoholfogyasztás és a dohányzás okozta problémák társadalmi szinten súlyosabb egészségügyi, közegészségügyi következményekkel járnak, továbbá a nem-tiltott szerek használata (pl. szerves oldószerek) is komoly aggodalomra ad okot Magyarországon a fiatalok között.

A válasz erre a kérdésselvetésre az, hogy a kábítószer-problémák sokkal inkább nemzetközi természetűek (bizonyos kábítószer tekintetében jól elkülönülnek a termelő és a fogyasztó országok, jelentős a kábítószer és a kábítószer kereskedelméből származó pénz és egyéb javak nemzetközi forgalma), a jelenség kapcsolódása a szervezett bűnözéshez is már korán felvetette a nemzetközi fellépés szükségességét. Az ENSZ-nek is éppen ezért alakultak ki a kábítószer ellenőrzésével foglalkozó szakosított intézményei (míg az alkohollal vagy a dohányárukkal kapcsolatban nem). Az Európai Unió is intézményrendszert hívott életre a kábítószer-probléma leküzdésére (mind a kínálat-, mind pedig a keresletcsökkentés vonatkozásában). Magyarországot is magas szintű nemzetközi egyezmények kötik a kábítószer ellenőrzésére (míg hasonló az említett további szerekkel kapcsolatban nincsenek). Európai Unió elvárás, hogy a tagországok és a leendő tagországok rendelkezzenek a kábítószer-probléma leküzdését szolgáló akciótervvel. Ezt az ENSZ szakosított intézménye (UNDCP) szintén javasolja. A kábítószer-problémák jelentkezésének dinamikája szintén eltér az elfogadott szerekétől: Magyarországon elterjedésük viszonylag új (a több, illetve sok száz éves múltú alkohol-fogyasztáshoz és dohányzáshoz képest), és a szerek fajtái, a használat módja, az érintett társadalmi csoportok összetétele akár néhány év alatt is radikálisan változhat.

A Nemzeti Stratégia elsősorban a kábítószerekkel foglalkozik, de több területen a feladatok elválaszthatatlanok az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a szerves oldószer használat, sőt az orvosi javallat nélküli gyógyszer-fogyasztás problémájától. Ilyen a helyi közösségek szintje, ahol e problémák sokszor összefonódnak és egy családon belül vagy egy egyénnél együtt jelentkeznek; ilyen a megelőzés, ahol eredményes programok csak úgy képzelhetők el, ha e szerek használatával kapcsolatosan egyér-

telmű üzeneteket közvetítünk; továbbá ilyen a terápia és a segítség, ahol részben a különböző szerhasználati problémák kapcsolódnak össze, részben a kezelőhálózat foglalkozik mind a kábítószer-, mind pedig az alkoholfogyasztókkal. A kínálatcsökkentéssel foglalkozó területen azonban a jogi és a nemzetközi normáknak megfelelően élesen különbséget kell tennünk a legális és illegális alkalmazás között. A Nemzeti Stratégia tapasztalatokat vesz át az alkoholizmus és a dohányzás elleni akciótervekből, illetve a már említett területeken együttműködésre törekszik a szakemberekkel, az állami és szakmai intézményekkel, a civil és az egyházi szervezetekkel, a helyi közösségekkel.

---

## 2. A NEMZETI STRATÉGIA SZÜKSÉGESSÉGE

Az Egyesült Nemzetek Szervezete kihirdette a kábítószeres és pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása elleni 1988. december 19-én Bécsben kelt Egyezményt. Ebben a Magyar Országgyűlés által 14/1996 (III.1.) OGY. határozatában megerősített és az 1998. évi L. (XI. 6) törvényben kihirdetett Egyezményben a részes Felek megállapítják, hogy

*„A kábítószeres és pszichotrop anyagok előállításának, keresletének és tiltott forgalmazásának elterjedtsége és növekedése (...) súlyos veszélyt jelent az egyének egészségére és jólétére, és károkat okoz a társadalom gazdasági, kulturális és politikai alapjainak.”*

*A Felek mélységesen aggódnak amiatt, hogy „a kábítószeres és a pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása mind pusztítóbb módon hat a társadalom különböző csoportjaira, és főként azért, mert a világ számos részén gyermekeket tesz a piac tiltott kábítószer-fogyasztóvá, és használnak a kábítószeres és a pszichotrop anyagok tiltott előállítására, elosztására és forgalmazására, ami mérhetetlenül súlyos veszélyt jelent.”*

*A Felek felismerik „a tiltott forgalmazás és a vele kapcsolatos, más bűncselekmények közötti kapcsolatokat, amelyek aláássák a jogszerű gazdálkodás alapjait és fenyegetik a stabilitást, az Államok biztonságát és szuverenitását.”*

*A Felek felismerik továbbá, hogy „a tiltott forgalmazás olyan nemzetközi jellegű bűncselekmény, amelynek visszaszorítása elodázhatatlan figyelem felhívást és a legmagasabb szintű prioritást követel.”*

*A Felek tudatában vannak annak, hogy „a tiltott forgalmazás pénzbeni hasznok és hatalmas vagyonok forrása, amelyek lehetővé teszik a nemzetek felett álló bűnszövetkezetek számára, hogy benyomuljanak, megfertőzzék és korrumpálják minden szinten az állami struktúrákat, a törvényes kereskedelmi és pénzügyi tevékenységet, illetőleg a társadalmat.”*

Az Egyesült Nemzetek Szervezete közgyűlésének a kábítószer-problémák közös legyőzésével foglalkozó különleges ülészakának Politikai Deklarációja (New York, 1998. június) megállapítja:

*„A drogok életeket és közösségeket pusztítanak el, aláássák a fenntartható emberi fejlődést és elősegítik a bűnözést. A drogok minden országban a társadalom minden részletét érintik; a kábítószerrel való visszaélés különösen a fiatalok szabadságát és fejlődését befolyásolja. A drogok súlyosan veszélyeztetik az emberiség egészségét és jólétét, az államok függetlenségét és demokráciáját, a nemzetek stabilitását, a társadalmak felépítését, valamint emberek és családok millióinak méltóságát és reményét.”*

*Az Egyesült Nemzetek Szervezete tagállamai „ígéretet tesznek továbbra is a hosszantartó politikai, szociális, egészségügyi és oktatási elkötelezettségükre, arra hogy keresletcsökkentő programokat iktatnak be, melyek hozzájárulnak a közegészségügyi problémák csökkentéséhez, fokozzák az egyéni egészséget*

*és jól-létet, elősegítik a szociális és gazdasági integrációt, megerősítik a családi rendszereket és a közösségeket biztonságosabbá teszik.” (II. 7.b)*

*„A tagállamok egyetértenek abban, hogy kiegyensúlyozott formában elősegítsék a régiók és a nemzetek közötti együttműködést annak érdekében, hogy kontrollálják a kínálatot és csökkentsék a keresletet.” (II. 7.c)*

A Magyar Köztársaság és az Európai Közösségek és azok tagállamai között társulás létesítéséről szóló, Brüsszelben, 1991. december 16-án aláírt Európai Megállapodás kihirdetéséről szóló 1994. évi I. törvény 86. cikk 1. bekezdése megállapítja:

*„A Felek egyetértenek, hogy minden erőfeszítést meg kell tenniük és együtt kell működniük annak érdekében, hogy megakadályozzák pénzügyi rendszerüknek általában a bűnözésből, különösen a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményekből származó pénz tisztára mosására történő felhasználását.”*

A 96. cikk 1. bekezdése kimondja:

*„Az együttműködés célja különösen az, hogy növeljék a kábítószeres és a pszichotrop anyagok szállítása és törvénytelen forgalma elleni politika és intézkedések hatékonyságát, valamint csökkentsék az ezekkel a termékekkel való visszaélést.”*

Magyarországon a drogok illegitim <sup>1</sup> használatával és terjesztésével kapcsolatos probléma minden területen drámai módon növekszik a kilencvenes évek eleje óta, így többek között a :

- a drogokat kipróbálók,
- a drogokat rendszeresen fogyasztók,
- a drogfüggők,
- a drogfogyasztással összefüggő halálesetek,
- a fertőző betegségeket hordozók (hepatitis B és C)
- a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények száma és az összбűnözésen belüli aránya,
- a kábítószerrel kapcsolatos egyéni és társadalmi károk mértéke,
- illetve a pénzmosás és a szervezett бűнözés aktivitásának tekintetében.

Ezt az önmagában is aggodalomra okot adó problémát súlyosbítja azonban, hogy a drogprobléma nagysága és az azt kezelni hivatott eszközrendszer, infrastruktúra fejlettsége között egyre növekvő szakadék alakult ki az elmúlt években. Az intézményrendszer, az ún. kábítószer-használókat kezelő lánc minden eleme úgy kapacitásában, mind szervezettségében, minőségi mutatóiban és finanszírozottságában egyaránt messze elmarad a szükségéstől. Csak egy egységes szerkezetű és szemléletű, átfogó, stratégiai elemeket megvalósító, és a drogprobléma kezelésében részt vevő minden szervezeti és intézményi formát magában foglaló fejlesztési terv érhet el eredményeket a kedvezőtlenül alakuló tendenciák megállításában.

*1. A Nemzeti Stratégia a tiltott és visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyagok fogyasztásának, előállításának, forgalmazásának stb. problémájára irányul. A pszichoaktív anyagoknak ebbe a csoportjába tartoznak az ENSZ egyezmények mellékleteiben szereplő kábítószeres és veszélyes pszichotrop anyagok. A Nemzeti Stratégiában a kábítószer és a drog kifejezéseket azonos értelemben használjuk a pszichoaktív szerek e csoportjára (hasonlóan a nemzetközi, elsősorban jogi fogalomhasználathoz). Több helyütt azonban a drog fogalmát szélesebb értelemben értjük (hasonlóan a drog orvosi fogalmához), de ilyen esetekben utalunk az alkoholfogyasztásra, a dohányzásra, a gyógyszer-visszaélésre (nyugtatók, altatók, fájdalom-csillapítók) és a szerves oldószerek használatára.*

**A drogprobléma társadalmi kezelése igényli:**

- a tudományos megalapozottságú eredmények kimunkálását,
- a megelőzés, a terápia, a kockázatcsökkentő eszközök és a büntetőjog eszközeivel történő kínálatcsökkentés megfelelő arányú egységes és átfogó kezelését,
- a szükséges források biztosítását,
- a drogprobléma és annak kezelése tekintetében a társadalom érzékenyítélét,
- a polgárok és szervezeteik tevékeny részvételét.

***A Kormány a választások után programjában kiemelt prioritásként kezeli a drogfogyasztás visszaszorítását és szándéka mindenek előtt, hogy elősegítse :***

- a drogfogyasztók, a drogfüggők száma növekedésének megállítását, lehetőség szerint csökkentését,
- a drogfogyasztás negatív trendjeinek megállítását,
- a kezelésbe kerülők, illetve a gyógyultak számának és arányának növekedését,
- a megelőzés és felvilágosítás átfogó fejlesztését,
- a drogfogyasztás egyéni és társadalmi kárainak csökkentését,
- a kábítószerhez való hozzáférés csökkentését,
- a kábítószerrel kapcsolatos bűnözés visszaszorítását, és a
- a nemzetközi együttműködés kiszélesítését.

Ezért a Kormány a drogproblémák vonatkozásában elő kívánja mozdítani a széles társadalmi együttműködés keretében folytatott, és konszenzuson alapuló kábítószer-ellenőrzési és megelőzési tevékenységet, a megelőzés hatékony lehetőségeinek kiaknázását, a kezelési struktúra fejlesztését, a törvényi szabályozás megalkotott szigorításának alkalmazását, és a kábítószer-kereskedelem visszaszorítása érdekében a kereslet-csökkentés elveivel összhangban levő és egymással egyeztetett eszközeinek fejlesztését.

A Kormány, céljai megvalósítása érdekében újraszabályozta a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság működésének kereteit, mely így eleget tesz a nemzetközi és a szakmai ajánlásoknak:

- magas politikai szintet határozott meg a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság működtetésére (elnök: ifjúsági és sportminiszter; társelnök: egészségügyi miniszter; titkár: Ifjúsági és Sportminisztérium kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkára), ezzel közvetlenül képes érvényt szerezni döntéseinek
- a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság tevékenységének elősegítése érdekében ágazati infrastruktúrát hozott létre, illetve biztosított az Ifjúsági és Sportminisztériumon belül
- a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság zavartalan működtetésére költségvetési forrásokat biztosít.

A Kormány a kormányzati ciklus elején megkezdte a már halaszthatatlan nemzeti kábítószer-ellenes stratégia kidolgozását. Ebbe a munkába bevonta a szakma teljes spektrumát, és számít a családok, az iskolák és más szocializációs terek, a civil szervezetek és társadalmi intézmények aktív együttműködésére.

***A drogok elleni küzdelem nemzeti ügy. A kábítószer-probléma fenyegetése a beköszöntő évezred olyan kihívása, mely szükségessé teszi minden intézmény, szolgálat és a segíteni kívánó elkötelezett összefogását. Ki kell alakítanunk és meg kell valósítanunk a kormányzat, a politika világa, az önkormányzatok, a szakmai és civil szervezetek valamint a helyi közösségek, az egyházak, a családok és egyének közös erőfeszítésén alapuló együttes cselekvés és problémakezelés lehetőségét.***

***Ehhez mindannyiunk összefogására szükség van!***



### 3. HOL TARTUNK?

#### Helyzetelemzés

A kábítószer-fogyasztás és az azzal összefüggő problémák a rendszerváltozás óta jelentős társadalmi problémává váltak. A számok nem tükrözik a valóságot, híján vagyunk az alapos helyzetfelmérésnek, illetve a jelenség természetét bemutató vizsgálatoknak; nem rendelkezünk a probléma mennyiségi és minőségi mutatóinak teljességére vonatkozó érvényes adatokkal. A kábítószer-fogyasztás és terjesztés olyan tevékenységek, amelyek az egészségügyi, illetve a bűnözési statisztikákban teljességükben soha nem jelennek meg, bármilyen kifinomult eljárást is alkalmazunk. A hozzáférhető adatsorokban megfigyelhető változások, valamint a szakemberek tapasztalatai mégis alkalmasak arra, hogy bizonyos tendenciákat megállapíthassunk.

Először egy általános összképet mutatunk be, majd a rendelkezésre álló adatok alapján ismertetjük a kábítószer-probléma magyarországi helyzetét.

#### 3.1. Általános helyzetértékelés

Az általános helyzetértékeléshez a rendőrség tapasztalatait vettük figyelembe, akik „közről” kísérik figyelemmel a kábítószer-piac változásait. Itt sem feledkezhetünk meg arról, hogy sok esetben szubjektív helyzetértékelésről van szó, amit még a rendőrségi statisztikák sem támasztanak alá (hiszen azokban csak a büntetőeljárások adatai jelennek meg).

A klasszikus kábítószerek beáramlása Magyarországra, illetve a különböző fogyasztói rétegek kialakulása a 90-es évek elejétől tapasztalható. Azt megelőzően az egészségügyi kezelésbe került drogbetegek egyfelől, a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők másfelől gyakorlatilag a kábítószer tartalmú gyógyszereket vagy máknövényeket használtak illegálisan. A drogszakma képviselői már jelezték a lehetséges negatív társadalmi következményeket, de a függők, illetve az elkövetők és a járulékos bűncselekmények - kórházi lopások, gyógyszerértékesítési betörések, vényhamisítások - viszonylag alacsony száma még nem befolyásolták érdemben sem a közegészségügyi, sem pedig a közbiztonsági, bűnügyi helyzetet.

A megnyíló határokon keresztül a 90-es évek elejétől egyre több marihuána, hasis és LSD jutott hazánkba, mely szereket nyugat-európai országokból - elsősorban Hollandiából - szereztek be a magyar "drogturisták".

A heroin a 90-es évek elején jelent meg jellemzően a magyar illegális kábítószer piacon és Budapesten. A kokain már ezen kezdeti időszakban is felbukkant egy szűkebb fogyasztói rétegnél, de magas ára eddig megakadályozta jelentősebb elterjedését. 1994-ben széles körben elkezdődött az addig csak "import árunak" számító marihuána hazai termesztése.

Az 1994-es év más szempontból is fordulópontot jelentett a magyar "kábitószer-történelemben", hiszen először járt el a rendőrség olyan ügyekben, amikor valamely amfetamin származék volt az "elkövetés tárgya". A következő év már robbanásszerű emelkedést mutatott az amfetamin-fogyasztás és az ahhoz kapcsolódó illegális kereskedelem területén. Az egészségügyi statisztikák is az évtized közepétől - a bűnügyi statisztikákhoz képest eltolódva - jelzik az amfetamin-használók kezelés

iránti igényét. A kezelést igénylő egészségügyi problémák jelentkezése ugyanis általában több éves használat után várható.

A fogyasztás és a belső kábítószer-kereskedelem kialakulásával egyidőben a magyar hatóságoknak az egyre növekvő **tranzitcsempészet** jelenségét is kezelniük kellett. A délszláv polgárháború 1990-es kitörését követően a nyugat-Európát közkeleti heroinnal ellátó török és koszovói albán bűnszervezetek arra kényszerültek, hogy a heroinszállításra használt "Balkán-útvonal" középső ágát (Isztambul - Szófia - Belgrád - Zágráb - Ljubljana) északabbra helyezték; ennek eredményeképpen Európa egyik legjelentősebb tranzitországává váltunk. A 90-es évek elejétől a légi turistaforgalom is erőteljes növekedésnek indult, ennek egyik következményeként a Ferihegyi Nemzetközi Repülőtér is felkerült a Dél-Amerikából Nyugat-Európába irányuló kokaincsempészet tranzitállomásainak listájára.

1990-94. között a rendőrség amfetamint gyártó illegális laboratóriumokat is felszámolt. Ilyen tevékenység az elmúlt években nem jutott a rendőrség tudomására, viszont folyamatosan tapasztalhatók arra irányuló kísérletek, hogy külföldiek a szintetikus kábítószergyártáshoz szükséges úgynevezett **prekurzor** vegyianyagokat magyarországi gyártóktól vagy kereskedőktől szerezzenek be, azok megtevesztésével, illetve együtműködésükkel.

Az ország minden területén megjelenő, techno műfajú zenét játszó diszkók az **amfetamin** fogyasztásának elsődleges helyei. A speciális körülmények miatt ezek a színterek ideális körülményeket biztosítanak a kábítószer terjesztők számára. A rendőri szervek az 1998. év folyamán közel 12.000 db Ecstasy tablettát foglaltak le, kétszeresét az 1997 évi mennyiségnek. A lefolytatott titkos és nyílt nyomozások tapasztalatai szerint a hazai amfetamin kereskedelemre szakosodott magyar bűnöző csoportok egyre szervezettebben folytatják tevékenységüket, közülük néhány jelentős tőkével rendelkezik, és képesek a beszerzéstől az elosztásig egységes irányítás alatt tartani a szervezetek tagjait.

1998-ban főleg az amfetamin származékok és a marihuána fogyasztása iránt mutatkozott kiemelkedő igény. A **marihuána** a legelterjedtebb kábítószer Magyarországon. E szer igen gyakran más kábítószerekkel együtt, mintegy "kísérő drog"-ként került lefoglalásra. A fogyasztói piacon megjelenő marihuána szinte teljes egészében hazai illegális ültetvények terméséből származik. A jelentős mennyiségű marihuána, illetve hasiskender növény lefoglalások leggyakrabban Bács-Kiskun, Csongrád, Heves és Baranya megyék területén történtek.

Az előző két kábítószerhez képest a **heroin**-fogyasztók aránya jóval csekélyebb, de 1997-hez évhez képest így is érzékelhetően nőtt e szer élvezőinek tábora. Aggasztó, hogy egy év alatt megduplázódott a rendőrség által észlelt heroin-túladagolások száma, nagy többségük 18-23 év között budapesti fiatal volt. A belföldi herointerjesztés vagy fogyasztás miatti eljárások szinte kizárólag Budapesten és Miskolcon indultak.

Rendőri tapasztalatok szerint Budapesten a IV., VI., VII., VIII., XIII. kerületekben folyik a legaktívabb heroin-kereskedelem, és ezekben a kerületekben tapasztalható az átlagosnál magasabb beszerzési bűnözés; feltűnően sok olyan autófeltörést, bolti lopást, kisebb üzletekben elkövetett rablást és betörést regisztráltak, melynek elkövetői heroin- vagy állandó amfetamin-fogyasztók voltak.

A heroinpiac fő ellátói a hazánkban élő koszovói albánok, mellettük egyes arab bűnöző csoportok, illetve legújabbán nigériai elkövetők adnak el heroint magyar fogyasztóknak. A Törökországban beszerzett árut a tranzitcsempészetnél is használt "Balkán-útvonalon" szállítják hazánkba.

A **kokain** egy szűkebb réteg kábítószer, a fogyasztók döntő többsége olyan bűncselekmények elkövetéséből él, amely kiemelkedően magas jövedelemhez juttatja. A kereskedéssel foglalkozó csoportok szintén magyar állampolgárokból állnak, akik a kokaint Németországból, Ausztriából szerzik be.

Az előzőekben említett kábítószerrel mellett a **hasis** és az **LSD**-t tartalmazó "bélyegek" is változatlanul jelen vannak a magyar fogyasztói piacon, de – a rendőrségi források szerint - arányaiban kevesebben fogyasztják, mint pl. az 1990-94. közötti időszakban (amikor még nem jelent meg az amfetamin.) Ez természetesen nem jelenti azt, hogy például az LSD fogyasztói számukat tekintve kevesebben lennének, mint az évtized első felében. Erre utal az is, hogy 1998-ban a korábbi évhez képest több mint kétszeresére nőtt a lefoglalt LSD "bélyegek" mennyisége.

A kábítószer fogyasztása és a velük kapcsolatos terjesztés mellett 1998-ban több információ érkezett a rendőri szervekhez Magyarországon üzemelő illegális amfetamin gyártó laboratóriumokról, de az ellenőrzések során kiderült, hogy külföldről becsempésztett kábítószerokról van szó.

A korábbi évekhez képest megnőtt az érdeklődés egyes nemzetközi bűnszervezetek részéről a Magyarországon beszerezhető, illegális kábítószergyártáshoz szükséges - és ezért nemzetközi ellenőrzés alatt álló - prekursor vegyi anyagok iránt.

A kábítószerpiac előzőekben jellemzett kiépülését nem követte a **prevenció**, illetve a kábítószer-használókkal kapcsolatos **gyógyító munka, szociális reintegráció** intézményrendszerének fejlődése. Az egészségügyi statisztikák növekvő számban ugyan, de még mindig kis számú kezelt kábítószer-használót jeleznek. A mindennapi gyakorlatban gondot okoz a kábítószer-használók kórházi gyógykezelése, gyakran heteket-hónapokat is kell várni egy kórházi helyre. A hosszútartású és rehabilitációs intézetek kapacitása még szűkösebb, itt nemegyszer akár egy évet vagy hosszabb időt is kénytelen várni az oda jelentkező kábítószer-függő.

Komoly problémát jelent a kábítószer-használók elérését és a gyors kapcsolatfelvételt, a korai bajmegállapítást lehetővé tevő **egészségügyi és szociális szolgálatok** fejletlensége, vagy az ország jelentős területein ezek teljes hiánya. A kábítószer-fogyasztók jelentős része az egészségügy számára is rejtőzködő populációnak minősül. A korai felismerés és kezelésbevitel elmaradása megnöveli a súlyos függőségi állapotban szenvedők és a szövődményes esetek számát, melyek a későbbi gyógykezelés eredményességét rontják, ugyanakkor költségeit növelik. Jelentős - az elszórt adatok alapján is - a különösen veszélyeztetett intravénás kábítószer-használók között a májfertőzés (hepatitisz C típusa) előfordulása, és előrejelezhető, hogy megfelelő beavatkozások elmaradása esetén a HIV/AIDS is komoly problémát okozhat Magyarországon, az európai, különösen a kelet-európai országok többségéhez hasonlóan.

A **lakosság információval való ellátottsága** is hiányos a kábítószer-használat felismerés, a várható következmények és a segítség elérhetősége tekintetében. Ez még akkor is így van, ha a média előszeretettel foglalkoznak a kábítószerkérdé-

sével. Ezekben az esetekben a "drámai" bemutatás ugyanis nem pótolja a célzott prevenciók üzeneteket.

Kialakulatlan a **prevenció** intézményrendszere. Ez az iskolai prevenció vonatkozásában azt jelenti, hogy az iskolák, illetve a pedagógusok kezdeményezőkézségére van bízva, hogy folyik-e intézményükben - és milyen minőségben - prevenciók tevékenység. Bár az iskolai prevenció már túl van a "kipróbálás" stádiumán, szervezett, átfogó, a tanrendbe, illetve az iskolák működésébe épített prevenció nincs. A folyó, esetenként az országban elterjedtnek mondható prevenciók programok felhasználóinak pontos körét (hány diákot érintenek) és a programok hatékonyságát sem ismerjük.

A prevenció, valamint a kábítószerrel kapcsolatos ismeretek oktatása sem tekinthető megoldottnak - az öröndetes próbálkozásokon túlmenően - a humán szakemberképzésben és továbbképzésben.

Elégtelenek a közösségi összefogáson alapuló, az állami, önkormányzati szféra és a civil szervezetek, egyházi szolgálatok együttműködésén alapuló prevenciók tevékenységek is - noha ezen a területen sok eredmény mutatható fel az 1990-es években. A helyi (városi, megyei) kábítószerügyi koordináció esetleges, szervezettrendszere szintén csak helyenként jött létre, kialakult feladattervek nélkül.

Az 1991-1998 között működő Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság erőfeszítései ellenére sem valósult meg a kábítószer-probléma magas szintű államigazgatási koordinációja, az állami, önkormányzati, társadalmi, egyházi és üzleti szervezetek és intézmények ezirányú munkájának összehangolása. Hiányzik a probléma intézményes kezelésében érintett szervezetek kapacitáshiányának pontos feltárása és a megfelelő fejlesztések tervezése, illetve költségvetési ráfordítások biztosítása. A nemzetközi jogi terület és a bűnüldözés kiváló külföldi kapcsolatai más területekre nem jellemzőek: a helyzetfelmérés (epidemiológia), a megelőzés és a gyógyítás területén elégtelenek a külföldi együttműködések, különösen a nemzetközi szakmai elvárásoknak megfelelő, illetve az EU-s protokollok átvétele nem tekinthető megoldottnak (ehhez hozzátartozik, hogy számos területen az EU is még a tagországok protokolljainak egységesítésénél tart, tehát egységes EU szabványok e területeken most állnak kidolgozás alatt). A probléma súlyosbodása óta eltelt időszakban a kábítószer-probléma állami és társadalmi kezelését összefogó nemzeti stratégia kidolgozására és elfogadására nem került sor, így annak megvalósításáról sem beszélhetünk.

A továbbiakban a rendelkezésre álló adatok alapján mutatjuk be a magyarországi kábítószer-helyzetet.

### 3.2. Az egészségügyi intézményekben kezelésre jelentkező kábítószer-fogyasztók<sup>1</sup>

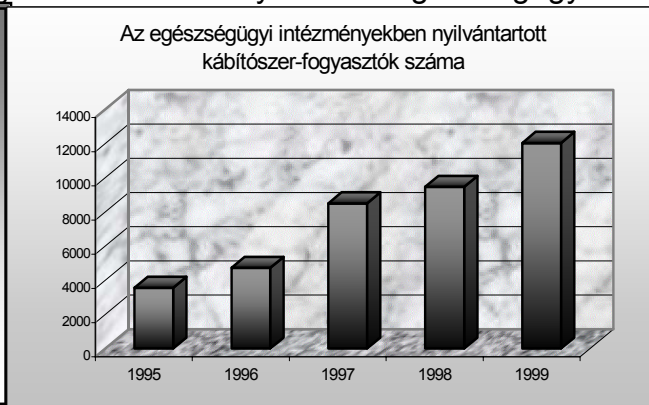
Az egészségügyi intézményekben kezelték száma évről évre növekszik. 1995-ben 3.553, 1999-ben pedig már 12.028 drogfogyasztót tartottak nyilván az egészségügyi intézmények. 1995 és 1999 között több mint háromszorosára nőtt a kezelésben részesült drogbetegek száma.

Az első alkalommal kezelésen megjelentek száma - a regisztráció szerint - az elmúlt évben csökkent, azonban 1995 és 1998 között jelentős növekedés tanúi lehettünk.

Az új betegek száma dinamikusabban emelkedett, mint a nyilvántartásban lévőké, 1995 és 1998 között közel négyszeres emelkedést mutatott (1.349-ről 5.275-re növekedett). 1999-ben az azt megelőző évhez képest 628 fővel kevesebb új beteg jelentkezett kezelésre.

Év	Nyilvántartott drogbetegek száma
1995	3.553
1996	4.718
1997	8.494
1998	9.458
1999	12.765

Forrás: OPNI



A **gyermek- és fiatalkorúak** megoszlása<sup>2</sup> az egészségügyi intézményben megjelent összes drogfogyasztó között 1995-ben 7,1%, 1998-ban 18,2% volt, 1999-ben pedig 18,3%. 1995-höz képest több mint nyolcszorosára növekedett a kezelésre megjelent drogfogyasztó gyermek-, illetve fiatalkorúak száma.<sup>3</sup>

#### A kábítószerfajták elterjedtsége a nyilvántartott drogfogyasztók között

Jelenleg hazánkban a legelterjedtebb drogok a kannabisz-származékok (ide tartozik a marihuána és a hasis), az amfetamin- típusú kábítószer (pl. az Ecstasy és az egyéb amfetamin-származékok), valamint

Év	Nyilvántartott heroin-fogyasztók száma	Nyilvántartott amfetamin-fogyasztók száma
1995	286	108
1996	502	301
1997	1689	929
1998	1576	1367
1999	1846	1334

(Forrás:OPNI)

<sup>1</sup> Az Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program (OSAP) a kábítószerrel visszaélő kezelték között szerepelteti az altatók és nyugtatók, illetve a szerves oldószerrel visszaélők számát. A „kábitószerrel visszaélők” száma e statisztika alapján éppen ezért sokszor félreértésekre ad okot: nemcsak az illegális, hanem a legális szerhasználókat is tartalmazza. A drogos halálesetek száma ugyanezt jelenti: a statisztikában a nyugtatószer túladagolásban (nagyreszt öngyilkosság miatt) meghaltak is mint „kábitószer halálesetek” szerepelnek.

<sup>2</sup> Adatforrás: OPNI. Az adatokban az alábbi korcsoportok szerepelnek: 15 év alatt, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, és 35 év felett. Így pontos adat nincs a fiatalkorúak kezelésre történő megjelenésének megoszlásáról.

Az ismertetett adatok a 15 év alatti illetve a 15-19 év közötti korcsoportok összevonásából keletkeztek.

<sup>3</sup> Az egészségügyi statisztika különbséget tesz a **nyilvántartott** és az adott évben **kezelésben részesült** drogbetegek között. A nyilvántartottak száma általában magasabb a kezelésben részesültekénél. Kivételt képeznek a kórházak, ahol a kezelésben részesültek száma megegyezik a nyilvántartottak számával. Kezelésben részesültek minősül az a drogbeteg, aki 1-nél többször jelent meg kezelésre a tárgyévben az adott egészségügyi intézményben.

A jelenlegi statisztikai rendszeren belül a nyilvántartott drogbetegek **nem és korszerinti, valamint szertípus szerinti** megoszlása csak a kezelésben részesült drogbetegek körén belül értelmezhető, illetve hasonlítható össze évenkénti bontásban.

az ópiát-származékok (elsősorban a heroin).

- 1995-ben az egészségügyi intézményekben kezelésben részesült drogbetegek 22,9%-a ópiát-fogyasztással, 5,3%-a kannabisz-származékok fogyasztásával, 3,3%-a amfetamin típusú kábítószeres fogyasztásával kapcsolatos problémák miatt jelent meg kezelésben. Ez az arány a későbbiekben némileg változott. **Folyamatosan nőtt az ópiát-fogyasztók aránya:** 1996-ban az egészségügyi intézményekben kezelt drog-fogyasztóknak 28,7 %-a, 1999-ben pedig 33,6%-a ópiát-fogyasztással kapcsolatos problémák miatt kereste fel a kezelőintézményeket.<sup>4</sup>
- **A kannabisz-származékok** fogyasztásával kapcsolatban kezelésben megjelentek aránya is 1995 és 1998 között több, mint háromszorosára növekedett
- Az **amfetamin** típusú kábítószeres fogyasztása miatt 1996-ban az összes, egészségügyi intézményben kezelésben megjelent a regisztrált drogfogyasztók 7,1%-a, 1999-ban pedig 12,5%-a.

Magyarországon a kábítószer-használókkal foglalkozó kezelési lánc minden eleme alulfejlett és kapacitási problémákkal küszködik. A mennyiségi emelkedés mértéke ezért nem csupán a jelentkezők számának alakulását mutatja, hanem a kezelőrendszer telítettségét is. A rendelkezésre álló adatok sokkal inkább tükrözik a kezelőhálózat működési korlátjait, mintsem a tényleges kezelési igényt.

### 3.3. Kezelés a büntetés alternatívájaként

A nyilvántartott kábítószer-fogyasztók számának növekedése részben a Büntető Törvénykönyv 282.§/A. fejezete alapján történt ún. elterelések számának emelkedéséből is adódik, melynek értelmében a csekély mennyiségre elkövetett "Visszaélés kábítószerrel" bűncselekmények elkövetői ellen, amennyiben legalább hat hónapig tartó folyamatos megelőző vagy gyógyító kezelésben vettek részt és arról orvosi igazolással rendelkeztek, a nyomozó-hatóság az eljárást ellenük megszüntette. 1995-ben 69 főt kezeltek az egészségügyi intézményekben a **büntetőeljárás alternatívájaként**, ez az összes új beteg 5%-a volt.

Év	A büntetőeljárás alternatívájaként kezelést elkezdett és befejezett személyek száma	
	kezelést elkezdett	kezelést befejezett
1995	69	53
1996	186	85
1997	545	176
1998	1120	590
1999	1118	746

(Forrás: OPNI)

1999-ben ez a szám 1118 főre emelkedett, mely az új betegként kezelésre jelentkezettek 19,4%-át képezte.

A BTK új szabályozásával a büntetőeljárás alternatívájaként az ún. elterelésben résztvevők köre várhatóan jelentősen átalakul (csak függő betegek vehetik igénybe ezt a jogintézményt). Erre az egészségügyi intézmények és a kezelőhálózat egész rendszere jelenleg nincs felkészülve.

<sup>4</sup> Az egyik adatszolgáltató 1999-ben nem szolgáltatott részletes adatokat, ezért az ott kezelt 1.527 beteg az életkori, szerhasználat, illetve nem szerinti bontásokban nem szerepel. (OPNI)

### 3.4. Halálesetek

A kábítószer-fogyasztással kapcsolatban nyilvántartott halálesetek száma 1995-ben 204, 1997-ben 339, 1999-ben 337 volt.

Ennek körében a nyugtató típusú drogokkal (pl. benzo-diazepinek, barbiturátok) történő túladagolások képezték az esetek 1995-ben 72,5%-át, 1997-ben 75,2%-át, 1998-ban 62,1%-át, 1999-ben pedig 83,3%-át.

Drogok fajtái	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Opiátok</b>	4	51	46	23	40
<b>Amfetamin</b>	2	1	1	4	1
<b>Nyugtatók</b>	148	215	255	210	281
<b>Politoxikománia</b>	-	13	36	65	4
<b>Szerves oldószer</b>	12	8	1	32	32
<b>Egyéb drog</b>	38	-	-	-	-
<b>Összesen:</b>	<b>204</b>	<b>288</b>	<b>339</b>	<b>338</b>	<b>337</b>

(OPNI - az Igazságügyi Orvostani Intézetek, Orvosszakértői Intézetek és a Rendőrorvosi Hivatalok közlése alapján)

Ezzel szemben a **rendőrség**

**által** közvetlenül észlelt, helyszínelő és orvosszakértő által megvizsgált kábítószerrel kapcsolatos halálesetek száma 1998-ban 22 volt, melyek minden esetben heroin-túladagolás miatt következtek be.

A droghalálózással kapcsolatos magyarországi adatok, bár a legfontosabb indikátorok egyikét képezik, csak nagy fenntartással kezelhetők és használhatóak a hazai drogprobléma mérőszámaként. Pontosságuk, az adatfelvétel európai standardokhoz való igazítása fontos eleme a drogprobléma helyzetértékelésének és egyben elodázhatatlan feladat, melyet a közeljövőben az adat-szolgáltatási rendszer felülvizsgálásával összhangban el kell végezni.

### 3.5. Kábítószer-bűnözés

A kábítószer-bűnözés az elmúlt években kedvezőtlenül alakult. 1992 előtt rendkívül csekély számú kábítószer-bűncselekmény vált ismertté. A kábítószer-kriminalitás ekkor szinte kizárólag a keresleti bűnözést jelentett, a visszaélők többségét (90%) fogyasztással összefüggő, a Btk. 282.§-ának alapesetébe ütköző cselekményért ítélték el. A hazai kábítószer-kriminalitás reális súlyának és veszélyességének megítéléséhez azonban hozzá kell tenni, hogy a "visszaélés kábítószerrel" bűncselekmények ismertté vált (össz)bűnözésen belüli aránya 1996-ig egyetlen esztendőben sem haladta meg a 0,1%-ot. Ez az arány 1998-ban 0,3%-ra növekedett.

Ismertté vált „visszaélés kábítószerrel“ bűncselekmények száma	
1990	34
1991	46
1992	135
1993	223
1994	256
1995	429
1996	440
1997	943
1998	2.068
1999	2.860

(Forrás: ERÜBS)

#### • BTK 282.§. Visszaélés kábítószerrel

Abszolút számokban kifejezve: 1992-ben 135 visszaélés kábítószerrel bűncselekményről szereztek tudomást a hatóságok, míg 1999-ban 2.860-ról. Gyakorlatilag 1996 és 1998 között minden évben duplájára nőtt az ismertté vált "visszaélés kábítószerrel" **bűncselekmények száma**. A növekedésnek ez a dinamikája - a statisztikai adatok alapján legalábbis - 1999-re lelassult.

Ugyanez a tendencia érvényesül az ismertté vált "visszaélés kábítószerrel" bűncselekményt **elkövetett bűnelkövetők** tekintetében is: 1992-ben 111 fő, 1998-ban 1.727 fő követette el ezt a bűncselekményt, míg 1999-ben 2.583 fő bűnelkövető vált ismertté.

Az ismertté vált "visszaélés kábítószerrel" bűncselekményt elkövetett **fiatalkorúak** megoszlása az alábbiak szerint alakult: 1993-ban 29 fő, amely az összes ismertté vált fiatalkorú bűnelkövető 0,2%-a, 1998-ban 223 fő, (1,7%), 1999-ben pedig 354 fő (3,1%).<sup>5</sup> 1995 és 1999 között több mint nyolcszorosára növekedett az ismertté vált fiatalkorú elkövetők száma. A "visszaélés kábítószerrel" bűncselekményt elkövetőknek 1994-ben 3,1%-a, 1998-ban már 12,9%-a, 1999-ben pedig 13,7%-a volt fiatalkorú. A gyermekkorúak aránya aggasztó képet mutat: az ismertté vált "visszaélés kábítószerrel" bűncselekményt elkövetők körében 1997-ig nem találkoztunk gyermekkorú elkövetővel, azonban 1997-ben arányuk 0,3% volt, 1998-ban pedig 0,6%-ra növekedett.

- **„Indirekt bűnözés”**

Ez alatt értjük a beszerzési és jövedelemszerző bűnözést, amit kábítószer-használók követnek el. Erre vonatkozóan konkrét adatok nem állnak rendelkezésre, de rendőrségi becslések szerint növekszik a kábítószer-fogyasztók által elkövetett olyan bűncselekmények száma, amelyek segítségével napi kábítószer-adagjukhoz jutnak (elsősorban lopás, betörés, autófeltörés, rablás, okirathamisítás, zsarolás, kábítószer-terjesztés). Ezeket általában olyan függő személyek követik el, akik egyéb tekintetben nem bűnözők. A beszerzési bűnözés a kábítószer-terjesztés illegális voltából adódik.

- **A kábítószerekkel kapcsolatos bűnözés egyéb formái**

A szintetikus kábítószerek megjelenésének egyre nagyobb a veszélye. A szervezett bűnözés törekszik új és újabb, eddig még nem ismert, azaz a nemzeti kábítószer és pszichotrop anyag jegyzékeken még nem szereplő anyagok kifejlesztésére.

A kábítószer-bűnüldözés különleges sajátossága, hogy a kábítószer-bűncselekmények (elsősorban nem a fogyasztás, hanem a terjesztés különböző szintjei) kapcsolódnak a szervezett bűnözéshez.

Problémát jelent a nem tiltott, de kábítószer tartalmú gyógyszerekkel és egyéb (prekurzornak is minősülő) anyagokkal való visszaélés. Ez a jelenség más korosztályt és népesség-csoportot érint, és elsősorban kábítószer-rendészeti kérdésként jelentkezik.

- **Ítélezési gyakorlat**

A "visszaélés kábítószerrel" bűncselekmények miatt jogerősen elítéltek száma 1992-ben 34 fő volt, 1997-ban pedig 225, 1998-ban 500 fő volt. Szabadságvesztésre ítélték az elkövetők 61,8%-át 1992-ben (ebből végrehajtandó 71,4%, felfüggesztett 28,6%), 46,7%-át 1997-ben (ebből 63,8% végrehajtandó, 36,2% felfüggesztett), 37,6%-át 1998-ban (55,3% végrehajtandó, 44,7% felfüggesztett).

---

<sup>5</sup> ERÜBS (Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika) alapján.



Ezek az adatok azt mutatják, hogy egyre kevesebb esetben szabnak ki a bírák végrehajtandó szabadságvesztést, ugyanakkor a főbüntetésként kiszabott pénzbüntetések száma 1992 és 1998 megháromszorozódott, és 1996 óta közérdekű munka kiszabása is előfordul.<sup>6</sup> Az adatok azonban csak korlátozott mértékben alkalmasak a kábítószer visszaéléssel kapcsolatos ítélezési gyakorlat tendenciáinak leírására, hiszen annak alakulására számtalan tényező gyakorol befolyást.

A kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek adatai arra utalnak, hogy e bűncselekmények elkövetői számos demográfiai-társadalmi jellemző tekintetében különböznek a hagyományos bűnözői körtől. Ez értelmezhető úgy is, hogy az elkövetők nem a hagyományos bűnözői körből kerülnek ki, másrészt viszont figyelmet érdemel, hogy a büntetőjogi szabályok megszegése olyan népességcsoportokban is előfordul, amelyek tagjai egyébként a büntetőjogi szabályokat általában nem szegik meg.<sup>7</sup>

### • **Bűncselekmény kábítószer hatása alatt**

A bűncselekmény elkövetésekor kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt 1993-ban 249, 1998-ban 916, 1999-ben 1.354 fő állt. Ez az összes bűnelkövető 0,2%, 0,7% illetve 1%-a. Közel négyszeresére növekedett azoknak a bűnelkövetőknek a száma 1993 és 1999 között több mint ötszörösére emelkedett azoknak a száma, akik a bűncselekmény elkövetésekor kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt álltak.<sup>8</sup>

### • **Bűncselekmény tárgya: kábítószer**

A „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmények esetén a bűncselekmény tárgya egyértelműen valamely típusú/fajtájú kábítószer. 1993-ban az eljárások során a legtöbb esetben hasis, illetve LSD szerepelt elkövetési tárgyként, 1994-ben heroin és marihuána, 1995-ben marihuána és heroin, 1997-ben és 1998-ban ugyanezek az anyagok voltak a "listavezetők". A marihuána elkövetési tárgyként való előfordulási aránya 1996 és 1999 között közel tízszeresére, míg a heroiné több mint négyszeresére növekedett.

Év	Ismertté vált bűncselekmények, ahol az elkövetés tárgya:	
	Heroin	Marihuána
1993	24	28
1994	65	59
1995	135	138
1996	90	143
1997	177	261
1998	249	779
1999	411	1.373

(Forrás: ERÜBS)

### • **Lefoglalások**

A lefoglalások tekintetében jelentős változás az amfetamin-származékokkal (MDMA, Ecstasy) és az LSD bélyegekkal kapcsolatban történt. Ezek lefoglalási aránya emelkedett jelentősen.

1993-ban a hatóságok egyetlen Ecstasy tablettát sem foglaltak le, ehhez képest 1996-ban már 5.818, 1997-ben 6.107, 1998-ban pedig 11.857 db-ot. Ezek az adatok

<sup>6</sup> Forrás: Országos Igazságszolgáltatási Tanács

<sup>7</sup> Dr. Vavró István (1999), kézirat

<sup>8</sup> Forrás: ERÜBS (Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika)

is jelzik, hogy hazánkban gyakorlatilag a 90-es évek közepétől kezdett terjedni az Ecstasy fogyasztása. Az LSD lefoglalások száma 1993-ba 64, 1998-ban pedig 3.351 db volt.<sup>9</sup> A jelentős mennyiségű kábítószer lefoglalásokról rendelkezésre álló adatok szerint 1999-ben 4.667 Ecstasy tablettát, 1.928 db LSD-t, 172.703 gramm heroint foglaltak le a hatóságok.<sup>10</sup>

A nemzetközi becslések szerint a bűnüldöző szervek körülbelül 10%-át képesek felderíteni, illetve lefoglalni a forgalomba kerülő kábítószernek.

A lefoglalási adatok sokkal inkább jelzik a bűnüldöző szervek felderítési hatékonyságát és működését, mintsem a tényleges drogpiacon helyzetet. Azonban jelzésként szolgálnak a hazai drogpiacon kínálatról és különböző fajtájú anyagok elterjedtségéről is.

### 3.6. Kábítószer-fogyasztás egyes társadalmi csoportok körében

#### • Drogfogyasztás a középiskolások körében

Az „Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztásáról, valamint dohányzásáról” című európai kutatás (ESPAD '99)<sup>11</sup> Magyarországra vonatkozó adatai szerint 1992-1999 között elsősorban a tiltott szerek fogyasztása nőtt meg a 16 éves középiskolások között, azonban a legális szerek használata sem csökkent. 1995-höz képest 1999-re közel kétszeresére növekedett a másodévesek körében a

A különböző drogfogyasztó magatartások élettartam prevalencia értékei 1999-ben, összehasonlítva az 1995-ben mért adatokkal.		
	1995 2. évfolyam	1999 2. évfolyam
visszaélészerű gyógyszerfogyasztás halmozott életprevalencia értéke (%)	15,3	19,4
visszaélészerű gyógyszerfogyasztás halmozatlan életprevalencia értéke (%)	10,4	9,7
tiltott szerek és inhalánsok együttes életprevalenciaértéke (%)	10,0	19,1
tiltott és legális droghasználat együttes életprevalencia értéke (%)	20,4	28,8

tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes élettartam prevalencia értéke (*élettartam prevalencia*: az adott személy életében legalább egyszer használt valamilyen szer).

A valamely tiltott vagy legális szert kipróbálók aránya az évtized közepén jel-

lemző arányokat 100%-nak tekintve, az évtized végére több mint 40%-al növekedett. 1999-ben az *első és másodéves középiskolások* országos reprezentatív mintáján történt felmérés alapján elmondható, hogy a magyarországi első és másodéves középiskolások 28,8%-a fogyasztott már életében legalább egyszer valamilyen visszaélésre alkalmas tiltott és/vagy legális szert. Ezen belül 17,3% esetben tekinthető biztosan droghasználati célúnak a fogyasztás, ők ugyanis valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst fogyasztottak. 7,8% azoknak az aránya, akik valamilyen gyógy-

<sup>9</sup> Az Országos Rendőrkapitányság és a Vám- és Pénzügyőrség által összesen lefoglalt szerek mennyiségét tüntettük fel. (Forrás:ORFK)

<sup>10</sup> Az Országos Rendőrkapitányság és a Vám- és Pénzügyőrség által jelentős mennyiségű kábítószer-lefoglalási adatokat tüntettük fel. Ezek az adatok nem tartalmazzák a csekély mennyiségre elkövetett "visszaélés kábítószerrel" büncselekmények során lefoglalt szerek mennyiségét. (Forrás:ORFK)

<sup>11</sup> Elekes Zsuzsanna - Paksi Borbála: Középiskolások droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon. Kutatási beszámoló, 1999.

szert visszaélészerűen fogyasztottak, de nem használtak emellett tiltott szer vagy inhalánst (a táblázatban az 1995-ös adatokkal való összehasonlítás miatt csak a 2. osztályosok szerepelnek).

A tiltott szerek közül 1995-ben és jelenleg is a marihuána élettartam prevalencia értéke a legmagasabb. Míg azonban 1995-ben ez az érték nem különült el jelentősen a többi szer élettartam prevalencia értékétől, 1999-re az adatok a marihuána-fogyasztás kiemelkedő elterjedtségét mutatják.

A tiltott szerek és/vagy inhalánsok fogyasztása elsősorban a szakiskolásokra jellemző, őket követik a szakmunkásképző intézményekben tanulók, a szakközépiskolások, végül pedig a gimnazisták. Az alacsonyabb iskolai végzettségű apák gyermekei valamivel magasabb arányban használtak tiltott szereket és/vagy inhalánsokat ebben a középiskolás körben. A tiltott szereket fogyasztók és nem fogyasztók között azonban nem a családi és még csak nem is az iskolai változók mentén lehet különbséget tenni, hanem az életmódjellemzők tekintetében (elsősorban a szabadidős szokások vonatkozásában).

#### • Speciális ifjúsági csoportok kábítószer-fogyasztása

A *diszkóba* járó fiatalok, elsősorban a *techno-acid-house partik* látogatói a kábítószer-használat, elsősorban a szintetikus szerek vonatkozásában fokozottan veszélyeztetett csoportot jelentenek. Egy budapesti hatókörű, a diszkók látogatóival kapcsolatos kutatás<sup>12</sup> szerint a fővárosban a vizsgálati személyek több mint fele használt az elmúlt 30 napban marihuánát. A megkérdezettek átlagos életkora 20,6 év volt. E szer gyakoriságát követi az amfetamin (az elmúlt 30 napban a megkérdezettek 26%-a használta), az LSD és az Ecstasy (az elmúlt 30 napban 16, illetve 13%-uk fogyasztott ilyen szert). Kiemelendő még a heroin-használat gyakori előfordulása (az elmúlt 30 napban a megkérdezettek 4%-a használta). Az adatok tükrözik a külföldön (elsősorban Nyugat-Európában, de a környező országokban is) megfigyelhető tendenciát, a marihuána mellett az ún. szintetikus drogok fogyasztásának előtérbe kerülését. Az első használat legkorábban a 13-14 éves korra esik. A legtöbben 16 évesen próbálkoznak a leggyakrabban használt droggal, a marihuánával.

#### • Kábítószer-fogyasztás a büntetés-végrehajtási intézetekben

Egy, a büntetés-végrehajtási intézetekben végzett felmérés<sup>13</sup> szerint a tiltott szerek használata az elítéltek körében a bekerülésük előtt magasabb volt, mint a normál populációban. Az is kiderült, hogy a magyarországi börtönökben különböző mértékben ugyan, de a legtöbb tiltott szer hozzáférhető. Külföldi felmérésekből tudjuk, hogy a büntetés-végrehajtási intézeteken belüli kábítószer-használat megakadályozása gyakorlatilag nem lehetséges, sőt a börtönnépesség pl. az intravénás droghasználat és az ahhoz kapcsolódó fertőző betegségek (pl. AIDS) tekintetében rizikó csoportot jelent. Ma Magyarországon a büntetés-végrehajtás intézményeiben speciális, kábítószer-használókat kezelő-rehabilitáló programok nincsenek. A BTK új szabályozása révén a büntetés-végrehajtás intézményeiben a kábítószer-használók várhatóan nagyobb számban fognak megjelenni. A büntetés-végrehajtási intézetekben történő

<sup>12</sup> Demetrovics Zsolt: Drog és disco Budapesten. Kutatási beszámoló. Budapesti Szociális Forrásközpont 1998.

<sup>13</sup> Elekes Zsuzsa – Paksi Borbála: Kutatási beszámoló a „Szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása” című kutatásról (Bp. 1997. kézirat)

kábítószer-fogyasztás veszélye kettős. Egyrészt olyanok is függőkké válhatnak, akik azelőtt nem voltak azok. Másrészt az elítéltek egy része büntetésük letöltése után a szervezett bűnözésnek eladósodva, attól függő helyzetben kerül szabadlábra. Jelenleg ezen problémák kezelésére az intézmények, illetve szervezetek nem felkészültek.

### 3.7. Az iskolai drogprevenció helyzete

Egy 1994-95-ös, az ország általános iskoláira kiterjedő vizsgálat<sup>14</sup> megállapította, hogy az iskolák 33%-ában van valamilyen rendszerezett, tantárgyszerűen oktatott iskolai drogprevenció -, ebből következően *az általános iskolák kétharmadában nincs.*

Külföldi tapasztalatokból tudjuk, hogy a prevenció (beleértve a közösségi, a média és az iskolai preveniót) hatásai megbízható adatok formájában csak hosszabb távon, évek múlva jelentkeznek.

Egy 1998. év végén középiskolai pedagógusok körében végzett közvéleménykutatás<sup>15</sup> eredményei szerint a tanárok 90 százaléka szerint nőtt a kábítószer-fogyasztás a középiskolás korúak körében, ugyanakkor csak egyharmaduk ismeri el saját iskolájában a kábítószer-probléma növekedését. Szervezett formában csak 47 %-ban kaptak ismereteket drogmegelőzéssel kapcsolatban illetve a drogok felismerésére vonatkozóan. A pedagógusok 72 %-a szerint a drogmegelőzési tevékenység csak kismértékben, 17 %-uk szerint pedig egyáltalán nem hatékony. 84% nyilatkozott úgy, hogy Magyarországon sürgősen szükség van a drogmegelőzési és felvilágosító tevékenységek fokozására.

### 3.8. Összegzés

A hazai kábítószer-helyzet és a drog-szintér az elmúlt években jelentősen differenciálódott, a szerepek (használók, kereskedők, terjesztők) és a fogyasztási szokások, illetve a fogyasztók társadalmi státusza szerint. Jellemző a marihuána-használat, fenyegetően növekszik a veszélyes (többnyire injekciós) heroin-használat, továbbá a diszkó-drogoknak nevezett szerek fogyasztása (LSD, amfetamin-származékok és az Ecstasy), valamint egyre inkább terjed a különböző veszélyes szerek együttes használata. Megállapíthatjuk, hogy a droghasználóknak feltehetően csak egy töredéke keres valamilyenfajta segítséget kábítószerrel összefüggő problémái kezelésére, és szintén csak töredéküket éri el a büntető-igazságszolgáltatás. Az egészségügyben kezelték számának, illetve a növekedés tendenciájának relatív alacsony volta kapacitási problémákkal is magyarázható. Kiépült prevenió intézményrendszerrel, valamint megfelelő kezeléssel (korai kezelésbevitel, hatékony utógondozás) a már ma is jelentős társadalmi károk - az amerikai és a nyugat-európai tapasztalatok alapján - nagymértékben csökkenthetők lennének. Ugyanakkor mindez a közbiztonságra, az emberek hangulatára is pozitív hatással bírna.

<sup>14</sup> Felvinczi K (1999): "Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesülete". WHO Program Magyarországon. In: Egészségnevelés és gyermekvédelem. (Az Egészségnevelés és Mentálhigiénés Konferencián elhangzott előadások. 1999. 01. 21.), 28-40.o.

<sup>15</sup> Középiskolai pedagógusok a kábítószer-problémáról és a fiatalok kábítószer-fogyasztásáról Magyar Gallup Intézet Budapest, 1998. december – 1999.január

### 3.9. Összefoglaló jellemzők

A hazai kábítószer-probléma két jellegzetessége a hiányos adatok ellenére is megállapítható:

- a hazai kábítószer-használat korábban idézett, különböző jellegű és megbízhatósági mennyiségi mutatói egyaránt jelentősen növekszenek
- a kábítószerhelyzet és az ennek kezelésére szerveződött intézményes ellátási infrastruktúra fejlettsége között jelentős eltérés található (erre részben az adatokból, részben a szakemberek tapasztalataiból következtethetünk).

Ugyanakkor a hazai kábítószer-probléma két jellemző tekintetben különbözik a nyugat-európai országokétól:

- a jelenség elterjedtségének mértékében, valamint
- a kábítószer-probléma kisebb befolyást gyakorol a bűnügyi helyzetre Magyarországon, mint Nyugat-Európa országaiban.

### 3.10. Prognózis

#### **Amennyiben**

nem sikerül gyors és alapvető változásokat elérni a megelőzési- és ellátórendszer tekintetében, amennyiben nem történik a költségvetési források szerkezetében pozitív változás, amennyiben nem sikerül a társadalom intézményes és civil szereplőivel együtt a kedvezőtlen tendenciákon változtatni,

#### **akkor**

Magyarországon az elkövetkező néhány évben a kábítószer-használók száma még feltehetően növekedni fog. Ez a növekedés a prevenciós és terápiás intézményrendszer elégtelenségéből, a bűnüldözés hiányosságából adódhat. Másrészt várható, hogy az epidemiológiai felmérések valósabb képet rajzolnak ki a kábítószer-fogyasztás nagyságáról. Ez a kép a várakozásokhoz képest (és a rendelkezésre álló adatforrásokból becsülhető nagyságrendhez képest) feltehetően kedvezőtlenebb tendenciákat mutatna. Éppen a kezelőrendszer hiányosságai miatt növekedhet az előrehaladott állapotban levő, súlyos testi, lelki és szociális problémákkal küzdő kábítószer-fogyasztók száma. Ebben az esetben a kábítószer-használat társadalmi költségei (a bűnözés okozta károk, a büntetőigazságszolgáltatás és az egészségügyi kezeléssel összefüggő költségek) a jövőben feltehetően erősen emelkednének. Minden bizonnyal emelkedne az ún. szintetikus amfetamin-származékok használata, és aggasztó mértékben a heroinhasználat. A Nyugat-Európában visszaszorulni látszó injekciós használat Magyarországon a többi kelet-európai országhoz hasonlóan növekedő tendenciát mutatna, ami várhatóan kedvezőtlen jelenségeket okozna a fertőzőes megbetegedések területén is (hepatitisz, AIDS). Az első fogyasztás életkora tovább csökkenne, és az általános iskolai korosztályt is viszonylag nagy számban elérheti a drogprobléma.

***Az adatok és a szakemberek tapasztalatai alapján kirajzolódó kép alapján a társadalmi beavatkozás súlypontjává kell tenni az átfogó, a helyi közösségek-***

***ben működő megelőzést, különös tekintettel a családra és az iskolára; a kábítószeresek iránti keresletet csökkentő intézményrendszer fejlesztését (különös tekintettel a kezelő- és rehabilitációs intézményekre); az egyéni és társadalmi kockázatok, valamint a kábítószeresek hozzáférhetőségének, kínálatának csökkentését.***

### 3.11. A kábítószer-fogyasztás társadalmi tényezői

A droghasználat társadalmi okaira vonatkozó kutatásoknak könyvtárnyi irodalma van. Ezek összegzése helyett csak utalunk az ENSZ Kábítószerügyi Bizottsága 1999. évi beszámolójára<sup>16</sup>, ahol a kérdést a nemzetközi közösség szempontjából tárgyalják. A beszámoló megállapításai szerint az illegitim droghasználat világszerte tapasztalható terjedésének hátterében olyan változások állnak, melyek révén a fiatalok egyre erőteljesebben konfrontálódnak a gyors szociális és technológiai változásokkal, valamint az egyre inkább a versengésre épülő társadalommal. Itt a siker kényszere kifejezett, és az egyéni célok elérése hangsúlyozott. Mindeközben a tradicionális értékek és a családi kötelek gyengülnek. A fiatalok növekvő mértékben kitétek a populáris ifjúsági kultúra és a tömegkommunikáció hatásainak, melyek olyan üzeneteket is közvetítenek, melyek bizonyos illegitim szerek fogyasztásával kapcsolatban toleránsak. Ezek az üzenetek olyan hamis képet hoznak létre, hogy a rekreációs droghasználat elfogadható és még előnyös is az anyagi javak fogyasztásának öncélú hajszolása és az egyéni szükségletek kielégítése során. A fiatalok egy jelentős kisebbsége személyes függetlenség- és identitáskeresésük részeként kísérletezik illegális drogokkal, azonban ezzel érettségük elérésével felhagynak. Ebben döntő szerepe van annak, milyen probléma-megoldó kapacitásokkal rendelkeznek. A fejletlen probléma-megoldó és feszültségoldó készségekkel bíró egyének sérülékenyebbek a droghasználat kialakulása és fennmaradása szempontjából.

A droghasználat a társadalom minden rétegében megjelenik, azonban a társadalmi integrációból kiszoruló fiatalok esetében a droghasználat és annak hátrányos következményeinek valószínűsége nagyobb. A droghasználat elleni fellépés ezért csak komplex gazdaságpolitikai, szociálpolitikai, oktatáspolitikai és egészségügyi intézkedésekkel képzelhető el. A gazdaságpolitika és szociálpolitika képes lehet megakadályozni, hogy jelentős rétegek kiszoruljanak az oktatásból, munkaerőpiacról, vagy az általános értelemben vett társadalmi integrációból. Azonban önmagában a jelentős társadalmi életszínvonal-emelkedés sem képes megakadályozni a droghasználat terjedését (Nyugat-Európában a droghasználat nagymérvű elterjedése éppen a jóléti társadalmak kialakulására, az 1950-60-70-es évekre esett). Éppen ezért különös figyelemmel kell lenni a társadalom és a közösségek értékvilágára, a családi és az intézményi nevelés körülményeire, az egyéni fejlődés lehetőségeire.

Az illegitim drogproblémák egy része - az előállítás, a kereskedelem, a terjesztés, a pénzmosás, az illegális vagyonok keletkezése stb. - messze nemcsak (sőt elsősorban nem) a fiatalságot érintő problémák, hanem az egész társadalom, sőt a nemzetközi közösség ügye. A fogyasztással, a függőséggel kapcsolatos kérdések - noha a legnagyobb arányban a fiatal korosztályok körében jelentkezik - sem szűkíthetők le a fiatalokra, pl. éppen társadalmi, egészségügyi, kriminológiai hatásukat tekintve. Mint az egyik legfontosabb társadalmi intervenció, a megelőzés is akkor hatékony, ha abban a társadalom minden szektora és rétege részt vesz.

<sup>16</sup> United Nations: Economic and Social Council (11 January 1999), Commission on Narcotic Drugs, Forty-second session, Vienna, 16-25 March 1999: Reduction of illicit demand for drugs: world situation with regard to drug abuse, with particular emphasis on youth and drug abuse. Youth and drugs: a global overview. Report of the Secretariat.

## 3.12. A jogi környezet

### A hatályos jogi normák

#### 3.12.1. Nemzetközi egyezmények

Magyarország valamennyi kábítószer-konvenciónak a tagja. Az 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezményt, a módosításáról szóló 1972. évi Jegyzőkönyvet és a pszichotrop anyagokról szóló 1971. évi Egyezményt korábbi törvényhozásunk léptette hatályba, míg az 1988. évi ENSZ konvenciót 1996-ban ratifikálta a magyar parlament. Ez utóbbi nemzetközi norma gyakorlati érvényesítése a belső jog, s elsősorban a büntetőjog szabályainak módosításával már az utóbbi két évben végül is megvalósult.

a) A New Yorkban 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény (a továbbiakban: Egyezmény) kihirdetéséről, valamint a módosításáról és kiegészítéséről Genfben 1972. március 25-én kelt jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 1988. évi 17. tvr. egységes szerkezetbe foglalt szövegét rögzítő 1965. évi 4. tvr-ben foglaltakat kell kiemelni.

Ez a norma tekinthető a kábítószer-fogyasztás elleni küzdelem egyik alapidokumentumának. Az Egyezmény végrehajtásával kapcsolatos feladatok ellátását a 8/1968. (II.9.) Korm. rendelet szabályozza.

Az Egyezmény a kérdéshez kapcsolódó egységes fogalom-meghatározásokat, az ellenőrzés alá vont anyagot körét s az azokhoz kapcsolódó ellenőrzési rendszabályok jellegét, mértékét, fokozatát is rögzíti. Az Egyezményben kötelezettséget vállaltunk arra, hogy kizárólag gyógyászati és tudományos célokra korlátozzuk a kábítószerek termelését, gyártását, kivitelét, behozatalát, elosztását, kereskedelmi forgalmát, használatát és tárolását.

Az Egyezmény konkrétan meghatározza a gyártott és importált egyes kábítószerek mennyiségi korlátait, továbbá az ópium-termelést korlátozó, a mákszalma, a kókacserje, a kókalevél és a kannábisz ellenőrzésére vonatkozó cikkelyeket is megtalálhatjuk benne.

b) A pszichotrop anyagokról szóló, Bécsben 1971 februárjában megkötött Egyezményt (a továbbiakban: Egyezmény) az 1979. évi 25. tvr. iktatta a belső jogszabályok közé.

Az Egyezmény az egyes fogalmak értelmezésére szójegyzéket közöl. Választ ad arra: mi a teendő akkor, ha valamely részes állam a pszichotrop anyagok listájára (jegyzékére) tartozónak tekinthető anyagot vél felfedezni. E cikkely részletezi az Egészségügyi Világszervezet, a Bizottság teendőit is. A Bizottság - indokolt esetben - kiegészítheti a pszichotrop anyagok listáját, de az anyag más fejezetbe átsorolására vagy akár annak törléséről is dönthet.

A készítmények ellenőrzésére vonatkozó részletes rendelkezéseket is találhatunk. Az Egyezmény rendezi a mentesítéssel kapcsolatos tájékoztatás rendjét, a Bizottságnak a részleges vagy teljes mentesítésre vonatkozó döntése közzétételének mechanizmusát.



A pszichotrop anyagok gyártásáról, feldolgozásáról, forgalomba hozataláról, behozataláról, kiviteléről, raktározásáról, használatáról a 4/1980. (VI. 24.) EüM-BM együttes rendelet szól. Egyben e rendelet melléklete tartalmazza az eltérő ellenőrzési rendszabályokat igénylő pszichotrop anyagok felsorolását.

c) Nagy horderejű az ENSZ-nek a kábítószeres és a pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása ellen Bécsben 1988-ban kötött Egyezménye. A megállapodás alapvetően bűnügyi vonatkozású, speciálisnak tekinthető olyan nemzetközi norma, amely kiegészíti a korábbi egyezményeket.

Az Egyezmény szerint a szerződő felek kötelezettséget vállalnak az Egyezménnyel összhangban lévő belső törvény és normaalkotási intézkedések megtételére, feltéve, ha az ilyen kodifikációs eljárás a belső jogrendszer alapvető fontosságú rendelkezéseivel összeegyeztethető.

Az Egyezmény a másik állam joghatóságát óvó szabályt is rögzít: e szerint egyetlen fél sem tehet a másik részes állam területén olyan intézkedést, amely a másik állam joghatósága alá tartozik.

Az Egyezmény hangsúlyozza az elkövető egészségügyi kezelésének, nevelésének, utókezelésének, reszocializációjának szükségességét. Meghatározza a súlyosító körülményeket is (pl. a bűnszervezetbeli tagság, az ilyen szervezetek segítése, a bűncselekmény nemzetközi jellege, erőszak vagy fegyver használata, a sértett kiskorúsága, a visszaesés).

Az Egyezmény - felismerve azt, hogy a szervezett bűnözéssel szemben csak a vagyoni alapjának megrendítésével lehet fellépni eredményesen - szigorú elkobzási szabályokat is rögzít. Ennek lényege az, hogy a kábítószeren, a pszichotrop anyagon túl elkobzás alá esett mindaz, amelyet az ilyen cselekmények segítésére szántak, vagy ami az ilyen cselekményekből bármilyen előnyként származott; de azok a dolgok is, amelyek az ilyen ügyletek vagy az ehhez kapcsolódó pénzmossási tranzakciókat bizonyíthatják vagy azok leleplezését szolgálhatják.

### **3.12.2. Kábítószer-rendészeti jogszabályok**

a) A kábítószer-rendészeti tevékenységhez alapvető forrásként szolgál a rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény (Rtv.). E jogszabály tekinthető olyannak, amely a rendszerváltozást követő realitásokat figyelembe veszi, s a rendészeti feladatokat (jogokat, kötelezettségeket) végül is oda telepíti, ahol e feladatok egyáltalán elláthatók.

Az Rtv. meghatározza, hogy a rendőrség rendészeti feladatkörében ellátja a közbiztonságra veszélyes anyagok - s közöttük a kábítószer stb. - előállításával, forgalmazásával és felhasználásával kapcsolatos hatósági feladatokat.

Az államigazgatási adatkezelés kapcsán akként rendelkezik, hogy a rendőrség a rendészeti feladatainak ellátása érdekében a kábítószer, a pszichotrop anyag gyártására, kereskedelmére, az ország területére történő behozatalára, kivitelére, átszállítására, megszerzésére, felhasználására, tárolására, szállítására vonatkozó engedéllyel rendelkezők adatait az engedélyben szereplő, az anyag gyártó- és tárolóhelyét, továbbá a gyártási engedéllyel rendelkezők adatait, valamint az engedély

kiadásának, illetve a visszavonásának feltételeit igazoló adatokat a határozatban szereplő jogosultság megszűnésétől számító 10 évig kezelheti.

b) Az 1988. december 20-án Bécsben kelt ENSZ egyezmény végrehajtására kiadott 65/1999. (V.5) Korm.rendelet „A kábítószeres tiltott gyártásához használt egyes vegyi anyagokkal végzett tevékenységek szabályozásáról” szóló 100/1996. (VII. 12.) Korm. rendelet módosítása foglalkozik a problémával.

Itt nem a végtermékekkel, tehát a kábítószerrel, a pszichotrop anyaggal kapcsolatos tevékenységhez kapcsolódó rendészeti igazgatási feladatokról, hanem az e végtermékek gyártásához szükséges egyes, a jogszabály mellékleteiben közölt ellenőrzött anyagok felhasználásához fűződő igazgatási teendőkről van szó.

### **3.12.3 A kábítószerrel összefüggő tevékenységek büntetőjogi szabályozása**

#### **a) Büntető Törvénykönyv (1978. évi IV. törvény, Btk.)**

A Btk. 282-282/A §-ai szabályozzák a „Visszaélés kábítószerrel” tényállását.

A korábbi, az 1993. évi XVII. törvénnyel bevezetett szabályozás arra a kriminálpolitikai tételre épült, miszerint a büntetőjognak eltérő módon kell kezelnie azokat, akik maguk is részben áldozatoknak tekinthetők, és azokat az elkövetőket, akik a bűncselekmény haszonélvezői.

A szabályozást az eltelt időben több oldalról is kritika érte. A bírálatok alapvetően a csekély, illetve jelentős mennyiség fogalmak tartalmának meghatározásának módjára vonatkoztak, és ebből levezetve merült fel a tényállással szembeni aggály, miszerint az nem nyújt megfelelő lehetőséget a (bűnüldöző) jogalkalmazó számára a fogyasztó és a kereskedő közötti egyértelmű különbségtételhez.

A szükséges korrekció az 1998. évi LXXXVII. törvénnyel történt meg, melynek 83. §-a egyértelmű, normatív választ ad a tényállási elemet képező csekély és jelentős mennyiség fogalmainak tartalmára. Ugyanakkor indokolt volt a Btk. 282-282/A. § szerinti tényállások jelenlegi szabályozási konstrukciójának finomítása is.

A törvény abból indult ki, hogy sem a bírálatokból, sem az eltelt időszak tapasztalataiból nem lehet arra következtetni, miszerint a jogalkotónak változtatnia kellene a szabályozás mögött meghúzódó kriminálpolitikai megfontolásán. A Btk. 282. §-ának módosítása arra irányult, hogy eleve magasabb büntetési tételkeretről induljon azon elkövetési magatartások fenyegetettsége, amelyek a kábítószer "forgalmazását" jelentik, mint azoké, amelyek az "előállítási", "szállítási" tevékenységet jelentenek.

A kábítószerrel visszaélés bűncselekménye korábbi szabályozása alapján a fogyasztás eddig is tiltott magatartás volt. Ezt fejezi ki az elkövetési magatartások közül a "megszerez" kitétel meghatározása. Ugyanakkor a módosítás az egyes elkövetési magatartások közötti különbségtétellel egyértelművé tette, hogy a társadalomra veszélyesség szempontjából a "forgalmazó" típusú magatartások kiemelkedő jelentőségűek.

A törvény a kábítószerrel visszaélés bűncselekményénél új minősített eseteket is meghatároz. A kábítószeres és pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988.

december 20-án Bécsben kelt egyezmény alapján új minősített esetként rendeli büntetni a hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként, a közművelődési intézmény, közhasznú tevékenységet végző szervezet területén, annak környezetében, egyébként közművelődési vagy közhasznú tevékenység helyszínén, továbbá a fegyveres erők és a büntetés-végrehajtás objektumaiban történő elkövetést.

Az 1998. évi LXXXVII. törvény alapvetően változtat a Btk. 282/A. § szerinti rendelkezés korábbi tartalmán. A módosítás arra irányul, hogy miután egyfelől a Btk. 282. § szerinti tényállás tartalmában markánsan megjelenik a kereskedőkkel szembeni szigorú fellépés lehetősége, másfelől a törvény 83. §-a szerinti módosítás egyértelműen rendezi a mennyiségi határokat, emellett a fogyasztóval szembeni differenciált elbánás lehetősége ugyancsak - a jelenleginél - egyértelműbb szabályozáson alapuljon.

A törvény az eredeti kriminálpolitikai tétel keretein belül abból indul ki, hogy akinek a büntetőjog valójában diverziós (elterelési) lehetőséget biztosítani kíván, az a kábítószerfüggőség állapotába eljutott kábítószerfogyasztó. Ez az az állapot, amikor a személy már egyértelműen áldozatnak tekinthető. Ettől különbözik a kábítószer puszta élvezni akaró fogyasztó. A kábítószerfüggőség fennállása tényének megállapítása orvosszakértői feladat. Ezt a megoldást azonban együtt kell vizsgálni az 1998. évi LXXXVIII. törvénnyel, amely a Büntetőeljárásról szóló 1973. évi I. törvényt módosítja.

A nem kábítószer függő fogyasztó számára sem szűkültek az elterelés lehetőségei, mivel az anyagi jogi megoldás helyett az eljárásjogi lehetőségek tere bővült.

Ezzel kapcsolatban lásd a büntetőeljárásról szóló c) pontnál írtakat.

## **b) Szabálysértés**

2000. március 1.-én hatályba lépett az új szabálysértési törvény (1999. évi LXIX. tv.), valamint megjelent az egyes szabálysértésekről szóló új kormányrendelet (218/1999. (XII.28)). Ez utóbbi rendelet 11. §-a tartalmazza a kábítószer-rendészeti szabálysértést, mely a kábítószeres és pszichotrop anyagok rendelkezésre, kiadására, forgalmazására, nyilvántartására, tárolására, elszámolására vonatkozó szabályoknak a büntetőjogi tényállásba nem ütköző módon történő megszegését szankcionálja 100.000 Ft-ig terjedő pénzbírsággal.

## **c) Büntetőeljárásjog**

A büntetőeljárás törvény módosítása a vádemelés elhalasztásának lehetőségét kiterjesztette a felnőtt korú elkövetőkre is. Ez a változás az alkalmi szerhasználókat és a kipróbálókat érinti, a jogszabály az ügyükben eljáró ügyész belátására bízta, hogy elhalasztja-e a vádemelést.

*Megrovásban* kell részesíteni azt, akinek cselekménye a társadalomra való veszélyességének csekély foka vagy csekélyé miatt nem büntethető (Btk. 71.§). A megrovással a hatóság rosszallását fejezi ki, és az elkövetőt figyelmezteti, hogy a jövőben tartózkodjék a bűncselekmény elkövetésétől. Ezt az intézkedést az ügyészség, és a vádemelés esetén a bíróság alkalmazhatja.

Az ügyészség dönthet úgy is, hogy nem megrovást ad, hanem minimum egy, maximum két évre *elhalasztja a vádemelést*. (Be. 147/A.§) Ilyenkor kötelező magatartási szabályokat is megállapíthatnak (pl. alkalmi fogyasztók esetében drogfüggőséget megelőző kezelést.) Amennyiben a megszabott idő alatt a vádlott nem követ el újabb bűncselekményt, és betartja a magatartási szabályokat, megszüntetik az eljárást. Ellenkező esetben vádat emelnek ellene.

Ha az ügyész vádat emel, a bíróság a büntetés kiszabását elhalaszthatja, vagyis az elkövetőt minimum egy, maximum három évre *próbára bocsáthatja*, ha alaposan feltehető, hogy így is elérhető, hogy a vádlott "jó útra térjen". A próbára bocsátás idejére is meg lehet szabni magatartási szabályokat. Ha a próbaidő eredményesen telik el, vagyis a terhelt a magatartási szabályokat betartja, és nem követ el ismét bűncselekményt, az eljárást megszüntetik.

A fenti szankciók mindegyike csak intézkedés, tehát nem büntetés. Az, aki megrovást kap, vagy próbára bocsátják, kaphat erkölcsi bizonyítványt.

A büntetőeljárásról szóló 1973. évi I. törvény 101. §-a a lefoglalásra vonatkozó szabályokat rögzíti. E szerint a hatóság lefoglalhatja azt a dolgot, amely tárgyi bizonyítási eszköz, törvény értelmében elkobozható vagy amelynek birtoklása jogszabályba ütközik. A kábítószer, a pszichotrop anyag egyébként mindhárom feltételnek megfelel. A kábítószer, a pszichotrop anyagok lefoglalása nem szüntethető meg, tekintettel arra, hogy e dolgok – amint arra már történt utalás – feltétel nélkül az elkobzás tárgyát képezi.

A Be. 102. §-ának (4) bekezdése, illetve az 1979. évi 11. tvr. 89. § (2) bekezdése értelmében meg kell, illetve meg lehet semmisíteni azt a bűnjelet, amelynek megsemmisítését a bíróság az ügyész vagy a nyomozó hatóság elrendelte, elkobzását kimondták, azonban megsemmisítéséről nem döntöttek, de eredeti állapotban való értékesítése a közbiztonságot, a közrendet, a közegészséget, vagy a közerkölcsöt sértené, veszélyeztetné.

## 4. ELŐZMÉNYEK

### 4.1. A Nemzeti Stratégia megszületése, előtörténete

A nyolcvanas évek folyamán egyre erősödő igény jelentkezett a nemzetközi szakosított szervezetek körében arra vonatkozóan, hogy az államok egységes és átfogó nemzeti stratégiai szempontrendszer alapján alakítsák a nemzetközi együttműködés keretében drogpolitikájukat. Ennek szükségszerűségét a kábítószer-probléma szer-teágazó, multidiszciplináris és természetéből adódó módon több tárcához való tarto-zása határozta meg.

A kormányzat 1013/1991. (II. 28.) Korm. határozatával kábítószerügyi munkája javítása érdekében létrehozta a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottságot. Ennek a Bizottságnak feladata volt a kábítószer-ügyben illetékes összes minisztérium és szerv munkájának összehangolása, a kábítószer-ellenes küzdelem céljára rendelkezésre álló erőforrások elosztására és felhasználására vonatkozó javaslatok kidolgo-zása, a magasszintű nemzetközi kapcsolatok kialakításának koordinálása és a döntések végrehajtásának folyamatos ellenőrzése mellett a kábítószer-ellenes nemzeti stratégia kialakítása is. Az Országgyűlés 111/1996. (XII. 19.) OGY határozatában döntött a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozandó országgyű-lési eseti bizottság felállításáról. A Bizottság a KTB működését ellentmondásosnak minősítette, és megállapította, hogy nem készült el a kábítószer-ellenes nemzeti stratégia sem. Többek között javaslatot tett a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság megszüntetésére és a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság felállítására. Az Eseti Bizottság álláspontja, hogy a megalakítandó Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság alapvető feladata legyen „a hazai kábítószer-fogyasztás terjedése elleni fellépés összehangolása, és feladatai között szerepeljen a kereslet-, kínálat- és ártalomcsök-kentés egyensúlyára, valamint az állam szerepvállalása mellett a helyi közösségek és a civil szervezetek tevékenységére épülő átfogó összehangolt és multidiszciplináris nemzeti kábítószer-stratégia kidolgozása.”

Az 1039/1998.(III.31.) Korm. határozat értelmében „A Kormány a hazai kábítószer-helyzet alakulására, a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság működésének tapasztalataira, továbbá az Országgyűlés 125/1997. (XII. 18.) OGY határozatában foglaltakra figyelemmel Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságot hoz létre.” A Korm határozat 2. b) pontja értelmében a KKB feladata többek között „a kábítószer-ellenes nemzeti stratégia kialakítása, elfogadását követően a végrehajtásának folyamatos ellenőrzé-se”.

A kábítószer-ellenes nemzeti stratégia kialakításának feladata szerepel a Kormány-programban és a Kormány ez évi munkaprogramjában.

### 4.2. A Nemzeti Stratégia kidolgozásának előzményei

Egy nemzeti stratégia kidolgozásának gondolata és szükségessége a 80-as évek végétől kezdődően, a nemzetközi szervezetek, így többek között az ENSZ Kábító-szer Bizottsága és az Európa Tanács a 1085. ajánlása ismertté válása óta merült fel Magyarországon is, melynek során a nyolcvanas évek végétől kezdődtek meg elő-munkálatok egy átfogó cselekvési terv kialakítására. A különböző elképzelések,

melyek az azóta eltelt időben megszülettek, sajnos nem eredményezhették egy egységes és meghatározó drogpolitika kereteinek kialakulását, mégis a szakmai közgondolkodást befolyásolták és erősítették. Ebben az értelemben a következő kiemelendő előzményekre támaszkodhatunk:

- Átfogó multidiszciplináris tervvázlat a drogabúzus nemzeti kezelésének programjához (vitaanyag) Bácskai Erika – Gerevich József – Lévay Miklós, 1990.
- Programtervezet a budapesti kábítószerproblémák megoldására (Bácskai Erika – Gerevich József - Dropprogram, 1991. április)
- Multidiszciplináris kábítószer kereslet csökkentési stratégia 1. tervvázlata (Kábítószerügyi tárcaközi Bizottság Titkársága – Budapest, 1996. június 17.)
- Az Országgyűlés Kábítószer-fogyasztás Visszaszorítása Érdekében Létrehozott Eseti Bizottsága jelentése illetve annak mellékletei
- Nemzeti Drogstratégia (tervezet) 1998. – Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság
- Fővárosi kábítószer-fogyasztás visszaszorítását szolgáló Cselekvési Program Fővárosi Közgyűlés 1998

Mindezen, részben műfajilag és más szempontból is jelentősen különböző stratégiai tervezetek fontos előkészületet jelentettek, melyek eltérő megközelítéseket, gondolati és szakmai álláspontokat tükröztek. Sajnálatos, hogy egyetlen szempontból mindenképpen megegyeznek: különböző okokból nem válhattak egy országos stratégia alapjává. A bennük megfogalmazott ismeretek és koncepciók azonban jó alapot szolgálnak a továbbgondolásra.

Hasonló módon nélkülözhetetlen segítséget jelentettek a Nemzeti Stratégia kialakításának folyamata során az elmúlt években Magyarországon megjelent szakmai anyagok, szakértői vélemények, tudományos publikációk, kutatások és adatszolgáltatási eredmények, melyek egyrészt önálló publikációkként, másrészt a szakmai folyóiratokban váltak hozzáférhetővé. Mindezek a szakmai keretek egy önálló és elkötelezett szakma megerősödésének is bizonyítékai.

A Nemzeti Stratégia megfogalmazásakor természetesen az egyik első lépés az európai és tengeren túli fejlett országok drogpolitikájának és stratégiai gondolkodásának megismerése volt. Ennek keretében elsősorban is a brit, az amerikai, a holland drogstratégiák részletes elemzésére került sor, de tanultunk a norvég, a dán, a finn, a német és más országok szakmai anyagaiból is. Emellett a nemzetközi szakosított szervezetek szakértői és drogpolitikai állásfoglalásai, kutatási beszámolóí és értékelései voltak segítségünkre.

Az elmúlt időszakban a szakmai ernyőszervezetek mindegyikével, számtalan szakmai szervezettel és több száz szakértővel konzultáltunk, és megismerhettük a fővárosi és vidéki civil és önkormányzati szervezetek véleményét is. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság munkacsoportjaiban a Nemzeti Stratégia tervezetét, struktúráját, értékrendszerét és súlypontjait megvitattuk.

### **4.3. A Nemzeti Stratégia kialakításának munkamódszere**

A Nemzeti Stratégia sokdimenziós tárgyának, a kábítószer-probléma teljes körű megközelítésének és a számos országban már kipróbált és bevált „célprogram megközelítés” (target setting approach) rendszer adta az alapját, mely az Egészségügyi Világszervezet „Egészséget Mindenkinek” stratégiáján alapul. A módszer egyik legfontosabb előnye, hogy segít meghatározni a világos stratégiai irányokat, az

ahhoz tartozó célokat, megfogalmazza az ezen célok eléréséhez szükséges eszközrendszert, és megnevezi a stratégiai célok megvalósítását mérni hivatott eredményességi mutatókat és a hozzá tartozó monitorozási eszközrendszert. A módszer fontos eleme, hogy elősegíti a monitorozás, az értékelés rendszeres megvalósításával az elszámoltathatóságot. Ez adja meg a lehetőséget a korrekcióra.

Ahhoz, hogy megfelelő javulást érhessünk el szűkös erőforrásaink leghatékonyabb elosztásával, olyan stratégiára van szükség, melyben mindenki, aki a kábítószer-probléma visszaszorítását szolgálja, megtalálja helyét és szerepét.

#### **4.4. A Nemzeti Stratégia feladata**

Fontos szempont egy stratégiai terv kialakításakor, hogy pontosan lássuk, mit várhatunk el tőle, mik a vele kapcsolatban felmerülő igények, milyen szükségletek alapján fogalmazódik meg és mely szempontoknak kell megfelelnie.

Ennek értelmében a Nemzeti Stratégia feladata, hogy:

- **meghatározza az alapcélokat és értékeket**, a probléma kezelésének értelmezési kereteit, de egyben vessen számot a stratégia megvalósulásának korlátaival és kockázataival is
- **fogalmazza meg a stratégiai fejlesztés fő irányait** és súlyponti elemeit
- **adjon eligazítást** a színterek és szereplők számára a stratégiában foglaltak megvalósítására vonatkozóan
- legyen képes céljai elérése érdekében **társadalmi konszenzus kialakítására**, a társadalom és csoportjai aktivizálására, az önkormányzatok, a döntéshozó szervek, a civil szervezetek és a helyi közösségek bevonására
- **szolgálja az Európai Unió csatlakozás** és a nemzetközi együttműködés feltételrendszerének teljesítését a drogproblémák hatékony kezelése tekintetében.

#### **4. 5. A kábítószer-probléma visszaszorításának modelljei**

##### **a.) A jelenség értelmezési keretei**

A szakirodalomban a jelenség értelmezésére és magyarázatára különböző modellek jöttek létre. A teljesség igénye nélkül mutatjuk be a fontosabb megközelítéseket.

**Morális-modell:** a kábítószer-fogyasztás erkölcsi probléma, az egyén erkölcsi és akaratgyengességének jele. A társadalom védelme igényli az állam beavatkozását, elsősorban az "erkölcstelen" egyének megbélyegzésével, társadalomból történő kizárásával, esetleg "átnevelésével". A modern társadalomtudományos fejlődés e modell szerepét háttérbe szorította, azonban mint "naív" magyarázó-elvvel, létezésével ma is számolni kell.

**Kriminalizációs-modell:** a kábítószer-fogyasztás bűncselekmény (norma- és jogsértés), amelyet (azaz a kábítószerrel megvalósuló minden cselekményt) a bűnüldözés és az igazságszolgáltatás eszközeivel üldözni és büntetni kell. A fő ellenség a terjesztő, aki saját anyagi érdekei miatt "ártatlan" fogyasztókat vesz rá a kábítószer-használatára. A megközelítés a kábítószer-fogyasztást csak mint

speciális bűnöző magatartást vizsgálja. A bűnüldözés célja a visszatartás és az elrettentés. A modell a megelőzés és a kezelés területei iránt nem érzékeny. A kriminalizációs megközelítést ma már önmagában elégtelennek tartják a kábítószer-kérdés komplex társadalmi értelmezésére.

**Fertőző-betegség-modell:** a kábítószer-fogyasztás járványszerűen terjedő jelenség, amelyet a fogyasztók egymásnak adnak át; a kábítószer pedig - mint valamilyen baktérium vagy vírus - veszélyes ellenfél. A cél a terjedés megakadályozása a terjesztők (ebben az esetben a fogyasztók és a kábítószer-terjesztők, illetve magának a kábítószernek) az izolálásával. Elsősorban a kábítószeres hirtelen megjelenése idején népszerű modell, azonban - többek között a szociokulturális tényezők elhanyagolása miatt - a jelenség finomabb leírására és magyarázatára nem alkalmas.

**Lelki betegség-modell:** a kábítószer-fogyasztás a személyiség fejlődés valamilyen hiányossága vagy torzulása miatt jön létre, esetleg pszichiátriai betegségek és tünetek elfedésére, az azoktól történő megszabadulásra szolgáló eszköz. A kábítószer-fogyasztás így valamely lelki betegség tünete, vagy önmagában is betegségnek minősülő állapot. A megközelítés az egyéni, lelki problémákat túlhangsúlyozza és nélkülözi a társadalom egészét figyelembe vevő szemléletet.

**Szociológiai-modell:** a kábítószer-fogyasztás a társadalom értékrendszerbeli zavarai, anómiás állapota, mely a társadalom szerkezetében kialakult egyenlőtlenségek miatt jön létre; a kábítószer-használó deviáns személy, aki céljait csak a társadalmi normák megsértésével tudja elérni. A megközelítés figyelembe veszi a kábítószer-fogyasztók társadalmi és kulturális sajátosságait, a jelenség terjedésében szerepet játszó társadalmi, gazdasági tényezőket. A modell azt is vizsgálja, ahogyan egy magatartás a társadalmak történetében más-más jelentésre tesz szert. A modell hátránya, hogy a társadalmi cselekvés irányát nem határozza meg – ezt nem is tartja feladatának -, és az egyén pszichés problémái iránt sem érzékeny.

**Multidiszciplináris-modell:** az előző modellekből építkezve a megfelelő empirikus adatokon alapuló azon szociológiai megközelítés, mely a jelenségnek egyfelől a társadalom érték- és normarendszere szempontjából elfoglalt helyét, másfelől az egyének, családok, közösségek szocializációs szerepét veszi figyelembe. Felhasználja a modern kriminológia és pszichiátria, valamint más tudományok eredményeit (pl. gyógyszer-tan, genetika, társadalom-statisztika, népegészségügy). Számol a probléma összetettségével és annak kezelésére hivatott szakmák sokszínűségével. A megközelítés tekintetbe veszi azt a tényt is, hogy a kábítószer-fogyasztás befolyásolására irányuló társadalmi cselekvés maga is hozzájárul a jelenség átalakulásához, kezelhetőbbé vagy éppen kezelhetetlenebbé válásához.

## **b.) A jelenség befolyásolásának modelljei**

Az előző pontban leírtak átvezetnek a jelenség kezelésére hivatott módzatokhoz. Azt, hogy a jelenség értelmezésén túl milyen módzat alakul ki egy társadalomban a probléma kezelése tekintetében, számos tényezőtől függ. Többféle szakmai és más érdekcsoport, illetve a közvélemény és a politika tagoltsága maga is többértűen befolyásolja az értelmezést.



**Prohibicionalista megközelítés:** a kábítószeres illegális használatának teljes tilalmán alapuló megközelítés. Ez a megfogalmazás e modell megértéséhez kevéssé visz közel, mivel a nemzetközi egyezmények a kábítószernek minősülő anyagokhoz kapcsolódó törvénybe ütköző cselekményeket szankcionálják. De különbség van a tiltás mértékében, a szankciók nagyságában, a szankcionálandó cselekmények és magatartásformák tekintetében (pl. ilyen a fogyasztás megítélése). A „tisztá” prohibíció a kábítószerrel kapcsolatos minden illegális cselekményt tilt és súlyosan szankcionál; a tiltást mind a keresleti, mind a kínálati oldalon érvényesíti: a kábítószeres használat megakadályozása, a terjesztés és a fogyasztás szankcionálása megakadályozza a fogyasztás terjedését, végső soron a jelenség felszámolását eredményezi.

A megközelítés a fogyasztót a terjesztő áldozatának tartja, de cselekménye olyan mértékben veszélyezteti környezetét és a társadalmat, hogy még önmagában ezt a cselekményt is bünteti. A modell nem tesz különbséget a kábítószeres cselekmények között veszélyesség szempontjából. A modell - bár koherens logikára épít - nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket; hiszen a társadalmi beavatkozás gyakran ellentétes, előre nem kiszámolható hatásokkal jár: a probléma súlyosbodik, a jelenségben érintettek rejtőzködőbbekké válnak, vagy a jelenséghez társuló más jelenség (pl. a kábítószeres használat társuló AIDS) felborítja a modell értelmezési kereteit. A fokozott szankcionálás miatt a kábítószeres használat kapcsolódó kriminalitás és korrupció növekszik, következményesen az illegális bevételek, a pénzmosás is. A modell alkalmazása rendkívül forrásigényes, de teljes hatáskörrel még nagy költségráfordítás mellett sem valósítható meg a „zéró-tolerancia” elve. Ez a megközelítés leegyszerűsített formájában figyelmen kívül hagyva az ENSZ ajánlásait is a szankcionálás hatékonysága érdekében összpontosított erőfeszítései miatt nem tekinti feladatának a megelőzés és kezelés feladatait.

**„Normalizáló” megközelítés:** a kábítószeres cselekmények egy csoportját, nevezetesen a kannabisz-származékokat elkülöníti. Ezek fogyasztóival (és a terjesztés bizonyos formáival) kapcsolatban nem alkalmaz tiltásokat. Kiindulópontja szerint a „lágy” szerek csak kevéssé veszélyesek a társadalomra, és a „megengedő” kábítószer-politikával elejét lehet venni a veszélyesebb szerek fogyasztásának. Elsősorban a „holland-modellként” ismeretes; más szocio-kulturális közegben valószínűleg ezek a jogpolitikai intézkedések nem valósíthatók meg. E megközelítés kritikusainak egyik fő érve a „lágy” szerek és a veszélyesebb szerek közötti nyilvánvaló kapcsolat, a másik pedig az, hogy ezzel a társadalom nem küld egyértelmű üzenetet tagjai felé, a kábítószer-fogyasztás egyes formáit ugyanis beemeli a társadalmilag elfogadott cselekmények körébe, ezzel a deviáns és nem deviáns közötti határt jelentősen kitolja. A nemzetközi szerződések sem teszik lehetővé e megközelítés elterjesztését.

**Dekriminalizációs és legalizációs megközelítés:** előbbi szerint a kábítószeres cselekmények (jelesül a fogyasztás, tartás) nem képeznek bűncselekményt, utóbbi fogalom pedig azon csoportok célkitűzését jelenti, amelyek egyes kábítószeres cselekményeket (vagy az összeset) ki akarják vonni a büntetőjogi kontroll alól. Az érv úgy szól, hogy ezzel államilag, vagy a nyílt piac által szabályozható piaca alakulna ki a drogoknak, megszűnne az illegális kereskedelem és a vele összefonódó kriminalitás és szervezett bűnözés. A kábítószeres cselekmények legalizálását a nemzetközi közösség nem tartja megengedhetőnek; minden ENSZ és EU szerződés ezek tilalmát tartalmazza: a kábítószer-fogyasztás olyan ve-

szély, mely legálissá válva a jelenleginél súlyosabb egyéni és társadalmi problémákat okozna, vélt előnyös hatásai bekövetkezésére pedig nincs garancia.

**A kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő megközelítés:** a nemzetközi közösség (ENSZ, EU) ezt a megközelítést tartja előnyösnek, ezért dokumentumaiban ezt ajánlja, felismerve, hogy amíg van kereslet, addig kínálat is létezik. Önmagukban tehát a kínálati oldalon ható beavatkozások feltétlenül szükségesek, de nem elegendők. A büntető-igazságszolgáltatás eszközei mellett a megfelelő megelőzésre és a problémákkal küzdő kábítószer-fogyasztó egészségügyi és szociális kezelésére is szükség van. A kábítószer-fogyasztás jelensége nem különíthető el a társadalmi problémáktól, így többek között az egyenlőtlenség, szegénység, munkanélküliség, társadalmi leszakadás és marginalizáció kérdéseitől. A nemzetközi dokumentumokban megfigyelhető a keresletcsökkentés szerepének növekedése (a korábban elsősorban a kínálati oldallal foglalkozó szabályozás mellett), sőt egyes ajánlások a kábítószer-használat okozta egyéni és társadalmi ártalmak mérséklését is célul tűzik ki. Ez a cél egy „tisztán” prohibíciós modellben nem képzelhető el. Az egyes országok között eltérések vannak a kábítószer-használata súlyosságának megítélésében, vagy éppen a kábítószer mennyisége és büntetési tételeivel kapcsolatban, a fogyasztás büntetőjogi megítélésében (egyszeri, alkalmi, visszatérő fogyasztó, továbbá fogyasztó és beteg függő), valamint a büntetőeljárás alternatívája alkalmazásának kiterjedtsége tekintetében. Eltérés lehet az ártalomcsökkentő módszerek megítélésében is. Egyetértés mutatkozik azonban abban, hogy a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyán alapuló beavatkozási politika a kábítószer-használók differenciáltabb megítélése, a prevenció, a terápia és a büntető-igazságszolgáltatás gyakorlatának együttes és összehangolt alkalmazása révén vezethet egyedül eredményre.

**A Kormány összhangban programjával és a nemzetközi ajánlások értelmében a jelenség értelmezési modelljei közül a multidiszciplináris, a probléma befolyásolása tekintetében pedig a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő megközelítést fogadja el.**

## **5. A NEMZETI STRATÉGIA CÉLJAI**

A Nemzeti Stratégia célrendszerét egy általános és négy fő célra osztottuk fel. Ezek a következők:

### **5.1. Általános cél**

**A harmadik évezred küszöbén egy szabad, magabiztos és produktív társadalom kialakításának képe vezérel bennünket. Ez a társadalom az emberi méltóságot, a testi, lelki és szociális jól-létet illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságúnak tartja. E tényezők megóvása és fejlesztése érdekében a társadalom képes kezelni a drogok használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat.**

**A kábítószer-probléma valamennyiünket érint és együttes cselekvésre készítet. Az állam és intézményei az együttes cselekvésben jelentős szerepet kapnak.**

### **5.2. Fő célok**

- 1. A társadalom váljon érzékennyé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés)**
- 2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés)**
- 3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció)**
- 4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálatcsökkentés)**

A Nemzeti Stratégia általános és fő céljaira vonatkozó társadalmi konszenzus megoldást jelenthet a kábítószeres kihívásával szemben. Az egymásból építkező és egymást feltételező célok alkotta átfogó program hivatott a lehetőségek szerint minimalizálni az egyéni és társadalmi károkat és maximalizálni a beavatkozások, kezelői intézményrendszer és a társadalmi közös cselekvések hatékonyságát.

### **5.3. A stratégia alapelvei**

- A tények elsőbbsége**

A Nemzeti Stratégia a tudományos kutatások által feltárt tényekre, és nem vélekedésekre épít. A beavatkozások közül a megalapozott módszereket pártolja.

- **Partnerség, közös cselekvés**

A Nemzeti Stratégia egyrészt a társadalom és az állami intézményrendszer szervezeteinek összefogására épít, másrészt számít a helyi közösségek alkotó tagjainak együttműködésére. Felismeri, hogy az összehangolt és együttes cselekvések megsokszorozzák hatásukat és eredményességüket. Figyelembe veszi a családok, az iskola és a helyi közösségek igényeit. Igényli és előmozdítja az együttműködést helyi, regionális, országos és nemzetközi szinteken egyaránt.

- **Átfogó megközelítés**

A drogprobléma kezelése egy sokdimenziós, kiegyensúlyozott és jól tagolt megközelítést igényel, melyben egyaránt fontos helye van a megelőzés, a nevelés, a kezelés, a kutatás, a munkahelyi programok, a bűnüldözés és még számos más terület hozzájárulásának. A kábítószer-probléma visszaszorítása különféle szakmák és területek együttes, összehangolt cselekvését kívánja meg. Egy-egy szakma a kérdés megoldását nem sajátíthatja ki és nem is vállalhatja magára.

- **Elszámoltathatóság**

A Nemzeti Stratégia minden esetben feltüntet olyan eredményességi mutatókat, melyekkel a célok elérése vizsgálható. Így a Stratégia teljesítése áttekinthetővé és a költségráfordítás ellenőrizhetővé válik. Meghatározott időközönként elvégezzük a Nemzeti Stratégia felülvizsgálatát.

- **Hosszú távra történő tervezés**

Külföldi tapasztalatok alapján a kábítószer-probléma visszaszorítása csak hosszú időtávokban valósítható meg. Rövid távra tervezett megoldások nem vezethetnek eredményre, amikor az aktuális veszélyek kezelése mellett egy új generáció drogokhoz való viszonyának alakulásáért is felelősek vagyunk.

#### **5.4. A stratégia eszközrendszere**

- A drogpolitika kialakításába be kell vonni az állampolgárok és közösségeik minél szélesebb rétegeit, a civil szerveződéseket, valamint a problémával szembekerülő állami-önkormányzati intézményrendszert. Szükséges az egészségügy, az oktatásügy, az ifjúságpolitika, a gyermek- és családvédelem szakembereinek és intézményeinek **együttműködése**.
- A Nemzeti Stratégia komoly **fejlesztési feladatokat** tűz ki a megelőző-egészségfejlesztő tevékenységet végző állami és civil szervezetek és intézmények, a gyógyításban résztvevő intézmények, valamint a drogok hozzáférhetőségét csökkentő és a drogokhoz kapcsolódó bűnözést visszaszorítani hivatott állami szervezetek számára.

- A kábítószer-probléma kezelésében széleskörű **társadalmi konszenzust** kell kialakítani a probléma súlyának és a megoldás felé vezető út fontosabb állomásainak tekintetében. A kábítószer-probléma egyes vonatkozásai a társadalom széles rétegeit érintik, ezért a megoldás is társadalmi összefogást kíván.
- A **Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság** megvalósítja a politikai szintű egyeztetést a különböző tárcák között és biztosítja, hogy Magyarország megfeleljen a nemzetközi egyezményekben vállalt feladatainak. A kábítószer-probléma kezelésének szakmai módszereit a szakembereknek kell kidolgozniuk, illetve a már működő programokat nagyobb hatóságúakká kell kiterjeszteniük. Ennek a célnak az eléréséhez a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság munkacsoportjai ösztönzést adnak.

Magyarország teljesíti a három ENSZ egyezményben vállalt kötelezettségeit Magyarország figyelembe veszi a Gyermek Jogairól szóló Egyezményt (33. cikk: a gyermekek védelme a narkotikumoktól és a pszichotrop anyagoktól). Magyarország tekintettel van az ENSZ Közgyűlésének a kábítószer-problémákkal kapcsolatos különleges ülészaka Politikai Deklarációjában foglaltakra (1998. június 8-10), a keresletcsökkentés kívánatos irányát kijelölő javaslatokra, (melyet megerősítenek az ENSZ korábbi, hasonló állásfoglalásai, így az Átfogó Multidiszciplináris Terv [1987] és a Globális Akcióterv [1990] a keresletcsökkentés vonatkozásában ).

- .
- Magyarország elfogadja az Európa Tanács, illetve az Európai Unió megfelelő egyezményeit és ajánlásait, biztosítja a Magyar Köztársaság és az Európai Közösségek közötti társulás létesítéséről szóló Európai Megállapodásban a kábítószer-problémára vonatkozó rendelkezések (86. cikk: A pénz tisztára mosása, 96. cikk: kábítószer) végrehajtását. A Kormány kábítószer-problémával kapcsolatos Nemzeti Stratégiája figyelembe veszi az Európai Unió létesítéséről szóló Maastrichti Szerződést módosító Amszterdami Szerződésben foglaltakat, valamint a Schengeni Megállapodásokat (Schengeni Megállapodás és Végrehajtási Szerződés), az EU Szervezett Bűnözés Elleni Akciótervét és a 2000-2004-ig terjedő időszakra kidolgozott Kábítószer-ellenes Akcióprogramját.

### 5.5. A Nemzeti Stratégia felépítése

A Nemzeti Stratégia a magyarországi kábítószer-helyzet elemzéséből és a várható tendenciákból kiindulva fogalmazta meg egy átfogó és négy részletesebb célját. A Nemzeti Stratégia **elkészítésénél** „**hosszú távú**”, „**közép távú**” célokat valamint „**rövid távú célokat**” határoz meg.

- **Hosszú távú célrendszer:** a 2009-ig elérni szándékozott célok megvalósításához szükséges cselekvések összessége. Az elkövetkező tíz év döntő lehet a kábítószer-kérdés magyarországi kezelésének tekintetében. Ezért rendkívül fontos, hogy az általános cél elérése érdekében határozott célrendszerrel rendelkezünk. Ebből következnek a
- **Közép távú célok**, melyek a 2000-2002 költségvetési évek vonatkozásában határozzák meg a tennivalókat.
- **A rövid távú célok** a közvetlen előttünk álló és a középtávú célokat megvalósítani hivatott feladatokat sorolja fel.

Az egyes célcsoportok között természetes összefüggés van: a hosszú távú célokhoz rendeltük alá a közép távú célokat és azokhoz a rövid távúakat. A hosszú távú célok között olyanok is vannak, melyek a Nemzeti Stratégia közvetett hatásaival számolnak, azaz nemcsak a rövid távú célrendszerben leírtak megvalósulását, hanem a társadalmi cselekvés indirekt hatásait is tekintetbe veszik.

A hosszú, közép, illetve a rövid távú célokban szereplő pontok közötti viszony azonban nem egy az egyben feleltethető meg: a cselekvési terv egy akciója több célhoz is hozzájárulhat, de egy hosszú távú célt adott esetben csak több akcióval és több részcel (közép távú cél) megvalósításával érhetünk el. A célérés méréséhez indikátorokat fogalmaztunk meg, valamint olyan módszereket, melyekkel ezek az indikátorok mérhetőkké, vagy legalábbis becsülhetőkké válnak.

Egy-egy indikátor – hasonlóan a rövid távú célok-célérés problémájához - komplex folyamatokat és célérést monitorozhat; ugyanakkor más esetben egy-egy cél elérését több indikátor egyidejű figyelemmel kísérésével vizsgálhatjuk. Sok esetben - tekintve, hogy a kiinduláshoz használható pontos és megbízható alapadatok sem állnak mindig rendelkezésre - a célok elérését nem számszerűsíthetjük, hanem olyan általános fogalmakat kell használnunk, mint hogy az adott mutató „javuljon”, vagy az adott szolgáltatást igénybevevők köre „bővüljön”.

A Nemzeti Stratégia melléklete tartalmazza a rövid távú célok és a monitorozás költségigényét, illetve a megvalósításban szerepet játszó államigazgatási intézményeket.

## **5.6. A Nemzeti Stratégia végrehajtása, monitorozása és hatékonyság-vizsgálata**

A Nemzeti Stratégia széles körű társadalmi konszenzuson kell, hogy nyugodjon.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság feladata a Nemzeti Stratégia végrehajtásának ellenőrzése, az egyes tárcák és az állami intézményrendszer működésének koordinálása, az ágazati szemléletek közelítése. A KKB feladata, hogy évente tájékoztassa a Kormányt a magyarországi droghelyzet alakulásáról és a Nemzeti Stratégia megvalósulásának értékeléséről.

A végrehajtás eszközrendszerében a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok töltnek be fontos szerepet. Éves beszámolóikat a KKB alá rendelt koordinatív titkárság összesíti. Ugyanez az intézmény a monitorozással kapcsolatban leírt (a monitorozás indikátorai és eszközrendszere) vizsgálatokat és adatgyűjtést kezdeményez, illetve folytat. Ezekből az adatokból, illetve a terület kulcsszemélyeivel folytatott interjúkból megállapítja a Nemzeti Stratégia végrehajtásának és hatásának tapasztalatait, a végrehajtás során felmerülő nehézségeket. Ezeket a KKB felé továbbítja, mely tárcaszintű egyeztetésekkel igyekszik kiküszöbölni a problémákat. A KKB titkársága éves jelentést készít a Nemzeti Stratégia végrehajtásáról és megvalósulásáról, a magyarországi kábítószer-helyzetben és a kábítószer-probléma kezelésével foglalkozó intézményrendszer működésében bekövetkező változásokról. Ezt a jelentést a KKB megtárgyalja és felhasználja a Kormány számára készített beszámolójához.

A KKB évente értékeli a Nemzeti Stratégia megvalósulását, két évente pedig elvégzeti a Stratégia és az ellátó intézményrendszer átvilágítását és hatékonyság-vizsgálatát. A Kormány ugyancsak két évente – első alkalommal az Országgyűlés 2001. évi őszi ülésén – jelentést készít a Programban foglaltak megvalósulásáról az Országgyűlés számára.

Ennek a céljának megvalósítása érdekében a KKB igénybe veszi a módszertani illetve más tudományos és kutató intézetek eredményeit.

---

## 6. A CÉLOK RÉSZLETEZÉSE

**6.1. Közösség, együttműködés - A társadalom váljon érzékeny a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában**

### Összefoglalás:

A Nemzeti Stratégia eredményességének legfontosabb letéteményese a helyi közösség. A helyi települési szinten történő összefogások és összehangolt cselekvések döntő módon tudják befolyásolni a probléma kezelését. Minden eredményes megelőzés a családban kezdődik. A szülők értékvilágának és mintaszerepének megléte vagy hiánya alapvető hatással van a probléma kialakulására vagy annak megakadályozására. Szükséges minden, az emberi közösség legalapvetőbb formáival - család, szomszédság, lakóhelyi közösség, stb. - kapcsolatos cselekvések és összefogások erősítése. Ezért számítunk a családok, a hozzátartozók, a pedagógusok, a helyi szakemberek, a segítők, a lelkészek és a gyülekezetek valamint az önkormányzat életének irányítói együttműködésére. Nem képzelhető el jelentős elmozdulás a probléma kezelése területén a fiatalok erkölcsi tudatosságának fejlesztése nélkül.

A helyi közösség drogpolitikájának motorja a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum, mely összehangolja a helyi intézkedéseket és kezdeményezéseket valamint fórumot teremt az országos célokkal párhuzamosan a helyi közösség területén működő intézmények számára. A Fórum az a fontos láncszem, mely biztosítja a stratégiai gondolatok valósággá válását.

A drogpolitika az epidemiológiai kutatások és országos adatszolgáltatók (az OSAP rendszere) működésén alapul: az adatokból a jelenlegi kábítószerhelyzetre és annak az intézkedések hatására bekövetkező alakulására lehet következtetni, valamint a legfontosabb elkövetkezendő teendőkre. A közösségekben folyó drogmegelőző munkát a drogproblémákkal foglalkozó, elsősorban a prevenciót végző intézményrendszer átvilágítása segítheti: ezzel feltárhatjuk az intézmények hatékonyságát, erős és gyenge pontjait, kapacitásait, a fejlesztés helyi irányát, a működés költség-hatékonysági mutatóit. Szükséges a jogszabályi környezet áttekintése is, pl. a drogmentes szórakozás szintereinek megteremtése érdekében (szórakozóhelyek engedélyezési eljárása). Ehhez kapcsolódik a helyi drogprevenciós szolgáltatások körének kiszélesítése és a helyi drogszakemberek képzésének rendszerűvé tétele. A nemzetközi kötelezettségek és ajánlások figyelembevételével között az EU normákhoz igazodó nemzeti droginformációs központ, az úgynevezett Focal Point létrehozása a legelső teendő. Ez a központ egyben az adatgyűjtés és - elsősorban - a döntéshozók, valamint a közigazgatás és a politika világa felé megnyilvánuló adatösszesítés és -szolgáltatás fő eszköze is.

### 6.1.1. A cél szemléleti kerete

A helyi közösségek kiemelkedő szerepet játszanak a drogproblémák kezelésében, hiszen a kábítószer-fogyasztás jelensége alapvetően az egyének, a családok és a helyi közösségek problémája. Itt keletkezik és itt válik először felismerhetővé. Helyben történő meghatározása döntő a későbbi kezelésében, hiszen a helyi közösség érzékenységtől, elkötelezettségétől és felkészültségétől nagy mértékben függ a beavatkozás sikere. A helyi közösség számos előfeltételt fogalmaz meg, és jelentős mértékben különböző elkötelezettséggel bírhat: Így például lehetséges, hogy

- nem kíván tudomást venni a problémáról;
- szenzációs "médiá" eseménnyé alakítja azt;
- rendőrségi ügyként vagy kizárólag "ifjúsági problémaként" kezeli,
- elfogadja, hogy a probléma beleágyazódik a fiatalok korosztályi és élethelyzetébe, szabad-időeltöltési és más, kulturális szokásaiba,
- megszervezi a helyi szolgáltatások és beavatkozási lehetőségeket az egyén és a közösség érdekében.

A helyi közösség képes arra is, hogy ne csak a fiatalok illegális droghasználatával foglalkozzon, hanem a fiatalok és a felnőttek alkoholfogyasztásával, dohányzásával, túlzott és orvosilag nem indokolható gyógyszerfogyasztásával vagy más kockázati magatartásával is. A helyi közösségben jelentkező mentálhigiénés problémák olyan tényezők, melyek bizonyos valószínűséggel előidézhetik vagy fenntarthatják az elsősorban a fiatalabb korosztályokra jellemző kábítószer-használatot.

Ugyancsak a helyi közösség az, amely a legközvetlenebb szinten tudja a drogproblémát kezelni, lehetőséget biztosítva a helyi erőforrások mobilizálására: a családok, a közösségek, a civil társadalom, az egyházak és a szakirányú segítő és más közösségi intézmények mozgósítására. Mivel helyi szinten a drogproblémák méretüket és minőségüket tekintve sokféle formában jelennek meg, a probléma felismerésében és kezelésében a helyi közösségeknek és a helyi önkormányzatoknak döntő szerepe van. A kormánynak minden támogatást meg kell adnia az önkormányzatoknak tevékenységük leghatékonyabb megvalósításához. A helyi közösségek és intézményeik azonban országos stratégia és "felhatalmazás" hiányában nehezen találják meg feladatukat, hiszen egyrészt erőfeszítéseik is csupán össztársadalmi összefüggésben lehetnek hatékonyak, másrészt túl erős lehet a versengés a helyi és központi erőforrásokért, a kompetenciahatárok meghúzásáért. A Nemzeti Stratégia (és a hozzá kapcsolódó szakmai állásfoglalások) helyi változatainak kidolgozása segít megoldani ezeket a problémákat, mert országos szinten irányelveket szab meg e kérdések megválaszolásához. Fontos, hogy a helyi közösségekben megvalósuló cselekvések a nemzetközi együttműködések szellemében és mindazon ajánlások alapján történjenek, melyek elsősorban az európai tapasztalatok alapján fogalmazódtak meg. Így a helyi összefogás a nemzetközi együttműködés megvalósulása lesz a konkrét közösségben.

#### A közösségi szintek:

- család
- lakóközösség
- munkahely
- helyi közösség, önkormányzat
- a társadalom, mint közösség
- nemzetközi együttműködés

A Nemzeti Stratégia kulcstényezői a helyi **Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok**. Ezekben a bizottságokban a helyi állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviseltetik magukat: a prevenció és a terápia világának szereplői, valamint az ezeket szervezeti szinten összefogó ÁNTSZ-ek, a közösségfejlesztés szervezetei, a gyermekjóléti szolgálatok, valamint az igazságszolgáltatás, a büntetés-végrehajtás, a rendőrség és az önkormányzat szakosított szerveinek képviselői. Ezek a 8-10 fős



bizottságok gyűjtik össze a helyi drogproblémákkal kapcsolatos információkat, monitorozzák a változásokat, meghatározzák a legfontosabb rizikó csoportokat, megállapítják a közösségi prevenció célkitűzéseit, a terápia lehetőségeit, egyben pedig a prevenciós, közösségfejlesztő és terápiás kapacitásokat is nyilvántartják. Biztosítják a helyi szolgáltatásokról szóló információk elérhetőségét a helyi közösség tagjai számára. Évenként tervet készítenek a helyi feladatokról - összhangban a Nemzeti Stratégia célkitűzéseivel -, majd év végén beszámolót készítenek az elvégzett munkáról. A beszámolót a helyi közösség tagjaival megismertetik és elküldik a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak, az országjelentés elkészítése céljából.

### **6.1.2. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórum a helyi közösségben**

- feltárja az adatokat,
- helyzetértékelést végez,
- feltérképezi a szükséges feladatokat,
- biztosítja az információáramlást,
- javaslatokat fogalmaz meg a helyi közigazgatás számára,
- segít a helyi erőforrások mozgósításában,
- összehangolja a helyi szereplők tevékenységét,
- kiszűri a párhuzamosságokat és
- maximalizálja a szolgáltatók hatékonyságát,
- kapcsolódik az országos programokhoz,
- végül visszacsatolást eszközöl a helyi és országos szintekhez.

### **6.1.3. Hosszú távú célok**

- **A drogproblémák kezelése iránt érzékenyebb, működő közösségek kialakítása.** A drogproblémák felismerése és kezelése nem választható el a működő közösségek jelenlététől. A drogproblémák nem izoláltan jelennek meg egy-egy szűk csoportot érintve, hanem kapcsolódnak a fiatalok életkörülményeihez, lehetőségeikhez, szabadidő-eltöltési szokásaikhoz (akkor is, ha valójában csak egy szűk droghasználói kört érintenek), mentálhigiénés állapotukhoz. A drogproblémákkal hatékonyan megküzdni képes közösségek kialakítása érinti a családok szocializációs működését és értékszemléletét, az iskola világát (ezzel a II. fejezetben foglalkozunk), a munkahelyeket, a szabadidő eltöltési lehetőségeket, a helyi kisebb közösségeket, az egyházi csoportokat stb. Speciális kérdésként merülnek fel a közösségbe a büntetés-végrehajtás intézményeiből visszatérő kábítószerfogyasztók. A működő közösségek érdekében a következő célokat kell megvalósítani:
  - **A családok érzékenyebbé tétele a drogproblémák felismerésében és kezelésében.** A család közvetítsen olyan értékeket és normákat, melyek képessé teszik a gyermekeket a konstruktív életstílus kialakítására és a drogok elutasítására. A családi szocializáció döntő a droghasználat megelőzésében, az esetlegesen jelentkező drogproblémák kezelése esetében pedig a családok viszonyulása és a családokkal folytatott segítő munka válik fontossá. Jelenleg a családok nem rendelkeznek megfelelő információkkal és módszerekkel a droghasználat megelőzését, felismerését és kezelését szolgáló szervezeteket illetően. Ennek eszköze információs kiadványok eljuttatása a szülőkhöz, ezt a célt szolgáló média programok, drogkérdésekkel foglalkozó szülői értekezletek, tanácsadó szolgáltatások. Fontosnak tartjuk öntevékeny drogellenes szülői csoportok megszerveződését is. Mindezek az eszközök segíthetik a szülői, családi és segítői szerepkörök tudatosítását, a szükséges információk és készségek megszerzését és az

eredményes szocializációhoz elengedhetetlenül szükséges családi és közösségi kohézió kialakulását vagy erősítését. A drogfogyasztás kialakulása szempontjából veszélyeztetett családok számára a családbarát szociálpolitika eszközeivel kell segítséget nyújtani.

- **Munkahelyi drogpolitikák kidolgozása, drogmentes munkahely program kiszélesítése.** Veszélyes munkahelyeken a munkavállaló és a munkahelyi közösség védelme, valamint a biztonságos munkavégzés érdekében a droghasználatot meg kell előzni ellenőrzésekkel is, a droghasználók és a lelkiileg-szociálisan veszélyeztetettek számára speciális, munkahely-alapú megelőző-kezelő programokat kell beindítani. Ebben a foglalkozás-egészségügynek kiemelt szerep jut. A szűrésnek akkor van értelme, ha egy tágabb, megelőző-kezelő program része. A munkahelyi programok a munkavállaló és a munkaadó számára egyaránt költségkímélők. Külföldön eredményesen működnek ilyen programok, Magyarországon elsősorban is a munkahelyi alkoholizmus-megelőző programokkal kapcsolatban vannak már jó tapasztalatok (noha azok is csak kísérleti stádiumban vannak).
- **Elterjedt drogmentes szórakozási lehetőségek, ezen belül a biztonságos szórakozóhelyek számának növelése.** Tudomásul véve azt a jelenséget, hogy a fiatalok szabadidő eltöltési szokásai jelenleg szórakozóhelyekhez kötődnek. Ez azonban nem zárja ki annak szükségességét, hogy a fiatalok a helyi közösségben a szabadidő eltöltési formák és a sport változatos és értékorientált formáit ne vehessék igénybe. Ezek a célkitűzések azonban már meghaladják a Nemzeti Stratégia kereteit. A diszkók működési engedélyének kiadása területén a hatályos jogszabályokat az illetékes szerveknek a jelenleginél hatékonyabban szükséges érvényesítenie és betartatnia. Emellett az ellenőrzés folyamatába kell illeszteni olyan elveket, melyek a biztonságos szórakozást lehetővé teszik: az üzemeltetőnek biztosítania kell a túlzásfoltosság elkerülését, a megfelelő szellőzést, a folyóvíz biztosítását, a személyzet célirányos képzését és ellenőrizhetőségét, a helyszínen elérhető információs anyagokat, elsősegélyhelyet, együttműködést a helyi segítő szervezetekkel és intézményekkel.
- **A büntetés-végrehajtás intézményeiből szabadult, kábítószer-fogyasztók reintegrálása a közösségbe,** elkerülve társadalmi kirekesztődésüket. Ehhez széleskörű intézményhálózatra van szükség, együttműködve az egészségügyi és szociális ellátás szervezeteivel (pl. védett munkahelyek és szállások, átképzési programok, rehabilitációs programok stb.).
- **A hajléktalan-ellátás** területén egyre nagyobb mértékben jelentkezik a szerves oldószerek használatának problémája, de már jelen van a kábítószer-fogyasztás is. Egy szélesebb szociálpolitikai kontextusban meg kell teremteni a segítői ellátások lehetséges biztosításával az ezen a területen radikálisan jelentkező ártalmak kezelését, valamint a reszocializációs elemek beépítésével a társadalomba való visszailleszkedés esélyét.
- **A helyi közösségek eltérő sajátosságai, lehetőségei és változó erőforrásai szükségessé teszik helyi stratégiák kidolgozását.** Ezek a Nemzeti Stratégia helyi változataiként foghatók fel, hiszen a Nemzeti Stratégia olyan kérdésekkel is foglalkozik (pl. egyes intézmények kompetenciája, a finanszírozás kérdése), melyek a helyi szervezetközi versengést csökkentik, ugyanakkor az egyes szervezetek feladatait körvonalazzák. A helyi sajátosságokat is kifejező drogstratégiák legfontosabb szervező eleme:

- A helyi (városi, megyei, regionális) **Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok** rendszerének kiépülése. A megyei jogú városokban célszerű létrehozni ezeket a bizottságokat.
- Európai programok adaptációja. Akár a közösségfejlesztéssel vagy a drog-problémák helyi kezelésével, akár a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működésével kapcsolatban sok olyan európai program van, melyek magyarországi adaptációi megkönnyíthetik a helyi együttműködések megvalósulását.
- **Adatgyűjtés és a kutatások újraszervezése.** A helyi közösség akkor tud megfelelő módon fellépni a drogproblémákkal kapcsolatban, ha reális információi állnak rendelkezésre. Ezek származhatnak helyi adatgyűjtésből vagy pedig az országos adatok helyi kigyűjtéséből. Az együttműködő feleknek a közösségi epidemiológiai és intézményi adatgyűjtésből származó reális információkkal kell rendelkezniük kábítószer-helyzet mértékének tényleges nagyságáról és összetevőiről. A reális információ jelenti a megfelelő tudást
  - a drogszcénáról és annak változásáról: kik, milyen körülmények között, milyen drogokat fogyasztanak, melyek a "divatos" drogok, mely csoportok körében áll fenn a legnagyobb veszély;
  - a megoldási módokról és azok alkalmazásának feltételeiről, eredményességükről: a közösségi prevenció, a közösségi segítő szolgálatok és a bűnüldözés lehetőségeiről és eredményeiről;
  - a gyakorlatban bevált, egységességre törekvő EU-konform indikátorok segítségével kialakított mérőszámokról (ezek elsősorban a közösségi epidemiológiai adatgyűjtésben fontosak);
  - az európai és a világközösség együttes erőfeszítéseinek és tapasztalatainak felhasználásáról a kábítószer-probléma kezelésének vonatkozásában (figyelembe kell venni, hogy a kábítószer-probléma, de az ellene történő fellépés sem ismer országhatárokat).

#### **6.1.4. Közép távú célok**

- **A közösség számára használható hazai adatok összegyűjtése, a nemzetközi adatbázisok hozzáférhetővé tétele.** Már ma is rendelkezésre állnak - ha korlátozott mértékben is - helyi epidemiológiai felmérések, illetve országos felmérések (melyekből a megyei adatok kigyűjtethetők, pl. középiskolások alkohol- és droghasználati szokásairól, vagy más országos adatbázisokból - az egészségügy és a bűnügyi statisztika illetve a büntető-igazságszolgáltatás adataiból). A tapasztalatok szerint azonban ezek a mérőszámok a helyi közvélemény, a helyi szakemberek és döntéshozók előtt nem kellően ismertek. Ugyancsak nem ismertek a drog-problémák összetételének, dinamikájának változásával kapcsolatos, az 1990-es évekre jellemző külföldi tapasztalatok és adatok sem. Ezeket a helyi közösség számára ismertté kell tenni (helyi közvélemény: helyi média, szakemberek: előadások, információs anyagok, fordítások, összefoglalók, internetes elérhetőség).
- **Drogmentes programok és színterek létrejöttének támogatása:** a helyi közösség, az iskola, a munkahely, a szórakozóhelyek vonatkozásában. Az Egészségügy Minisztérium koordinálásával, civil szervezetek fogják össze az előzőekben

említett ún. egészségesebb színterek mozgalmait (falvak, városok, iskolák, munkahelyek, kórházak, közösségek stb.). Ezek a WHO alapelvei szerint jöttek létre és céljuk a helyi adottságoknak és lehetőségeknek megfelelően az egészségesebb élet kialakítása. Ebben a drogmentességnek, a droghasználat visszaszorításának nyilvánvalóan kiemelt szerepe van. Kívánatos, hogy e mozgalmakban résztvevők száma növekedjék, a programok váljanak széleskörűen ismertté.

- Kiemelt figyelmet érdemel a **diszkóbaesetek számának csökkentése**. Fokozni kell a közúti ellenőrzéseket a közösség egészségének és biztonsága érdekében. Megszervezendő, hogy a szórakozóhelyekre illetve az onnan való hazajutás alkalmával a fiatalok a tömegközlekedés vagy speciális szolgáltatások lehetőségeit vehessék igénybe.
- Helyi intézményi, funkcionális egységek létrehozása, működtetése a Nemzeti Stratégia helyi igényeknek megfelelő megvalósítása érdekében. Ez első lépésben a megfelelő hatáskörrel rendelkező megyei **Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok** létesítését, majd ezek működtetését jelenti.
- **Nemzetközi ajánlások és módszerek**, melyeket különböző szakmai szervezetek (magyarok és nemzetköziek), illetve főhatóságok dolgoztak ki vagy kidolgozásuk folyamatban van a helyi dropproblémák kezelésével, a közösségi prevencióval és intervencióval és közösségfejlesztéssel kapcsolatban. A cél, hogy ezek
  - hozzáférhetővé váljanak, illetve hogy
  - felhasználják őket az eredményes közösségi program megvalósításában.
- A **büntetés-végrehajtás intézményeiből** szabaduló kábítószer-használók számára a megfelelő mennyiségű és színvonalú reszocializációs, utógondozói program álljon rendelkezésre. A programok kidolgozása több (igazságszolgáltatási, szociális, munkaügyi, egészségügyi) intézmény együttműködését igényli. Fontos, hogy ezek a személyek ne kerüljenek a társadalom peremére, ne szoruljanak ki az oktatás és a munka világából, és esetleges visszaesésük valószínűsége csökkenthető legyen.
- Ki kell alakítani a gyógyult, a büntetés-végrehajtási intézményből szabadult vagy fenntartó kezelés alatt álló drogbetegek szociális támogató rendszerét. **Szociális célprogramok** keretében olyan lakhatási feltételek kialakítása szükséges, ahol képesek drogmentes és rendezett életmódjuk kialakítására és fenntartására.

#### 6.1.5. Rövid távú célok

- **Közösségi epidemiológiai kutatások** kezdeményezése, az elkészült kutatások publikálása, adatszolgáltatási rendszer hatékonyabbá tétele (egészségügyi és büntető-igazságszolgáltatási adatszolgáltatás). Cél, hogy az adatok a helyi közösség kulcsszemélyei és döntéshozói számára váljanak ismertté (megyei vagy kisebb egységeknek megfelelő bontásban).
- **Közigazgatási intézkedések:** helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok létrehozása, jogi és közigazgatási feltételeinek megteremtése, e bizottságok munkájának koordinálása és segítése a Kábítószerügyi Koordináci-

ós Bizottság szervezeti egységének közreműködésével, a helyi önkormányzatok bevonásával.

- **Jogszabályi környezet elemzése** és szükség szerinti módosítása (pl. a zenés-táncos szórakozóhelyek engedélyezési eljárásának jogi újraszabályozása, a helyi igazgatási és ellenőrzési hatáskörök gyakorlása).
- **A nemzetközi környezethez történő alkalmazkodás**, elsősorban az Európai Unió, illetve a szakosított nemzetközi szervezeteknek (UNDCP, WHO) a drogproblémák helyi közösségi kezelését illető dokumentumainak hozzáférhetővé tételét és szükség szerinti oktatását jelenti.
- **A képzések számának és minőségének fejlesztése** (itt csak a helyi közösség olyan kulcsszemélyeit nevesítjük, akik más fejezetben nem szerepelnek). Első lépésben a következő szakemberek képzéséről kell gondoskodni (a képzők képzése rendszerben):
  - helyi drogkoordinátorok
  - munkahelyi drogszakemberek
- **Intézményrendszer felmérése, értékelése.** Ma számtalan állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezet foglalkozik nevesítve vagy nem nevesítetten a droghasználókkal, illetve az ilyen irányból veszélyeztetett fiatalokkal. A nevesítés azonban sokszor névleges tevékenységet takar, míg másrészt értékes munkát végző szolgáltatások maradnak ismeretlenek, így tényleges kapacitásaikat sem lehet kellő módon kihasználni. Nem tudjuk, a valóságban hány szervezet foglalkozik ilyen fiatalokkal, hány szervezet közösségfejlesztő céljai között szerepel a drogproblémákkal történő foglalkozás, mindez mekkora populációt fed le, hány szakembert és önkéntest jelent, milyen költségvetési vonzata van mindennek. Készültek részfelmérések, azonban ezek összesítése hiányzik. Az intézményrendszer teljes egészének felmérése feltehetően nem lehetséges, de egy reprezentatív szeletének átvilágítása szükséges. A jól kidolgozott értékelési rendszer egyben az érintett szervezetek felé visszajelzéseként is szolgál, melynek segítségével növelni tudják fontos munkájuk hatékonyságát, a szervezetek pedig egységesebb elvek mentén tudnak együttműködni.
- **Helyi prevenciós szolgáltatások létesítése:** olyan szabadidő-eltöltési lehetőségek széles spektrumának megteremtése, melyek megelőzik (vagy éppen helyettesítik) a droghasználatot: drogmentes klubok és diszkók, szórakozást és egyben segítséget is lehetővé tevő intézmények, éjszakai sportesemények, csellengő és utcán élő fiatalokkal való foglalkozás. A gyermekjóléti szolgálatoknak jogszabályban előírt feladata a szabadidős programok szervezése, illetve az ilyen programok nyilvántartása és az azokról történő információ-nyújtás. A nagyobb városokban számítani lehet rájuk a csellengő, iskolából lemorzsolódott fiatalok körében végzett utcai munkában is. Fontos megszervezni, hogy az éjszakai szórakozóhelyekről biztonságosan lehessen eltávozni (pl. diszkóbusz, hazaszállítási szolgáltatások stb.). Ezek a megoldások esetenként már a szociálpolitika és az ifjúságpolitika felé vezetnek át, és felmutatják a drogprobléma multidimenzionális és multidiszciplináris jellegét. A közösségi drogproblémák jelzésében, megelőzésében, a drogproblémákkal találkozókat tájékoztatásában, szakemberhez irányításában jelentős szerepet töltenek be a telefonszolgálatok. Ingyenesen hívhatóságuk fenntartása fontos feladat.

- **A helyi közösségi szinterek** működésének elősegítése. A fiatalok nevelésének, képzésének és általában szocializációjának elősegítésén fáradozó intézmények, közösségek munkájának támogatása a feltétlenül szükséges és közgazdasági szempontból is költség-hatékony befektetések közé tartozik. Kiemelt jelentőséggel bírnak az egyházak és gyülekezeteik, a tudományos ismeretterjesztés, illetve a szabadidő eltöltésének hasznos formáit biztosító intézmények tevékenysége.
- **Helyi ellenőrzési formák** megteremtése és ellenőrzése (pl. kábítószer-befolyás alatti gépkocsivezetés, zenés-táncos szórakozóhelyek engedélyezési eljárása, illetve a szórakozóhelyek ellenőrzése abból a szempontból, hogy teljesítik-e a követelményeket).
- **Büntetés-végrehajtási intézményekből** szabadult kábítószer-használók számára reintegrációs programok kidolgozására van szükség.
- **Nemzetközi környezethez alkalmazkodás**, nemzetközi kapcsolatok. Kiemelt szerepe van a magyarországi Európai Unió együttműködési intézmény, ún. Focal Point létesítésének. Ez összegyűjti és hozzáférhetővé teszi a magyarországi adatokat, továbbítja az Európai Unió központ felé ún. országjelentés formájában, valamint az európai trendeket a magyar szakemberek, a közösségek és a közvélemény felé.

#### 6.1.6. A monitorozás mutatói és eszköztrendszere

	eredményességi mutatók	a monitorozás eszköze
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hosszú távú célok elérése</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vannak-e, működnek-e helyi drogstratégiák</li> <li>• a veszélyes munkahelyen vannak-e megelőző programok</li> <li>• gyarapodott-e a változatos szabadidő eltöltési programok száma</li> <li>• statisztikai mutatók pozitív trendje</li> <li>• helyi drogpolitikát tükröző önkormányzati programok, határozatok</li> <li>• helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok jelentései</li> <li>• kábítószerügyi adatbázisok</li> <li>• hányan részesülnek az információáramlásból: <ul style="list-style-type: none"> <li>• szakemberek több információt kapnak</li> <li>• laikusok több információt kapnak</li> <li>• sajtó-, médiaelemzések</li> <li>• kutatások és hasznosulások</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• írásos jelentések és statisztikák (helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok jelentései), melyek a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottsághoz futnak be</li> <li>• helyi és országos epidemiológiai kutatások, a veszélyeztetett körben végzett, speciális epidemiológiai kutatások</li> <li>• az intézmények igénybevevőiről készült elemzések</li> </ul>

<b>Közép távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vannak-e adatbázisok (egészségügyi, prevenciós, közösségi szolgáltatásokat tartalmazó, illetve rendőrségi adatbázisok, melyek a szakemberek és a közvélemény számára hozzáférhetőek)</li> <li>• vannak-e helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok</li> <li>• a zenés-táncos szórakozóhelyek engedélyezési folyamata az elképzelések szerint alakul; a helyszínen biztosítják az előírt követelményeket</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• írásos jelentések és statisztikák</li> </ul>
<b>Rövid távú célok teljesítése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erőforrások ráfordításának mennyisége</li> <li>• minőségbiztosítás (protokollok, nemzetközi protokollok) összegyűjtése, a hiányzók kidolgozása a megfelelő szakmai szervezetek által</li> <li>• folyamatértékelés mutatói</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• feladatra fordítható források időarányos költségfelhasználása</li> <li>• törvények, intézkedések megszületése</li> </ul>

## **6.2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés)**

### **Összefoglalás:**

Növelni kell az egészségfejlesztő és prevenciós programok (iskolai, közösségi és tömegkommunikációs megelőzés) által elért fiatalok számát. Ehhez az iskolai prevenciós programok támogatására van szükség (megfelelő akkreditációt követően növelni kell kapacitásukat és a képzésekben résztvevők számát), valamint olyan információs kiadványokat kell megjelentetni és olyan média-eseményeket támogatni, melyek a meghatározott célcsoportokhoz eljutnak. A megelőzésnek mindenhol érvényesülnie kell, ahol a fiatalok vagy az őket segítők megjelennek, illetve a hozzátartozók, a segítők, a közösségszervezők, sőt a döntéshozók és a politikai szint tevékenységét és cselekvéseit is meg kell határozni a prevenció szemléletének. A szakemberek (pedagógusok, egészségnevelők, más iskolai szakemberek) képzésében előnyt élveznek az akkreditált, "képzők képzése" típusú programok. Kiemelt szerepe van a helyi közösségek prevenciós munkájának, ezek között a szabadidő és sport programok különös jelentőségűek. Ki kell alakítani a prevenciós tevékenységek szervezeti kereteit (helyi szinten a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban, országosan a KKB munkacsoportjában, illetve a minőségbiztosítás és az akkreditáció működtetésével). A prevenciós módszerek és azok hatékonyság-vizsgálatánál a nemzetközi, elsősorban EU-s ajánlásokat messzemenően figyelembe kell venni. A prevenciós módszerek magyarországi adaptációjára és a képzések szakmai koordinálására külön intézmény megalakítását kell elhatározni. A fiatalok közötti epidemiológiai felmérések tájékoztatnak - hosszabb távon - a meghozott intézkedések eredményességéről.

### **6.2.1. A megelőzés szemléleti kerete**

#### **6.2.1.1. Előfeltételek**

Az egészségfejlesztés tágabb megfogalmazását tükrözi az *Ottawa Karta* (Egészségügyi Világszervezet, 1988):

*"Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy feltárja és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjék ahhoz. Az egészséget tehát mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélt kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége, hanem az egészséges életmódon túl a jólétig terjed."*

Az egészségi állapot csak úgy javítható, ha bizonyos egészségi előfeltételek (béke, lakás, oktatás, élelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség) létrejönnek. Az ezt követő feladatok:



- **tudatosítani:** a politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti, viselkedési és biológiai tényezők mind az egészség kárára vagy javára lehetnek. Az egészségfejlesztési tevékenységek célja ezeknek a feltételeknek a kedvezővé tétele az egészség érdekében kifejtett propaganda révén.
- **módot adni** az embereknek arra, hogy legtökéletesebb egészségi potenciáljukat valósíthassák meg. Ebbe beletartoznak az egészség szempontjából kedvező környezet nyújtotta biztos alapok, az információkhoz való hozzáférhetőség, ill. az egészséges választást lehetővé tevő képességek és lehetőségek kialakítása. Az emberek nem tudják elérni legteljesebb egészségi potenciáljukat, hacsak nem tudják ellenőrzésük alá vonni azokat a dolgokat, amelyek az egészségüket meghatározzák.
- **közvetíteni:** az egészségügyi ágazat önmagában nem tudja biztosítani ezeket az előfeltételeket és kilátásokat az egészség számára. Ezért az egészségfejlesztés összehangolt tevékenységet követel meg valamennyi érdekelttől: kormányoktól, egészségügyi és más szociális és gazdasági ágazatoktól, nem kormányzati és önkéntes szervezetektől, helyi hatóságoktól, az ipartól és a tömegtájékoztatástól. Az emberek az élet minden területéről részt vesznek az egészségfejlesztés tevékenységeiben mint egyének, családok és közösségek. A szakmai és társadalmi csoportosulásoknak, továbbá az egészségügyi dolgozóknak különleges felelőssége, hogy közvetítsenek a társadalom eltérő érdekei között az egészség előmozdítása érdekében.

Az egészségfejlesztés célja a droghasználattal kapcsolatban az ahhoz vezető **kockázati tényezők** szerepének csökkentése és a drogfogyasztás előfordulását mérséklő **védő tényezők** felerősítése, összességében a droghasználat (legitim és illegitim drogok) előfordulási arányának csökkentése.

Az egészség a védő (protektív) és a kockázati tényezők küzdelméből alakul ki, a védő tényezők túlsúlyba kerülésével. Ennek megtervezetten előidézett formája az egészségfejlesztés, mely az egyén *életstílusára* hat. Az életstílus kifejezés egyesíti magában a különböző viselkedések egymásra és az egészségre történő hatását, a társas és a fizikai környezet szerepét.

A cél az életminőség javítása, amihez az egészség erőforrásként szolgál. Az egészségre nem elsősorban önmagában, hanem az életstíluson (és a viselkedésen), valamint a környezeten keresztül lehet hatni.

Az életstílust (és a viselkedést) három tényező befolyásolja:

1. **Közvetlenül meghatározó tényezők:** a személy vagy az adott populáció tudása, attitűdje, hiedelemrendszere, értékei, kultúrája;
2. **Lehetőséget teremtő tényezők:** készségek, erőforrások hozzáférhetősége, szolgáltatások elérhetősége, szabályok, törvények, készségek;
3. **Megerősítő tényezők:** a viselkedésváltozással kapcsolatos jutalmak, megerősítő tényezők: a személy életében fontos személyek (szülők, kortársak stb.) attitűdje és viselkedése az egyénnel szemben.

E három tényezőt az egészségfejlesztés útján befolyásolhatjuk.

### 6.2.1.2. A droghasználat kialakulásának elősegítő és gátló tényezői

A Nemzeti Stratégia céljainak megfogalmazásakor a magyarországi kábítószer-helyzetet, a létező intézményes és társadalmi problémakezelési formákat, a nemzetközi tapasztalatokat, valamint a kábítószer-használat kialakulásának, fennmaradásának és megszüntetésének okait kell figyelembe venni.

A droghasználat kialakulásában<sup>17</sup> genetikai-biológiai faktorok (pl. nemi különbségek), személyiségjellemzők (elsősorban a gyermekkori agresszivitás és más magatartászavarok), valamint pszichoszociális tényezők játszanak szerepet. Utóbbiak egy része hajlamosító, kockázati tényező, másik része pedig a droghasználat kialakulásával szemben védő, protektív tényező.

#### **6.2.1.2.1. Kockázati faktorok:**

##### **a.) Pszichológiai kockázati faktorok**

- a drogozással kapcsolatos elvárások és korábbi tapasztalatok: a drogokkal kapcsolatos pozitív elvárások („jó”, „izgalmas”, „érdekes” lesz) növelik a kipróbálás valószínűségét
- inger- és kockázatkereső magatartás: a droghasználat mint izgalomforrás jelenik meg (szinte tekintet nélkül a kipróbálandó drog típusára), mely a serdülőkori kockázatkereső magatartás része, és amely újabb és újabb formában keresi kiélési lehetőségeit
- stresszel való megküzdési készségek hiánya: a probléma-megoldás képtelenségének elfedése drogokkal
- szorongás, depresszió, düh („öngyógyítási modell”): a kellemetlen érzelmi állapotok oldása drogokkal

##### **b.) Pszichoszociális fejlődési visszamaradottság**

A koragyermeki gondolati- és érzelmi világ fennmarad a serdülőkorban is. Ennek jellemzői:

- a játék és a munka világának megfelelő szerepek elkülönülésének elmaradása
- a realitás téves észlelése
- énközpontú világnézet fennmaradása a gyermekkor után is
- környezeti követelményekkel történő konfrontáció elkerülése, ennek következtében:
- az egyén izolálódása a tágabb szocio-kulturális kontextustól
- a szabadság (és a szülőkről leválás) illúziója, vagy ennek illuzórikus keresése (pl. valamilyen ifjúsági szubkultúrához csatlakozás)

##### **c.) Családi kockázati tényezők**

- szülők alkohol-használata és azzal kapcsolatos attitűdje. A szülők alkoholizmusa (vagy drogfogyasztása), de ugyanígy az ezzel kapcsolatos megengedő-közömbös attitűdje elősegíti a droghasználat kialakulását és fennmaradását.

---

<sup>17</sup> Kaminer Y (1994): Adolescent substance abuse. A comprehensive guide to theory and practice. Plenum Medical Book Company, New York. és

Rutter M (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein KH és Weintraub S (szerk.): Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University press, New York, 181-214.

- válás, egyszülős családok: a gyerekek könnyebben kikerülnek a család érzelmi-nevelési hatóköréből. Ugyanez érvényes a családi érzelmi hiányokra és az érzelmi szegénységre.
- szülői nevelési szokások: elsősorban a következtelen, egyszer szélsőségesen megengedő, máskor szélsőségesen tiltó nevelési stílus vezethet a droghasználat kialakulásához, majd később fennmaradásához.
- családi erőszak, fizikai és szexuális bántalmazás: különösen veszélyeztetettek az ilyen fiatalok (elsősorban lányok) a drogozás kialakulása és elhúzódása tekintetében.
- gyermekkori pszichotrauma: a fel nem dolgozott lelki trauma elősegítheti a drogozás kialakulását vagy fennmaradását.

#### **d.) Kortárs hatások**

A serdülőkorai droghasználat kialakulásában a kortársaknak döntő szerepük van, elsősorban is azokban az esetekben, amikor a szülőkhöz vagy a normatartó társadalomhoz (pl. iskola) fűződő kapcsolatok már korábban meggyengültek. A kortárs hatások közül a következők játszanak fontos szerepet a droghasználat kialakulásában, illetve fennmaradásában:

- a kortárs csoport alkohol- és droghasználat, dohányzása, ezekkel kapcsolatos attitűdje
- a kortársak által tulajdonított identitás („akkor vagy valaki, ha drogozol”)
- a környezet általi negatív megbélyegzésnek, leértékelésnek kerülése a kortárs csoport felértékelésével
- a kortársak segítsége a droghasználat elkerülésében, illetve a kortársak hatása, „csoportnyomása” a kialakulásában.

#### **e.) Kulturális hatások**

A tágabb társadalom érték- és normarendszere, a fiatalok felé közvetített nyílt és rejtett elvárások fontos szerepet játszanak a droghasználat kialakulásában és adott esetben „divatossá” válásában:

- A társadalom viszonya az alkohol-, és a droghasználatához ill. a dohányzáshoz.
- A reklám és a tömegkommunikáció hatása: a közvetlen alkohol- és dohányreklámokról van szó, másrészt pedig a reklámok keltette szükségletek kielégítetlenségéről, melyeket droghasználattal lehet kielégíteni.
- Törvényi és jogi szabályozás, valamint a társadalom (a „felnőtt” társadalom) értékrendje: elítéli, elfogadja vagy szemet huny a drogfogyasztás ténye felett.
- Az iskolai beilleszkedési problémák, a rossz tanulmányi eredmény, valamint az iskola reakciója ezekre a problémákra (beleértve a droghasználatot is) elmélyíthetik e fiatalok elidegenedését a társadalmilag elfogadott értékektől és intézményektől, következésképpen fokozhatják droghasználatukat is.
- Milyen perspektívát tud nyújtani a társadalom a fiataloknak, illetve a fiatalok csoportján belül is az alacsony iskolai végzettségű, hátrányos helyzetű, munkanélküli fiataloknak. Hogyan kezeli a társadalom ezeket a szociális problémákat, hogyan készíti fel a fiatalokat a társadalmi változásokra és egyenlőtlenségekre.

### 6.2.1.2.2. Védő (protektív) tényezők

A protektív faktorok közül a legfontosabb az *önértékelés*, a *személyes felelősség érzése* és annak a *meggyőződésnek* a megléte, hogy a fiatal képes akarata, vágyai megvalósítására. Ezek kialakulásában a következő tényezők állnak az előtérben:

- egyéni védő tényezők: iskolai sikerek, jól fejlett társadalmi és társas, valamint megfelelő döntéshozó készségek
- feladat teljesítése: a fogalom legtágabb értelmében, az iskolai sikerektől az otthon vagy máshol végzett felelős munkavégzésig; a társadalmilag elfogadott normák és viselkedési elvárások betartása;
- a személyes élet fordulópontjainak pozitív felhasználása: a fontos, hogy a serdülő az újdonságokat, a fordulópontokat (pl. iskolaváltás, új szabadidő-tevékenység) sikeresen oldja meg szülei és a vele kapcsolatban álló más támogató személyek segítségével;
- a lehetőségekhez való hozzáférés: pl. a sikeres vizsga hozzásegít a továbbtanuláshoz, ami a lehetőségek szélesebb tárházát nyitja meg a tanuló előtt, mintha nem tudna továbbtanulni vagy félbehagyná az iskolát.
- biztonságos és támogató személyes kapcsolatrendszer:
- kiemelkedő szerepe van a segítséget és érzelmi támaszt nyújtó szülőknek, tanároknak, felnőtt segítőknek
- fontos szerepe van azoknak a kortárs hatásoknak, melyek *gátolják* a drogok kipróbálását, és támogatják az iskolai, sportbeli vagy művészi előrehaladást, mint a kortárs csoporton belüli népszerűség és státusz forrásait
- fontos szerep jut az intézményeken belüli segítő kapcsolatoknak (tanár-diák, diák-diák viszony), valamint az iskolához vagy más társadalmi intézményhez tartozás érzésének.
- A protektív faktorok *másik csoportja* a kockázati tényezők negatív hatását gyengíti, vagy a negatív hatások összegződéséből kialakuló negatív láncolatot szakítja meg (pl. milyen reakciók következnek a serdülőkori droghasználatra: iskolából való kizárás, börtönbüntetés vagy az iskolai beilleszkedés javítása egyéni foglalkozásokkal. Az utóbbi a negatív láncolatot megszakítja, míg az előbbieket az egyén esetében súlyosbítják a következményeket).
- A társadalom és annak tagjai erőfeszítéseket tesznek a védelmező környezet kialakítása érdekében. Ez tükröződik a Nemzeti Stratégia szemléletében, célkitűzéseiben és végrehajtásában is.

### 6.2.1.3. A prevenció módszerei

A nemzetközi vizsgálatok<sup>18</sup> részletesen kitérnek a prevenció módszereire és hatékonyságára - utóbbi esetén a költség-hatékonysági tényezőkre is.

<sup>18</sup> Künzel-Böhmer J, Bühringer G és Janik-Konecny T (1994): Szakértői vélemény az addikció elsődleges megelőzéséről. Alkohológiai Füzetek 29., OAI, Bp.

Hastings G és Stead M (1999): Using the media in drugs prevention. Drugs Prevention Initiative. Home Office. Crown Copyright. United Kingdom.

Bukovski WJ és Evans RI (szerk.)(1998): Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention:

**Prevenációs irányzatok:**

**a.) Információ közlés:** a hangsúly a drogokkal kapcsolatos ténybeli információközlésen van, ami jelenti a drogok hatásának negatív következményeit, a droghasználat jellemzőit. Ide sorolhatjuk az elrettentésen, félelem felkeltésen alapuló módszereket is, amikor a drogok veszélyeit dramatizáltan mutatjuk be. A preventációs módszer ismertetője az iskolában többnyire a pedagógus. A megközelítés abból az előfeltevésből indul ki, hogy az emberek racionális úton, a megfelelő információk birtokában hozzák a döntéseiket: ha a drogokkal kapcsolatban negatív információkat hallanak, nem fognak drogozni. A hatásvizsgálatokból kiderült, hogy a módszer nem igazán hatékony: ha növekszik is a fiatalok tudása a drogok veszélyeiről, az a használatától nem fogja őket feltétlenül távol tartani. A veszélyek eltűlése pedig a közlő hitelességét és megbízhatóságát kérdőjelezi meg, továbbá a serdülőkorú fiatalok egy részére jellemző kockázatkeresés miatt akár a droghasználat iránti kíváncsiságot is fokozza. A módszer hitelességének fokozására szakembereket igyekeznek bevonni: a gyógyításban dolgozókat, rendőröket és volt drogosokat.

**b.) Érzelmi nevelés:** a megközelítés abból a feltevésből indul ki, hogy a droghasználat előidézésében a személyiség és a szociális készségek fejlődésének (illetve e fejlődés hiányosságainak) döntő szerepe van. A hangsúly tehát nem elsősorban a tudás növelésén van, hanem a személyiség érzelmi nevelésén, a döntéshozás, a megfelelő kommunikációs stratégiák elsajátításán, érdekérvényesítő képesség megtanulásán van. Ezek fő színtere a csoport; tehát a módszert csoportfoglalkozások keretében alkalmazzák, ahol az érzelmi biztonságot a csoport biztosítja. A hatásvizsgálatok alapján ez sem kellően hatékony módszer, továbbá, mivel a csoportfoglalkozásoknak kiemelkedő szerepük van, sokszor speciálisan képzett szakembereket és hosszú időt igényel a módszer kivitelezése.

**c.) Társas hatás modell:** az előző megközelítések korlátozott eredményessége hívta életre ezt a módszert. Hátterét az a feltevés adja, hogy a droghasználat tanult viselkedés, melyben a társas hatásoknak, a modell-követésnek jelentős szerepe van - ezért ezeket a tényezőket a megelőzésben is alkalmazni lehet. Két széles körben alkalmazott formája az ún. társas „immunizáció”, amikor a fiatalokat droghasználat ellen szóló üzenetekkel „oltjuk be”, „immunizáljuk”, mielőtt még a drogozást bátorító kortárs vagy (akár rejtett) média üzenetekkel találkozónának (a média üzenetek elsősorban a legális drogok propagálását, azaz a cigaretta és az alkohol reklámokat jelentik). Így amikor ezek a hatások érik őket, már megfelelően tudnak ellenük védekezni. A másik módszer a droghasználat elleni készségek fejlesztése; a módszer tipikus példája a „nemet mondás” kínálási, „csábítási” helyzetekben. A „nemet mondás” is egy összetett társas kommunikáció, mely gyakorlás útján kialakítható, illetve fejleszhető. Ezek a programok viszonylag hatékonyak, rövidebb idő elég a megtanulásukhoz, azonban csak egy bizonyos ideig (egy-két-három év) hatnak, majd fokozatosan kioltódnak.

**d.) Droghatármentés:** a drogok - elsősorban serdülő- és fiatalkorban - reális pszichológiai szükségleteket elégítenek ki - a társadalom számára nem elfogadható módon. A cél e szükségletek kielégítése a társadalmi normák betartásával. A fiatalkorra jellemző kockázatkeresés kielégítését a sportok, akár az extrém sportok, a túrázások, táborozások szolgálhatják, míg a pszichológiai elmélyülésre való igényt a művészeti értékteremtő tevékenységekben, az egyházi közösségek életében való részvétel stb. szolgálhat-

ják. Ezek a prevenciók módszerek akkor eredményesek, ha egyénre szabottak. Ezért - is - meglehetősen költségesek lehetnek.

**e.) Integrált megközelítés:** a társas hatásokat (a tanuláselméletből kiindulva) és a személyiségfejlődésben szerepet játszó tényezőket veszi figyelembe a droghasználat kialakulásában - ennél fogva a megelőzésben is ezek befolyásolására, fejlesztésére helyezi a hangsúlyt. Az előző (társas hatás) modellhez hasonlóan kiemelkedő szerepet tulajdonít a kortárs és a média hatásoknak, illetve az ezeknek való ellenállásnak. Ezt egészíti ki a személyiségfejlődéshez szükséges készségfejlesztéssel: döntéshozással, probléma megoldással, kommunikációs készségekkel, önértékelés növeléssel, stresszkezeléssel, érdekvényesítő készségek fejlesztésével. Ez a prevenció megközelítés már átfedést mutat az *egészségfejlesztés* komplex modelljével; a drogmentességet csak az egészséges élet részeként - és nem önálló célként - képzelhetjük el. A szakirodalom szerint ez az integrált megközelítés a leghatékonyabb.

**A prevenciók programok hatékonysága:** az előzőekben áttekintettük a prevenciók programok módszerspecifikus hatékonyságát. A szakirodalomban egy másik csoportosítást is alkalmaznak a módszer specifikusság mellett: megkülönböztetnek *interaktív* és *nem-interaktív programokat*. Utóbbiak gyakorlatilag hatástalanok, míg az előbbieket jelentős hatással bírnak és a költség-haszon arányuk is igen kedvező. Az interaktivitás ebben az esetben azt jelenti, hogy a diákok résztvevő módon vesznek részt a prevencióban, nem pusztán - szó szerint vett - hallgatóságként. A szokásos, „frontális” előadás helyett az oktató (többnyire pedagógus) a diákokat bevonja a gyakorlatokba, szerepjátékokba; a különböző készségeket gyakoroltatja velük, csoportosan megbeszéli a felmerülő kérdéseket stb. A szakirodalom szerint az igazi választóvív a hatékony és a nem hatékony programok között itt van: mennyire tudjuk aktívvá tenni a diákokat, mennyire lesznek partnerek, mennyire vonjuk be a program oktatásába a kortárs véleményformálókat. Az integratív programok esetén a tanár nemcsak „tanít”, hanem „nevel” és maga is szerep-modellé válik.

A nemzetközi hatékonyság-vizsgálatok<sup>19</sup> alapján az információátadás, attitűdformálás (az egészséggel szemben pozitív, a drogokkal kapcsolatban negatív) kevésbé hatékony, de szükséges módszerek. Az ismert eljárások közül a *készségfejlesztés* a legeredményesebb: a problémamegoldás, a döntéshozás, a stresszkezelés, a nemet mondás, a kommunikáció, a társas és a média hatásoknak történő ellenállás, a pozitív önértékelés kialakítása. A készségfejlesztés az iskolában a hagyományos „frontális” előadás helyett interaktív, inkább mellérendelt, nem minősítő kapcsolatokon alapuló tanár-diák viszonyt, szerepjátékokon és helyzetgyakorlatokon alapuló *oktatási módszert*.

## 6.2.2. A prevenció legfontosabb szinterei

### 6.2.2.1. A család

**Fontos célkitűzés, hogy a családok váljanak alkalmassá arra, hogy nevelési feladataik között a drogmentes életre is felkészítsenek.** A szülők közvetítsenek olyan értékeket és normákat, melyek a drogmentes élet előnyeit tartalmazzák és képessé teszik a gyermekeket a konstruktív életstílus kialakítására és a drogok elutasítására. Váljon alkalmassá a család a drogproblémák kialakulásának megelőzésére, ami sok esetben a családban előforduló más szenvedélybetegség(ek) kezelését is jelenti. Legyen képes a család - szükség szerint külső laikus vagy szakember közreműködésével - a családon belül előforduló drogproblémákkal

<sup>19</sup> Künzel-Böhmer J, Bühringer G és Janik-Konecny T (1994): Szakértői vélemény az addikció elsődleges megelőzéséről. Alkohológiai Füzetek 29., OAI, Bp.

Hastings G és Stead M (1999): Using the media in drugs prevention. Drugs Prevention Initiative. Home Office. Crown Copyright. United Kingdom.

küzdő személyekkel történő foglalkozásra. Mindez a család - elsősorban a szülők - megfelelő információkkal történő ellátását, szülőcsoportokban, civil és egyházi szervezetek tevékenységében való részvételét, a családi és szülői feladatok és lehetőségek tudatosítását jelenti. Ezt a folyamatot van hivatva erősíteni egy családbarát szociálpolitika eszköz- és intézményrendszere. Szükséges az is, hogy a házi orvosok a mainál nagyobb támogatást nyújtsanak a családok számára mind a drogproblémák megelőzésében, mind pedig azok korai kezelésében. Támogatni kell az iskolaszékekben tevékeny szülők prevenciós szemléletű képzését.

### 6.2.2.2. Az iskola

Az iskolai drogprevenció *elsődleges* prevenció. Ha az iskolában felszínre kerülnek a drogproblémák, az elsődleges prevenció módszerei az iskolai környezetben kábítószerrel használok kezelésére *nem vagy csak korlátozottan alkalmasak*. Ilyenkor *beavatkozásra* van szükség, általában megfelelő (külső) szakemberek bevonásával (iskolaorvos, védőnő, pszichológus, nevelési tanácsadó, drogambulancia stb.).

#### **Az iskolai drogprevenció céljai**

A korszerű szemlélet a drogprevenciót az *egészségfejlesztés* (health promotion) komplex kérdéskörében helyezi el. A cél az, hogy a fiatalok mit csináljanak (= egészségesen éljenek), miközben annak tudatosítása is fontos, hogy mit ne csináljanak (= ne drogozzanak).

Az illegitim drogok fogyasztásának megelőzése egyrészt tehát nem különíthető el a legális drogok (alkohol, nikotin, orvosi javallat nélküli gyógyszereszedés) fogyasztásának prevenciójától -, másrészt nem különíthető el az egészség általános és különösen nem az egészség mentális, pszichés hangsúlyú fejlesztésétől.

A legjobbak azok a drogprevenciós módszerek, melyek ezeknek a kívánalmaknak eleget tesznek:

- együtt kezelik a legális és illegális drogokat
- az egészségfejlesztés egész-szerű (holisztikus) modelljét alkalmazzák
- amelyek a családokat és az elsődleges vonatkozási személyeket is képesek bevonni
- hangsúlyozzák a készségfejlesztést, így a droghasználathoz vezető viselkedés befolyásolását célozzák meg (nem pusztán a tudást és az attitűdöt)
- foglalkoznak a kortárs (és a média) hatásokkal, bevonják a kortársakat
- kurrikulumszerűen épülnek be a tananyagba
- lehetőleg már alsó tagozatban, de legkésőbb felső tagozatban alkalmazhatók (bár a középiskolai kezdés is jobb, mint a semmi)
- figyelembe veszik az iskola szervezeti világát és az iskolát körülvevő helyi közösség felépítését

#### **Kurrikulumszerű programok**

Az iskolai tananyagba, illetve az osztályfőnöki órák anyagába illeszkedő tanmenet az egészségfejlesztés - drogprevenció témakörében.

#### **Nem kurrikulumszerű programok**

Egészség Nap, Drogellenes nap stb. típusú programok. Inkább a drogokról folyó kommunikációt segítik elő, mintsem a szűkebb értelemben vett prevenciót célozzák.

### 6.2.2.3. A munkahely

A munkahely ma még elsősorban a legális drogok megelőzésében (alkoholfogyasztás, dohányzás) kellene, hogy fontos szerepet kapjon, de már ma is megjelenik az igény az illegális szerek használatának munkahelyi megelőzésére. Itt számolni kell azzal a jelenséggel is, hogy felnőttek is használnak jelentős számban pszichotrop anyagokat (altatókat, nyugtatókat) - orvosi javallat nélkül, mely a munkahelyi teljesítményük romlásában és életminőségük csökkenésében is megmutatkozik. Könnyű az átmenet e szerek és az alkohol között is. A munkahelyi megelőzésnek nem az a célja, hogy a szert használót eltávolítsa a munkahelyről, hanem a munkahely ösztönzőit kihasználva, a leszokásban és pozitív alternatívák keresésében tegye érdekeltté.

### 6.2.2.4. A szabadidő

Az iskolába járó fiatalok szabadidős programjai során végzett prevenció, a veszélyeztetett fiatalok (pl. „lógósok”, iskolából kimaradók) számára alkalmazott prevenciós programok tartoznak ebbe a sorba. A veszélyeztetett fiatalokkal kapcsolatban már a szűrő és speciális prevenciós programok iránti igény is felmerül, a pedagógusokon kívül más segítő foglalkozású szakemberek bevonásával. A szűrő programok akkor hatékonyak, ha megfelelő szociális-gyógyító programok részét képezik. A szabadidős programok közül kiemeljük a sport szerepét, mert ez egészségfejlesztő hatásán túl lényeges a közösségfejlesztésben is. A speciális sportrendezvények akár a drogok „alternatívái” is lehetnek (pl. éjszakai asztalitenisz vagy kosárlabda-mérkőzések). A szabadidő-eltöltésben a drogmentességet megvalósító formákat kell támogatni.

### 6.2.2.5. Egyházak

Az egyházak erkölcsi és közösségfejlesztési tevékenysége fontos szerepet játszik az egészséges életstílus kialakításában. Az egyházi csoportok a korábbi kábítószer-fogyasztók beilleszkedéséhez is jelentős mértékben hozzájárulnak.

Az egyházi csoportok és missziók természetes partnerei a közösségeknek és a kezelő intézményhálózatnak. Az egyházi kezelésben működő iskolák illetve a gyülekezetek jelentős mértékben hozzájárulhatnak a megelőzés tágabb erkölcsi-lelki szemléleti keretének terjesztéséhez.

### 6.2.2.6. A média

A médiaprogramok elsősorban a probléma iránti fogékonyságot növelik, a téma társadalmi kommunikációjában játszhatnak szerepet. Egyes speciális témákban, jól körülhatárolt célcsoportok esetében, megfelelő médiaeszközök felhasználásával pedig preventív hatásuk is lehet. Általában költségesek, ezért alapos előkészítést és koordinációt igényelnek. A szakirodalmi tapasztalatok szerint a rövid, rosszul előkészített kampány jellegű programok nem hatékonyak (és igen drágák lehetnek, továbbá még ellentétes hatást is okozhatnak, növelhetik a drogok iránti „kíváncsiságot”). Az egyszerre több forrásból és több csatornán érkező „üzenetek” a hatékonyak, melyek nem elrettentő tartalmúak, hanem egyben a droghasználat alternatíváit is megjelölik és utalnak a segítőhelyekre.



### A médiaprogramok típusai:

1. *Nemzeti tömegkommunikációs kampányok*, ezekben a tömegkommunikációs hirdetéseké a főszerep.
2. Olyan programok, melyeknél a *tömegkommunikációs hirdetések más komponensekkel* ötvöződnek: pl. közösségi kezdeményezésekkel, iskolai programokkal.
3. Olyan programok, melyeknél *nem használnak tömegkommunikációs eszközöket, de médiahordozókat* igen, pl. videókat, szóróanyagokat.
4. Azok a beavatkozások, melyek az *ingyenes* (közszolgálati) lehetőségeket használnak fel illetve a *média spontán érdeklődését*.

A médiakampányokkal négy célt tűzünk ki:

1. **érzékenység fokozás** - teljesíthető cél
2. **információnyújtás** - teljesíthető cél, de nem biztos (sőt, biztos, hogy nem) vezet viselkedésváltozáshoz; elképzelhető, hogy a tudásnövekedés a kísérletezés növekedéséhez is vezethet
3. **attitűdváltozás** - elérhető cél, de a viselkedés változásához nem elegendő
4. **viselkedésváltozás** - többnyire nem elérhető cél; a média azokat éri el, akik nem használnak drogokat és a legkevésbé azokat, akik használnak, és náluk sem vezet a használat abbahagyásához.

A média ugyanakkor olyan üzeneteket is közvetíthet, amelyek közvetve vagy közvetlenül felhívhatják a fiatalokat a droghasználatra. Szükséges ezeknek a hatásoknak a kivédése, az ilyen média-üzenetek korlátozása, a drogmentes értékeket közvetítő média-hatások erkölcsi, közösségi támogatása.

#### 6.2.2.7. Információs társadalom

A fiatalok kommunikációjában egyre nagyobb teret nyer a számítógép. A megelőzés világának nagyon komolyan kell venni azt a kihívást, amit az információs lehetőségek fejlődése jelent, és igénybe kell venni azt. Ennek fő területei az Internet és a számítógépeken keresztül eljuttatható prevenciós programok. Ezen eszközök nagy hatékonysággal alkalmazhatóak, ugyanakkor speciális képességekre és technikákra van szükség létrehozásukkor. Fontos fejleszteni az interneten keresztül történő tanácsadási és felvilágosítási szolgáltatásokat, ugyanakkor fel kell készülni az internetes világ kockázataira is. Az interneten keresztül ugyanis számtalan, ellenőrizhetetlen, sok esetben káros hatás is éri a fiatalokat. Elsősorban civil kezdeményezésekkel elejét kell venni vagy meg kell akadályozni a drogfogyasztásra felhívó tartalmak terjesztését. Ezek akkor különösen veszélyesek, ha a felvilágosítás címszava alatt jelentkeznek. Megfontolandó, hogy a szakmailag ellenőrzött tartalmú magyar oldalak erről egyfajta tanúsítványt kapjanak.

Ma már láthatjuk, hogy a szabad, globális elektronikus kommunikáció arra is lehetőséget teremt, hogy antiszociális, erkölcstelen elveket és információkat közvetítsen. Ezek a hatások mára elérték a világhálót is, és többek között a drogabúzus propagálását is magukban foglalják. Ezek a jelenségek aggodalomra adnak okot, és olyan intézkedések bevezetését sürgetik, amelyek hatékonyan ellensúlyozzák korrekt (avagy korrektív) információkkal a fejlődés kockázatait és veszélyeit.

#### 6.2.2.8. Honvédség

A honvédség sorállománya speciális helyzetben van a drogreprevenció tekintetében. A honvédség eszközeit tekintve „veszélyes üzemként” tevékenykedik. Éppen ezért a katonai

szolgálat - és így az ország - biztonsága a drogmentességet követeli meg. A rendelkezésre álló adatok azonban nagyfokú veszélyeztetettséget jeleznek a sorkatonai szolgálat letöltésére kötelezettek között is. Ugyanakkor ez az utolsó lehetőség, hogy a fiatal felnőtt korcsoportokat nagyszámban, szervezeten, intézményes formában prevenció programokkal el lehessen érni. Ennek összehangolására tesz lépéseket az 51/1998. (HK.15.) HM utasítás alapján felállított Magyar Honvédség Drogprevenció Bizottsága, mely egységes szemléleti keretben és regionális és helyi albizottságok segítségével komplex megelőzési tervet dolgozott ki. Az abban foglaltak – a prevenció, a kínálat- és ártalomcsökkentés felosztásában - egyenként és összességében is támogatandók és megvalósítandók. „Csakis magas színvonalon képzett szakemberekből álló, több tudományterületet átölelő hálózattal működtetett egységes és komplex megelőzési program képes megőrizni a személyi állomány mentális, fizikai és pszichés egészségét, mely a NATO-kompatibilitás szükségszerű feltétele is.” (Magyar Honvédség Drogstratégiája – 1999)

#### **6.2.2.9. A gyermekvédelem intézményrendszere**

A gyermekjóléti szolgálatok az ország valamennyi településén működnek (vagy a közeljövőben fognak működni). A szolgálatok feladata - többek között - a káros szenvedélyek megelőzését célzó tanácsadás, vagy az ezekhez történő hozzájárulás koordinálása, szabadidős programok szervezése, a gyermekek veszélyeztettségének megelőzése érdekében a veszélyeztetettséget észlelő és jelző rendszer működtetése, a civil szervezetek részvételének elősegítése. A gyermekjóléti szolgálatok az adott település megelőző gyermekvédelmi központjának tekinthetők. A gyermekvédelmi szakszolgálatok szerepe az utcai gondozásban és a speciális pl. drogproblémákkal küzdő gyermekeknek fenntartott gyermekotthonok szervezésében jelentős. Az utcai gondozás főként a szerves oldószereket használó gyerekek esetében nélkülözhetetlen. A nevelőszülői hálózat fontos szerepet tölt be a veszélyeztetett gyermekek ellátásában.

#### **6.2.2.10. Rendőrségi bűnmegelőzés és drogvenció**

A rendőrség alapfeladatai közé tartozik a bűnmegelőzés, mely a bűnalkalmak csökkentése (szituatív megelőzés), valamint a bűnelkövetővé válás megakadályozása (szociatív megelőzés) érdekében kifejtett, tájékoztatásra, felvilágosításra, hiteles információk közvetítésére irányuló célirányos, proaktív munkát jelent.

A rendőrségi bűnmegelőzés önálló, kiemelt részterülete a drogfogyasztás és a kábítószer-bűnözés visszaszorítása érdekében kifejtett tevékenység, amelynek 1992 óta sikerrel alkalmazott, hatékony módszere a Rendőrség Biztonságra Nevelő Iskolai Programja (D. A. D. A.) oktatása.

#### **6.2.2.11. Kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok**

Az egészségfejlesztő, prevenció programok tervezésénél számolni kell a droghasználat szempontjából fokozottan veszélyeztetett ifjúsági – és felnőtt - csoportokkal. Szükség van körükben a veszélyeztettség mértékének valós feltárására, speciális prevenció programok kidolgozására. Ezek a csoportok következők:

- Halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek
- Alkoholista szülők gyermekei
- Iskolából távolmaradó, szökött, csavargó, utcán élő gyerekek

- Lelkileg veszélyeztetett gyermekek és serdülők (serdülőkori pszichopatológiai állapotok, problémaviselkedések, hosszantartó gyerekkori kórházi kezelés vagy az otthontól való távollét)
- Gyermekvédelmi szakellátásban – gyermekotthonban – élő gyermekek, fiatalok
- A büntető-igazságszolgáltatás intézményrendszerében tartózkodó, vagy onnan szabadult fiatalok és felnőttek.

Ezekben az esetekben az elsődleges prevenció sokszor már nem elégséges. Ilyenkor speciális, lelki-szociális programokra van szükség. Előnyt élveznek a kiscsoportos, speciális, akár egyénre szabott beavatkozások, amikor több intézmény (iskola, gyermekvédelem, egészségügyi és szociális intézmények - természetesen ahol lehet a családok bevonásával) összefogására van szükség.

#### 6.2.2.12. Romákkal kapcsolatos megelőző programok

A roma lakosság egyes csoportjainak halmozottan hátrányos életkörülményei, valamint kulturális jellemzői speciális programok indítását teszik szükségessé. E programokat hatékonyan csak a roma közösségek által elfogadott, hiteles, romákat is összefogó civil szervezetek és szociális munkások képesek közvetíteni.

### 6.2.3. A prevenció céljai és cselekvési terve

#### 6.2.3.1. Hosszú távú célok

- **A droghasználat terjedésének megállítása a következő területeken.**
  - Csökkenteni a droghasználók számának növekedési ütemét és elérni, hogy az emelkedő tendencia megforduljon.
  - Csökkenteni a drogokat kipróbálók számát.
  - Magyarországon is megfigyelhető, hogy az első alkalommal drogokat használók átlagéletkora az utóbbi években csökken. Ezt a tendenciát nagyon fontos megfordítani. Minél később találkozik valaki drogokkal, annál kisebb a visszatérő használat kialakulásának veszélye, illetve rendszeres droghasználat esetén annál jobb a szerhasználat abbahagyásának a prognózisa.
- **A fiatalok számára ne legyen kulturálisan elfogadott a droghasználat. Ma még sokszor találkozunk azzal a jelenséggel, hogy egyes fiatalok inkább a droghasználat számát „normatívnak” és nem a drogmentesség. A fiataloknak tisztában kell lenniük a drogok okozta veszélyekkel és azzal is, hogy a fiataloknak csak egy kis része használ visszatérő módon drogokat, tehát „normatív” viselkedésről semmiképpen nincs szó. Ezt a „mindenki drogozik” képet sokszor - akaratán kívül - a tömegkommunikáció is erősíti. A fiatalok viszonyulásától várható a droghasználat megelőzése tekintetében a legnagyobb hatású eredmény. **Annak tudatosítása szükséges, hogy a társadalom túlnyomó része nem használ drogokat.****
- **Az egészséges, drogmentes életstílus váljon vonzóvá.** Ez az előző kijelentés pozitívan megfogalmazott formája. Fontos, hogy ne pusztán a droghasználat ellen

foglaljunk állást, hanem pozitív üzenetet küldjünk a fiataloknak: hogyan lehet egészségesen, produktívan élni. A kérdés a Nemzeti Stratégia által érintett területekre nem szűkíthető le: a kultúra, a közösségfejlesztés, a sport, a szociálpolitika, az ifjúságpolitika szélesebb nézőpontjára van szükség a téma tárgyalásához.

- **Iskolai egészségstratégia kialakítása**, amely kiemelt módon kezeli az iskolai drogstratégiát. Ennek kialakításában és megvalósításában az iskolai drogkoordinációs teamek megalakulása kulcsszerepet játszik. Az iskolában is az általánosabb egészségkultúra részeként kezeljük a drogproblémákat, de a probléma újdonságára és összetettségére tekintettel az egészségkultúra részeként nevesíteni szükséges a kérdést. Az iskolai drogkoordinációs csoport tagjai az iskolai drogkoordinátor, a kortárs-segítő csoport(ok) és a diákönkormányzat, az iskolaegészségügyi szolgálat, a helyi közösségben szerepet játszó ellátó intézmények képviselője, valamint lehetőség szerint szupervízor.

### 6.2.3.2. Közép távú célok

- **Működő egészségfejlesztő, drogprevenციót** tartalmazó programok mindazokon a szintereken, ahol a fiatalok felnőnek (család, közoktatás – alsó- és felső tagozat, felsőoktatás, kiegészítő oktatási rendszerek, szabadidős és más közösségi tevékenységek, sport, egyházi élet).
- Az egészségfejlesztő, drogprevenციós egységeket tartalmazó programok fedjék le a **magyar ifjúság minél szélesebb körét**. Csak a legfontosabb és egyben legnépesebb csoportokat nevesítjük, ahol a drogprevenciónak különösen nagy szerepe van:
  - a közoktatásban és felsőoktatásban résztvevők,
  - az iskolából kimaradók,
  - a munkanélküli fiatalok,
  - a más pszichoszociális okból veszélyeztetettek.
- Fokozódjék a fiatalok drogokkal és a használat következményeivel kapcsolatos
  - **tudása**
  - a drogokkal kapcsolatos **negatív (elutasító) attitűdje**
- A hosszú távú iskolai prevenციós, egészségfejlesztés hangsúlyát a **készségfejlesztésre** kell helyezni. Ez azonban hosszabb folyamat, a hagyományosnak tekinthető, előadás-jellegű tanórák rendszere a készségfejlesztésre csak kevésbé alkalmas. A megfelelő körülmények (képzett tanárok, megfelelő iskolai miliő) megteremtéséig sem vagyunk azonban tétlenségre kárhozthatva.
- A közoktatásban résztvevő fiatalok számára szervezett, az iskolák által igénybe vehető rendszerszerű megelőző programok pénzügyi támogatásának biztosítása. A támogatás révén az iskola képes megelőző-egészségfejlesztő programokat kialakítani, ilyeneket munkatársaival lebonyolítani vagy külső szolgáltatóktól igénybe venni. A tanórán kívüli keretek között szervezett egészségfejlesztési programok célja az egészségfejlesztés kiindulópontjait alapul vevő drogprevenციó. E programok akkor érik el a hatásukat, ha egy-egy osztály diákjai meghatározott terv szerint, tanévenként minimum 6 alkalommal vesznek részt a foglalkozásokon. Fontos szempont, hogy a tematika illeszkedjék a „Nemzeti stratégia” alapelveihez, vala-

mint – amennyiben ilyen létezik – az iskola ill. az iskolafenntartó egészségfejlesztési – drogvencióos stratégiájához.

- **Iskolai drogkoordinátor.** Meg kell nevezni azt az iskolai szakembert (pedagógust, iskolapszichológust, ifjúsági védőnőt, egészségnevelőt), aki e témát megfelelő érzékenysége és szakképesítése okán feladatául kapja és tevékenységéért támogatásban részesül. Az ő feladata az iskolai kábítószer-ellenes stratégia koordinálása, a megfelelő információ biztosítása a tanárok, a diákok és a szülők felé. Ő tartja a kapcsolatot az iskolán kívüli segítő szervezetekkel. Ahol lehetőség nyílik rá, az iskolai drogkoordinátorok feladataival a félállású gyermek- és ifjúságvédelmi felelőst lehet megbízni. A tanárok az iskolai drogproblémákat a pedagógus etika szellemében kezelik.
- Az iskolákban szükséges az egészségfejlesztéssel és az életvezetéssel kapcsolatos tantárgyakhoz **integrált drogvenció** (mely a készségfejlesztést állítja előtérbe). Az önálló kábítószer-megelőzési kurrikulum nem feltétlenül váltja be a hozzá fűzött reményeket: eredményesebb, ha a fiatalok több tantárgy keretében, a drogokkal és a droghasználattal többféle nézőpontból ismerkednek meg.
- A helyi (városi, megyei, regionális) **Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban** legyen szakmailag megfelelő módon képviselve a prevenció.
- Fel kell ismerni és meg kell valósítani a **Magyar Honvédség** drogstratégiája alapján a hadsereg keretein belül folyó prevencióos munka lehetőségeit. Az abban megfogalmazottak alapján szükséges a szakember-képzés erősítése, a megelőzési programok, a kínálatcsökkentés ellenőrző funkciói által és a médiamunka hatékonyabbá tétele révén a Honvédség kötelékeiben szolgálatot végzők drogérzékenységének csökkentésén fáradozni.
- Az iskolaorvosok, védőnők, az iskolában dolgozó nem tanár szakemberek (pszichológusok, szociális munkások), helyi ifjúságsegítők, drogszakemberek prevencióos munkája jobb feltételeinek megteremtése, az együttműködés eredményesebb formáinak kialakítása. Különösen fontos a **kortárs támogatók** szerepe a korosztály megközelítésében és a hiteles információk eljuttatásában.
- Igénybe kell venni és ki kell aknázni az **információs társadalom** nyújtotta lehetőségeket egyrészt a nagy rendszereken keresztül (Sulinet, Teleház, MultiCenter stb.), másrészt létre kell hozni illetve támogatni kell a megelőzési ismereteket speciális technikákkal megvalósító programokat és szolgáltatásokat (CD-ROM, DVD, chat-klubok stb)
- Az ifjúsági problémákra fogékony **ifjúság-, oktatás- és szociálpolitika** nélkül a kitűzött célok nem érhetők el. Ezek javítják a fiatalok szociális, oktatási és munkaerőpiaci helyzetét, segítik a leszakadó/kiszoruló csoportokat. Az intézkedések részletezése azonban már meghaladja a Nemzeti Stratégia kereteit.

### 6.2.3.3. Rövid távú célok

- **Felmérések** a fiatalkori droghasználat elterjedtségéről és ennek monitorozása. A közoktatásban résztvevők körére vonatkozóan erre az ESPAD több hullámban folyó kutatása látszik célravezetőnek, amit helyi (megyei, városi) epidemiológiai felmérések egészíthetnek ki, melyek az ESPAD (vagy más EU-s) módszerét al-

kalmazzák. Így az adatok európai kontextusban összehasonlíthatókká válnak. Szükséges a felsőoktatásban, illetve a korábban részletezett veszélyeztetett ifjúsági körben is felméréseket végezni, majd ezeket időről-időre megismételni a változások nyomán követésére. Ezeket a kutatásokat a KKB keretein belül felállítandó **Drogkutatói Tanács** koordinálja és felügyeli. Az epidemiológiai kutatások során együttműködés valósul meg az ÁNTSZ-szel, az Egészségfejlesztési Kutatóintézettel, illetve annak Egészségügyi Adattárával.

- **Felmérések a prevenció programok elterjedtségéről és hatékonyságáról.** Ma még nem ismert, hogy Magyarországon hány helyen, milyen részvétellel és milyen eredményességgel végeznek - iskolai - prevenció, egészségfejlesztő programokat. Ezek feltérképezése a jövőbeli fejlesztés alapját is adja. Az eredményesség-vizsgálat módszerei közül a folyamatértékelés és a hatékonyság-vizsgálatok látszanak elvégezhető feladatnak (és nem a valójában fontosabb hosszú távú hatékonyság: hogyan változnak a fiatalok droghasználati szokásai).
- A közoktatásban résztvevő fiatalok számára szervezett, az iskolák által igénybe vehető megelőző programok pénzügyi támogatási rendszerének kialakítása. Ma sok esetben esetleges, hogy mely iskolák tudnak megelőző-egészségfejlesztő szolgáltatást nyújtani diákjaiknak. Ezért szükséges egy olyan támogatási rendszer megteremtése, mely ezen szolgáltatások igénybe vételét segíti elő az iskolák számára, és ennek következtében csökkenti az egyenlőtlenségeket a megelőzési-egészségfejlesztési programok igénybevételének területén.
- A kutatások és **hatékonyság-vizsgálatok**, illetve megfelelő programok adaptálásának és kiértékelésének elvégzése kiemelt feladat, mely a módszertani és kutató intézetek, népegészségügyi szakemberek bevonásával történik.
- A prevenció programok **egységes minőségbiztosítása, akkreditációja** az érintett tárcák szempontjai alapján (Egészségügyi Minisztérium, Oktatási Minisztérium, Ifjúsági és Sportminisztérium, a gyermekvédelem és a szociális szféra területén pedig még a Szociális és Családügyi Minisztérium). Az Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállítása. Ezzel elkerülhetővé válik a programok bevezetésének elbürokratizálódása: nem szükséges külön-külön akkreditáltatni a programokat a taníthatóság, az egészségügyi szakértelem és a drogprevenció szempontjai alapján, hanem mindegyik egységes eljárásban kerülhet sor, megfelelő tapasztalatokkal rendelkező szakembergárda bevonásával.
- **Nemzetközi tapasztalatok** felhasználása és hozzáférhetővé tétele. Már az eddig alkalmazott iskolai egészségfejlesztési programok is külföldi kurrikulumok magyarországi adaptációi. Szükség szerint a magyarországi sajátosságok figyelembevételét erősíteni kell, illetve a módszereket a külföldön már bevált monitorozással és hatékonyság-vizsgálatokkal és képzési, továbbképzési rendszerrel kell ki egészíteni.
- **Szervezeti, koordinációs** keretek kialakítása:
  - Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság - Prevenció munkacsoport
  - helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban a prevenció területén dolgozók képviselése
- A fiatalok nem izoláltan élnek egy helyi közösségben, és az iskola sem függetlenítheti magát társadalmi környezetétől. Ezért tartjuk fontosnak a helyi közösségi kezdeményezések erősítését:

- **támogatási, finanszírozási elveik** kidolgozása (önkormányzati, állami, üzleti és civil források felhasználása)
- szülőcsoportok, közösségi programok, egyházak **közösségi munkájának** a támogatása
- **veszélyeztetett fiatalok** számára speciális programok kidolgozása, a meglévők összegyűjtése és megismertetése a szakemberekkel
- (drog)**alternatív szabadidős és sport programok, művészeti tevékenységek** és az ilyeneket szervező intézmények (ifjúsági központok, klubok, művelődési házak, gyermekjóléti szolgálatok stb.) támogatása
- **Információs kiadványok, médiaesemények**, telefonos segítőszolgálatok támogatása
  - a fiatalok különböző csoportjai,
  - szülők,
  - tanárok, segítők számára.

Itt a médiával kapcsolatban leírtakat tartjuk irányadónak: a tervezett, megfelelően előkészített, a célcsoport, a közvetítő médium és az üzenet megfelelő kiválasztásán alapuló programok eredményesek; az "általános" prevenciós programok noha látványosak, de a költség-haszon arányuk rendkívül kedvezőtlen. Kiemelkedő jelentősége van a helyi média (újságok, kábeltévé, diákújságok stb.) bevonásának.

- **Képzés.** Azokat az egészségfejlesztéssel foglalkozó, drogprevenciós képzéseket hangsúlyozzuk, melyek speciálisan a serdülő- és fiatalkor problémáival foglalkoznak:
  - A pedagógus-továbbképzésben a prevenciós képzés, az egészségfejlesztés kapjon hangsúlyt. Ezek a képzések kapcsolódnak a pedagógusok kötelező, akkreditált továbbképzéséhez.
  - A tanárképzésben a prevenció, egészségfejlesztés jelenjen meg (hiszen a tanárok megfelelő speciális ismeretek nélkül végzik el a tanító- és tanárképző oktatási intézményeket).
  - A szociális- és gyermekvédelemmel foglalkozó szakemberek képzése és továbbképzése.
  - Lelkészek és egyházi munkások továbbképzése.
  - Iskolai drogkoordinátorok (akik lehetnek gyermekvédelmi pedagógusok, iskolapszichológusok, egészségnevelők stb.) képzése.
  - Kortárs képzés, kortárs támogatók képzése. A kortárs képzés szakmai és etikai alapjainak kidolgozása, valamint a kortárs segítők tevékenységi és kompetenciakörének kidolgozása megfelelő szakmai grémiumok feladata. Egységes képzés csak ezen alapelvek kidolgozása után tervezhető.
  - Az iskolaszék tagjainak, elsősorban a szülők egészségfejlesztő, prevenciós hangsúlyú képzése.

**6.2.3.4. A monitorozás mutatói és eszközszerkezete**

	<b>eredményességi mutatók</b>	<b>a monitorozás eszköze</b>
<b>hosszú távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>epidemiológiai mutatók</li> <li>attitúd, életstílus mutatók</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>epidemiológiai vizsgálatok</li> <li>attitúd- és életstílus kutatások</li> </ul>
<b>közép távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>attitúd, ismeretváltozás az iskolában és veszélyeztetett fiatalok csoportjai körében</li> <li>tanárok prevenció, egészségfejlesztési képzettsége</li> <li>a közoktatás intézményrendszerének keretein belül az egészségfejlesztési-drogmegelőzési programok rendszerszerű megvalósítását elősegítő támogatási rendszer kiépülése</li> <li>iskolai drogstratégiák létrejötte</li> <li>iskolai drogkoordinátorok számának gyarapodása</li> <li>helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban prevenció szakemberek részvétele</li> <li>helyi intézményközi összefogásról írásos beszámolók</li> <li>marginalizálódott (iskolából kiesett, munkanélküli, veszélyeztetett) fiatalok száma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>attitúd- és ismeretfelmérések</li> <li>tanári tevékenység monitorozása, iskolai minőségbiztosítás keretében a prevenció, egészségfejlesztés értékelése</li> <li>írásos beszámolók a helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működéséről és tapasztalatairól (a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság számára, éves országjelentés elkészítése céljából)</li> <li>szociológiai és egészségügyi felmérések a magyar fiatalok helyzetéről</li> </ul>
<b>rövid távú célok teljesítése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>iskolai (kurrikulumszerű) drogprevenció programok támogatása</li> <li>fiatalok közötti epidemiológiai kutatásokra fordított összeg növekedése</li> <li>a szakemberek számára hozzáférhetővé tett prevenció adatbázis(ok)</li> <li>akkreditált prevenció és tanár-továbbképző programok száma és az azokban résztvevők száma</li> <li>szervezeti keretek létrejötte</li> <li>információs kiadványok számának növekedése és az ország „lefedettsége” ebben a tekintetben</li> <li>médiaesemények száma</li> <li>tanárképzés kurrikulumának bővülése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>információs kiadványok számának növekedése és az ország „lefedettsége” ebben a tekintetben</li> <li>fiatalok körében epidemiológiai kutatásokra fordított összeg növekedése</li> <li>időarányos költségráfordítás</li> <li>prevenció adatbázis létrejötte</li> <li>akkreditált programok elfogadása</li> <li>médiaelemzés</li> <li>tanárképzés és -továbbképzés tanmenetei</li> </ul>



### **6.3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció)**

#### **Összefoglalás:**

Magyarországon a droghasználók kezelése vonatkozásában a kezelési lánc (a kapcsolatfelvételtől a detoxikáción és a terápián át az utógondozásig, rehabilitációig és a droghasználat okozta ártalmak csökkentéséig) minden eleme alulfejlett és súlyos kapacitási gondokkal küzd. Ezért a lánc minden eleme fejlesztésre szorul, de a legsürgetőbb feladat elsősorban a kapcsolatfelvételt, az intézményrendszerbe történő bejutást lehetővé tevő szervezeti formák fejlesztése. Ehhez a ma még Magyarországon csak kis mértékben elterjedt intézményi formák, szakmai módszerek fejlesztésére van szükség. Kapacitás- és finanszírozási problémákkal küzd a kezelést követő utógondozás és rehabilitáció is. Fejlesztésre szorul a droghasználók speciális kezelésének kapcsolata más orvosi szakmákkal és a szociális ellátórendszerrel. Meg kell teremteni az ellátás hiányzó szakmai protokolljait, az ellátó intézmények szakmai akkreditációját a megfelelő szakmai szervezetek bevonásával, a nemzetközi ajánlások figyelembevételével. Különösen sürgető ez olyan területeken, ahol a speciális beavatkozásoknak Magyarországon nincsenek (vagy alig vannak) hagyományai. Ilyen a gyermekkorúak addiktológiai ellátása, a speciális (más kórképben is szenvedő) betegek ellátása, a büntetés-végrehajtó-intézményeken belüli programok és az ártalomcsökkentés területe.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok, valamint a KKB munkacsoportjai a kezelés helyi és országos koordinációjának és más szakmákkal történő együttműködésének szervezeti alapjait bővítik.

#### **6.3.1. A kezelés szemléleti kerete:**

Az illegitim droghasználat *pszichiátriai (betegség) modellje* elsősorban a függőségi állapotok leírására alkalmas, különösen azokban az esetekben, ahol súlyos - főként testi - elvonási tünetekkel, hosszú időtartamú függőséggel, komorbiditással (egyéb pszichiátriai rendellenességgel), illetve más egészségügyi szövődménnyel kell számolni. Ilyenkor a pszichiáter (addiktológus) közreműködése elengedhetetlen, továbbá a kezelés folyamatában bentfekvéses kezelést (kezeléseket) kell valószínűsíteni. A modellből fakadó célkitűzés az absztinencia elérése és az absztinens életmód további - pszichoszociális - feltételeinek kialakítása.

Az illegitim droghasználat *pszichoszociális (szociológiai, antropológiai) modellje* elsősorban a prevencióban, valamint függőségi állapotokban az előző pontba nem sorolható esetekben (pl. amikor nincs súlyos függőség, hiányzik a "kettős diagnózis"), illetve a stabil absztinencia elérését követően alkalmazható. Ugyanez a megközelítés a drogok egészségügyi és szociális kárainak csökkentésére is beválhat. A pszichoszociális modellen alapuló segítő kapcsolatban többféle szakember kap szerepet: szociális munkások, addiktológus konzultánsok, pszichológusok, pszichiáterek, lelkészek, egyházi szociális munkások, felépült szenvedélybetegek, továbbá önszorgító csoportok, valamint nem a szenvedélybetegek ellátására szakosodott intézmények,

mint együttműködő szervezetek. A pszichológusi, pszichiáteri közreműködés szervezett formáit (elérhetőség, szupervízió) itt is figyelembe kell venni.

E modellhez jól illeszkedik - a terápia oldaláról - a szenvedélybetegek közösségi ellátása, mely a felsorolt szakemberek, illetve intézmények integrált együttműködését jelenti (pl. esetmenedzser rendszer segítségével). Itt szerepet kaphatnak egyéb intézményi formák is, pl. nappali kórház és szanatórium, félutas intézmények és átmeneti otthonok, rehabilitációs otthonok. Az absztinencia elérése nem az első lépésben történik, ezért kapnak szerepet a motiváló, valamint - más megközelítésben - a droghasználat egészségügyi és szociális kárait csökkentő programok. Ugyanakkor e modell alapján jól felépíthető az absztinencia elérését követő szermentes életmód feltételrendszere.

A terápia célja a "szendély" fölötti kontroll vissza, illetve megszerzése, a produktív életstílus kialakítása, az ehhez vezető változások elősegítése, az egészség holisztikus modelljének szellemében. Ennek egyik útja az addiktív magatartás feladása, ennek időleges hiányában a másik út pedig az addiktív magatartás kontrollálása, az egyénre és a társadalomra háruló ártalmainak csökkentése.

A szenvedélybetegek gyógyulásával kapcsolatos pozitív attitűd megerősödése mind a szenvedélybetegek körében, mind pedig a klinikus szakemberek és a szélesebb közvélemény szemében - pozitív visszacsatolásként - a változás "kezdemenyezéséhez" és a terápia végig viteléhez szükséges tényező.

A terápia azt jelenti, hogy olyan segítséget nyújtunk klienseinknek, hogy elérjék optimális életműködésüket, és ez hosszú időn át tegyék, ameddig csak lehetséges. Ugyanakkor olyan világban élünk, ahol a terápiára fordítható anyagi és emberi erőforrások korlátozottak; a klienseknek - elvileg legalábbis - több igényük van, mint amit a társadalom e tekintetben ki tudna elégíteni. Így az előbb megfogalmazott nyilvánvaló cél mellett állandóan döntéseket kell hoznunk, hogy melyik terápiás eszközt alkalmazzuk, az adott kezelésre melyik kliens csoport a legalkalmasabb és melyik a legeredményesebb, költségráfordítás szempontjából is a leghatékonyabb terápiás forma.

Ma egy korszerű terápiás (bio-pszicho-szociális) programtól nemcsak azt várjuk el, hogy valaki absztinens legyen vagy legalább rövid távon is mérséklődjenek a kábítószer-használat testi, lelki és társadalmi költségei, hanem azt is, hogy az élet minél több területén a lehető legjobban válják képessé kifejtetni képességeit, és legyen képes visszaesés nélkül megőrizni elért egészségi állapotát.

Ezek alapján a szenvedélybetegek kapcsán (beleértve a kábítószer-használókat is) háromféle terápiás célkitűzést fogalmazunk meg<sup>20</sup>:

1. Pszichoaktív-anyagtól mentes élet elérése:
  - a, az absztinencia iránti motiváció felkeltése és fokozása
  - b, pszichoaktív-anyagtól mentes életstílus kialakítása
2. A különféle élettevékenységek lehető legnagyobb elégedettséggel történő megvalósításának segítése
  - a, optimális egészségügyi állapot elérése és fenntartása
  - b, pszichiátriai tünetek és zavarok megállapítása és kezelése
  - c, a mindennapi életvitelhez szükséges készségek és tudások elsajátítása
  - d, házassági és családi problémák megoldása

<sup>20</sup> Schuckit M A (1994): Goals of treatment. In: Galanter M és Kleber HD (szerk.): The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Press, Washington, DC. 3-10. o. nyomán

e, a munkával, a foglalkozással és a megélhetéssel kapcsolatos kérdések rendezése

f, a hajléktalansággal kapcsolatos kérdések rendezése

g, spirituális igények kielégítése, és az értékvilág társadalom-konform kialakítása

3. A visszaesés megelőzése és a kábítószer-használat következtében fellépő ártalmak csökkentése. A kábítószer-függőség krónikus betegség, mely igen gyakran visszaesésekkel jár. Ennek valószínűségét növeli az előző pontokban kifejtettek hiánya. A visszaesések megfelelő módszerekkel megelőzhetőek. Ez a megközelítés az utóbbi időben önálló terápiás céllá vált, megfelelő módszerekkel párosulva.

### 6.3.2. Ártalomcsökkentés

Az ártalomcsökkentő módszerek lényege a pszichoaktív-anyag használat okozta ártalmak csökkentése mind az egyén, mind pedig a társadalom vonatkozásában. Az ártalomcsökkentő módszerek abból a tényből indulnak ki, hogy az emberek egyes csoportjai nem képesek vagy nem hajlandók felhagyni pszichoaktív-anyag használatukkal életük egy hosszabb-rövidebb időszakában. Bizonyos értelemben idesorolandók azok is, akik visszaesőként *még* nem keresnek terápiás segítséget. Az ártalomcsökkentés fogalma a HIV/AIDS járvány „robbanása” idején jelent meg, és a kábítószer-használatot elsősorban közegészségügyi problémaként kezeli - éppen az előző fertőző betegséggel való szoros kapcsolata miatt. Az ártalomcsökkentő módszerek a HIV (és hepatitisz) fertőzésnek kitett intravénás droghasználó csoportokban lényegében az egyetlen *hatásos és költség-hatékony* megelőző módszert jelentik: speciális beavatkozások a krónikus, leszokásra nem motivált droghasználók esetében életmentők, súlyos, az életre veszélyt jelentő betegségeket lehet így megelőzni, miközben nem mondunk le a teljes drogmentesség elérésének hosszú távú céljáról sem. Az ártalomcsökkentés legfontosabb módszereit (a megkereső munkát, a fenntartó kezelést és a tücsere-programokat az Európai Unió minden országában alkalmazzák, és az uniós akciótervek hangsúlyozzák fontosságukat /az Európai Unió drogellenes akcióterve 2000-2004/).

### 6.3.3. A terápiák eredményessége

Az egészségügyi ellátás tervezésekor figyelembe kell venni a külföldön végzett eredményesség-vizsgálatokat. A kábítószer-használókkal kapcsolatos, reprezentatív vizsgálatok szerint<sup>21</sup> a terápiák hatékonyak, és csökken a bűnözés is.

Az egészségügyi ellátás tervezésekor számításba kell venni, hogy a tapasztalatok szerint a drogfüggőség krónikus, sokszor hosszan elhúzódó, visszaesésekre hajlamos (kór)lefolyást mutat. Ezt támasztja alá sokszor a többszörös kezelési epizódok sorozta is. A felépülés tehát legtöbbször kezelési epizódok során át, ciklikusan történik, így a legtöbb esetben nem lehet elvárni „egyből” megvalósuló, azonnali terápiás eredményt. A kutatások kimutadják, hogy a rövid távon eredménytelen kezelések hosszú távon összeadó pozitív hatást fejtenek ki.

A kábítószer-problémákkal küszködők kezelése a segítő szakmák együttműködését teszi szükségessé, hiszen ez a probléma az élet minden területét érinti, beleértve a

<sup>21</sup> Hubbard RL, Marsden ME, Rachal JV, Harwood HJ, Cavanaugh ER és Ginzburg HM (1989): Drug abuse treatment: A national study of effectiveness. University of North Carolina Press, Chapel Hill. Hubbard RL, Craddock G, Flynn PM, Anderson J és Etheridge RM (1997): Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11,4:261-278.

testi és lelki egészséget, az értékek világát, a személyes, családi és társadalmi kapcsolatok rendszerét. Okaként, velejárájaként vagy következményeképpen olyan problémák jelennek meg, melyek csak ritkán befolyásolhatók egy szakma művelői által. Ezért a kábítószer-problémák kezelése interdiszciplináris és átfogó megközelítést igényel.

Az egészségügyi ellátás tervezésénél számításba kell venni az **alapellátást**, hiszen várható, hogy az illegitim droghasználók egy része itt is meg fog jelenni. A háziorvosi munka a korai felismerésben, a pszichoszociális/közösségi modellhez illeszkedő ellátásban és a szakirányú beutalásban kap szerepet. Ezért jelentősége kiemelkedő. A háziorvosi ellátás addiktológiai-szakmai megerősítése a kezelés eredményességét és hatékonyságát alapvetően és pozitívan befolyásolja.

A droghasználók által igénybevett más egészségügyi ellátási formák és szolgáltatások fejlesztésére is feltétlen szükség van: elsősorban mentőszolgálattal, oxyológiai munkával, baleseti belgyógyászattal és sebészettel, intenzív medicinával stb kerülhetnek kapcsolatba. A szenvedélybetegek felépülési modellje a kezelés egyes stádiumaiban különböző szakemberek különböző típusú intervencióit feltételezi. Ebben a *visszaesés-megelőzésnek* kitüntetett szerep jut.

**Biztosítani kell régióként és megyéként a sürgősségi állapotok ellátásának, a fizikai elvonási tünetek kezelésének** (akár bentfekvéses, akár ambuláns formában), az esetlegesen társuló pszichiátriai rendellenességek diagnosztizálásának és terápiájának, valamint a hosszú távú kezelés: a pszichoszociális problémák segítése, a visszaesés megelőzése és a rehabilitáció egységes lehetőségét. Ezek a szolgáltatások multidiszciplináris team meglétét igénylik, melynek tagjai az orvos (pszichiáter, addiktológus), a pszichológus, a szociális munkás, a gondozó/ápoló, a különböző foglalkozású terapeuták, az addiktológus konzultáns, a jogász, a lelkész, és lehetőség szerint a felépült szenvedélybeteg. Az ún. *magas küszöbű*, absztinencia-orientált programokat és kezelőhelyeket *alacsony-küszöbű* szolgáltatások egészítik ki. Utóbbiak profilja a megkereső tevékenységre, utcai munkára, motiválásra, konzultációra és a droghasználat okozta egészségügyi és szociális károk mérséklésére terjed ki. Ezek közül a módszerek közül a helyettesítő-fenntartó kezelések külön szabályozást igényelnek.

### 6.3.4. A kezelés céljai és cselekvési terve

#### 6.3.4.1. Hosszú távú célok

- **Megállítani és visszafordítani a droghasználókkal küzdők számának emelkedését.** Habár valószínűleg rövid távon inkább a droghasználat emelkedésével kell még számolni (amiben a helyzet pontosabb megismerése is szerepet fog játszani), hosszabb távon azonban a droghasználat növekedési ütemének csökkentését, megállítást, sőt a trend megfordítását tűzzük ki célul.
- **A droghasználat okozta társadalmi és egészségügyi ártalmak és károk csökkentése.** Egy szerénynek mondható becslés szerint is tízmilliárdokban mérhető a drogfogyasztás társadalmi kára (ebbe beleértve az ápolási költségeket, a betegszabadság, a táppénz és a rokkantsági nyugdíj összegeit, a termelésvesztést, az idő előtti elhalálozás miatti termelésvesztést, a bűnözés közvetlen és közvetett [áldozati oldal] kárait, a bűnüldözés és a büntetés-végrehajtás költségeit).

Külföldi költséghatékonyság számításokból tudjuk, hogy a prevencióra, a terápiára és az ártalomcsökkentésre fordított költségek jelentősen csökkentik a droghasználat társadalmi kárait (a bűnözésből és bűnüldözésből fakadó költségeket, a drogfüggőség súlyosabb állapotainak és szövődményeinek, elsősorban az AIDS betegség előfordulását és így kezelési költségeit, valamint a szociális kiadásokat), egyes felmérések szerint minimum tízszeres megtérülés mellett.

- **Az egészségügyi és a szociális ellátás elérhetőségének, fogadókészségének és hatékonyságának növekedése, a droghasználók és családtagjaik kezelésében - a „kezelési spektrum” teljes kiépülése, megfelelő kapacitással.** Mint a Nemzeti Stratégia is több helyen megállapítja, Magyarországon a terápiás lánc minden eleme mennyiségileg és bizonyos szempontból minőségileg is alulfejlett, a „lánc” több eleme hiányzik. A „kezelési spektrum” súlyos kapacitási gondokkal küzd, emiatt a korai kezelésbevitel és a rehabilitáció-utókezelés szinte teljesen megoldatlan. A hiányok felszámolása már rövid távon is sürgető feladat, azonban a hátrányok - beleértve a képzett és anyagilag megbecsült szakemberek létét - olyan nagyok, hogy a „kezelési spektrum” teljes kiépülése csak hosszabb távon képzelhető el.
- A Nemzeti Stratégia a **szenvedélybetegek szociális ellátásának** fejlesztését, a differenciáltabb intézményi ellátások állami támogatását kiemelt célnak tartja (elsősorban a területi és a nappali szociális ellátások bővítését).

#### 6.3.4.2. Közép távú célok

- **A droghasználók egészségügyi kezelésének társadalmi és szakmai elfogadottságának növekednie kell.** Ma még sokszor találkozunk mind a szakemberek, mind pedig a közvélemény részéről olyan véleményekkel, melyek megkérdőjelezik az egészségügyi ellátás indokoltságát, akár szakmai, akár erkölcsi, akár anyagi okokból. Ezeket a nézeteket megfelelő érvekkel cáfolni kell: a droghasználók egészségügyi kezelése hosszabb távon csökkenti a droghasználatból származó társadalmi, egészségügyi és kriminális károkat. A drogfüggők betegek, akiket kezelni elemi humanitárius kötelességünk. A drogfüggés pedig a Betegségek Nemzetközi Osztályozási (BNO) rendszerének önálló diagnózis csoportja. A drogbeteg megfelelő egészségi ellátáshoz jutása alkotmányos jog.

*(Az Alkotmány 70/D. pontja: § „(1) A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.*

*(2) Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testnedvesség biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.”)*

A droghasználókkal küzdő személyek számára nemre, etnikai és nemzeti hovatartozásra, vallásra, szociális helyzetre tekintet nélkül kell biztosítani a kezelőrendszerhez történő hozzáférés lehetőségét és a személyes méltóságukat tiszteletben tartó kezelést, mely személyes adataik védelmét is maradéktalanul biztosítja.

- **A segítő kapcsolatban (a kapcsolatfelvételtől a kezelésen át a reszocializációig) résztvevő droghasználók számának növekedése.**

- Az ún. „segítő spektrum” (azaz a kapcsolatfelvétel különböző formái intézményen belül és kívül, a járó- és fekvőbeteg ellátás, rehabilitáció és reszocializáció intézményei, a tanácsadó és konzultációs központok, nappali intézmények, a védett szállások és munkahelyek) fejlesztése a következő mutatók tekintetében:
  - **kapacitás:** fogadó-, illetve férőhelyek száma, a kontaktusteremtés és a kezelés lehetőségei.
  - **elérhetőség:** könnyen, megbélyegzés mentesen és jogi értelemben védett módon elérhető kezelőhelyek, melyek a korai kezelésbevételt is biztosítani képesek. Figyelembe kell venni azt a tapasztalatot, hogy jelentős droghasználó csoportok, elsősorban a szintetikus drogok használói, a hagyományos felépítésű egészségügyi intézményeket nem, vagy nem szívesen keresik fel.
  - **hatékonyság:** ennek eléréséhez az absztinencia célkitűzése mellett a kliens komplex bio-pszicho-szociális státuszát, a produktív élet megvalósítását lehetővé tevő kezelés hatékonyságát kell növelni.
  - **differenciáltság** (kliens/módszer összeállítás): azonosítani és alkalmazni kell azokat a beavatkozási formákat, melyek az adott állapot súlyosságának és típusának leginkább megfelelnek. A súlyos függőségben és esetleg más pszichiátriai betegségben szenvedő páciensek számára nagy valószínűséggel a bentfekvéses, míg más páciens populációk számára az ambuláns kezelés a költséghatékonyabb.
  - **komplex bio-pszicho-szociális szemlélet:** a függőség az élet egész területére kiterjed, ezért önmagában gyógyszeres vagy pszichoterápiás módszerekkel tartósan nem befolyásolható a páciens állapota. Szakítani kell azzal a megközelítéssel, mely a méregtelenítés kizárólagosságát hirdeti. A méregtelenítés csak a kezelés bevezető fázisa, melyet - súlyosabb függőség esetében - hosszú távú szomatikus, pszichoterápiás és szociális kezelés, illetve rehabilitáció követ, különös tekintettel az utógondozásra, mely idő alatt a páciens már a közösségben él.
  - **multidiszciplináris kezelőszemélyzet:** az előző ponttal összhangban a szemlélet a kezelőszemélyzet differenciáltságát is jelenti: orvos, pszichológus, szociális munkás, gondozó, terapeuta, addiktológus konzultáns, jogász, lelkész, felépült szenvedélybeteg részvételét a kezelés és a rehabilitáció folyamatában, valamint az összehangolt csapatmunkát vagy esetkezelést.
  - **közösségi megközelítés:** az újabb terápiás megközelítések csak a szükséges, lehető legrövidebb ideig tartó intézményi kezelés mellett a közösségi/közösségközeli kezelést és rehabilitációt hangsúlyozzák.
- **Az egészségügyi és a szociális ellátás közötti együttműködés.** A közösségi erőforrások (civil szektor) mobilizálása nélkülözhetetlen az eredményes beavatkozások tervezésekor és kivitelezésekor. Szükséges a két ellátórendszert érintő jogszabályok harmonizációja.
- Meg kell előzni az intravénás kábítószer-használók között a **HIV (AIDS)** megjelenését, és csökkenteni a hepatitisz (elsősorban a **hepatitisz C**) terjedését.

- **Csökkenteni kell** a kábítószer-használók által elkövetett bűncselekmények számát különböző szociálpolitikai eszközök alkalmazásával is (pl. védett szállások és munkahelyek, nappali gondozás, reintegrációs programok stb.).
- Csökkenteni kell a **hajléktalanok** közötti kábítószer-használat nagyságrendjét, illetve az egészségügyi ártalmak kezelésére alkalmas ellátásokat kell biztosítani a hajléktalanokkal foglalkozó intézményrendszer minden területén. Fel kell mérni a hajléktalanok kábítószer-használatának jellemzőit, a probléma kiterjedtségét ebben a rizikócsoportban.
- Csökkenteni kell a kábítószer-használattal kapcsolatos **egészségügyi ártalmakat és kockázatokat**.
- Ki kell alakítani és alkalmazni kell a kábítószer-használókkal foglalkozó egészségügyi és szociális (állami, önkormányzati és civil) intézmények **minőségbiztosítását és értékelését**.
- **Civil szervezetek minőségkontrolljának kialakítása.** Ma sok civil szervezet foglalkozik droghasználók rehabilitációjával, illetve a rehabilitáció egyes elemeivel. Munkájukról és annak hatásfokáról, költséghatékonyság mutatóiról azonban nem rendelkezünk megbízható adatokkal. A jól működő szervezetek azonban közfeladatokat látnak el, mely közpénzek felhasználását is jelenti. Közpénzeket pedig csak szakmailag, pénzügyileg megfelelő módon működő szervezetek kaphatnak. A szakmai protokollok kidolgozása szakmai testületek feladata, ellenőrzésük pedig szakmai és hatósági jogkör. Ma még hiányoznak, nem kellően elterjedtek, vagy nem széles szakmai konszenzuson nyugszanak a civil szervezetek minőségbiztosításának szempontjai.
- **Újra kell gondolni a finanszírozás elveit.** A droghasználók kezelésének és rehabilitációjának finanszírozásába az Országos Egészségbiztosítási Pénztár mellett más pénzforrásokat is be kell vonni: a központi költségvetésből és az önkormányzatok pénzalapjaiból kell finanszírozni az intézményfejlesztést. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár jelenlegi szolgáltatás- és gyógyszer finanszírozási eljárása, valamint intézménybefogadási gyakorlata nem teszi lehetővé a droghasználók széleskörű kezelését és az intézményrendszer bővítését. Egyes gyógyszerek esetében meg kell oldani a teljes vagy a részleges támogatás lehetőségét. Biztosítani kell a droghasználók kezelése során igénybe vett szociális szolgáltatások finanszírozását is a megfelelő forrásokból.
- **Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok létesítése.**  
Ehelyütt csak a terápiával és a rehabilitációval kapcsolatos feladatokat emeljük ki:
  - helyi koordinálás
  - helyi szolgáltatások hozzáféréseinek nyomon követése, és erről a szakemberek és a közvélemény informálása
  - helyi szolgáltatások kapacitásának nyomon követése és szükség szerinti fejlesztése
  - A szakemberek számára vonzóvá kell tenni a területen végzett munkát, a szakmai fejlődésüket elő kell segíteni. Nem lehet pusztán a szakemberek elhivatottságára építeni egy országos probléma kezelésében.

- **Létre kell hozni a szakmai (akkreditált, szükség esetén, pl. a szakorvosképzés területén pontszerző) továbbképzések széles választékát**, melyek részben az előző pontban említett célt szolgálják, részben pedig a meglévő tudás és tapasztalat szélesebb körben történő elterjesztését jelentik a hatékonyabb munkavégzés érdekében.
- A graduális (nappali) képzésben (orvos, pszichológus, szociális munkás képzés, ápoló, diplomás ápoló képzés) **speciális blokkokat szükséges** bevezetni a kábítószer-problémák megismerésével és azok kezelésével kapcsolatban.
- A **tudományos kutatások** és az eredmények visszacsatolása elengedhetetlen az eredményes munka végzéséhez, a folytonosan változó kábítószer-probléma hatékony kezelésében. Megfelelő pénzalapok, kiemelt pályázati lehetőségek szükségesek az e területen tapasztalható évtizedes lemaradás pótlása érdekében. Ugyanebből a célból nagyobb figyelmet kell szentelni a külföldi együttműködésekre, képzésekre és tanulmányutakra. A kutatások fejlesztése mind az orvosbiológiai, gyógyszerészeti és labordiagnosztikai területeken, mind a klinikum és a szélesebb értelemben vett kezelés, mind pedig a társadalomtudományok területén elengedhetetlen.

#### 6.3.4.3. Rövid távú célok

**Kezelési kapacitás növelése az állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek fenntartásában működő terápiás és rehabilitációs intézmények tekintetében.** A kapacitásfejlesztéssel kapcsolatban az alábbiakban javaslatot teszünk. A megyénkénti ellátóhely sok esetben már ma is adott; viszont vannak olyan megyék, ahol semmilyen specifikus ellátás nem áll rendelkezésre. Az addiktológiai járó- és fekvőbeteg ellátás sok területen az alkoholbetegek ellátásával együtt valósul meg (ún. TÁMASZ ambulanciák). Szakmailag kell értékelni ezt a helyzetet, és a helyi adottságoktól függően kell önálló járóbeteg (ambulancia) vagy fekvőbeteg (részleg, osztály) egységet szervezni drogbetegek számára.

**Előnyt élveznek a következőkben részletezett ellátási formák:**

- **Megkereső programok.** Céljuk a droghasználók (elsősorban heroin- és amfetamin-használók) felkutatása és segítő kapcsolat létesítése, illetve terápiára motiválása, vagy ártalomcsökkentő módszerek alkalmazása. Megkereső munkát végző szakemberek (szociális munkások, addiktológiai konzultánsok és a gyermekjóléti szolgálatok munkatársai, egyházi és civil szervezetek aktivistái stb.) dolgozhatnak:
  - azokon a helyszíneken és színtereken, ahol ezek - a terápiás kapcsolatot egyébként nem kereső - fiatalok élnek vagy szórakoznak. Külön említést érdemelnek egyes roma csoportok, ahol az injekciós szerhasználat, valamint a szerves oldószer fogyasztás nagymértékű (ezzel kapcsolatban statisztikai adataink nem állnak rendelkezésre, csak a szakemberek figyelmeztető jelzései utalnak erre).
  - személyes kapcsolatfelvétel és személyes vizitálás olyan intézményekben, ahol drogfüggő személyek jelentős számban előfordulnak (pl. börtön, ifjúsági otthon, baleseti belgyógyászat).



### ***A megkereső programok jelentős fejlesztése illetve támogatása indokolt.***

- **Alacsony-küszöbű szolgáltatások, ártalomcsökkentő programok** (megkereső szolgálatok, telefon-szolgálatok, tanácsadás, jogsegély, tűcsere, stb.). Az ún. alacsony-küszöbű szolgáltatás kifejezés azt jelenti, hogy a droghasználókkal szemben - mintegy a kapcsolatfelvétel első fázisában - nem várják el, hogy azonnal abbahagyja a droghasználatát, és a drogmertességet megkövetelő kezelőhelyek szigorú terápiás szerződéséhez és házirendjéhez alkalmazkodjék. Ez a speciális droghasználói kör erre - droghasználatuk adott stádiumában - nem vállalkozna. A HIV vírus terjedésével kapcsolatban a megkereső munkának, a tűcsere-programoknak, valamint a fenntartó szubsztitúciós (metadon, buprenorfin, LAAM) kezelésnek van nagy jelentősége intravénás használók körében. Mindezek fontosságát a kelet-európai országok számára készített ajánlásában a WHO Európai Irodája, valamint az ENSZ AIDS-ellenes kelet- és közép-európai kezdeményezései (a genfi és a kijevei találkozók és megállapodás, 1999. őszén) is kiemelik.

Ezeket a programokat kezelőhelyek szakmai ellenőrzése alá célszerű rendelni, és mindegyik esetében - a módszer adaptációja mellett - a hazai alkalmazás protokollját kell elkészíteni. (A metadon fenntartó kezelés szakmai protokollját a Pszichiátriai Szakmai Kollégium elfogadta.) A programok szervezése nemcsak a segítő szakmákat, hanem pl. a rendőrséget is érinti, ezért a protokollok kidolgozásába bevonásuk indokolt.

Az ártalomcsökkentő módszerek alkalmazása a nemzetközi kutatások eredménye alapján akkor eredményes, ha szervesen kapcsolódik más kezelési megelőzési formákhoz. ***Az alacsony-küszöbű szolgáltatások jelentős fejlesztése illetve modell-intézmény hálózat kialakítása indokolt.***

- **Helyettesítő kezelések (metadon, buprenorfin, LAAM).** A metadon (Depridol), mint szintetikus kábítószer gyógyászati alkalmazása nemzetközileg elismert, és egyben a legelterjedtebb az ópiátfüggők esetében. Terápiás felhasználására a detoxifikáció (méregtelenítés), a rövid- illetve hosszú idejű fenntartó kezelés keretében kerülhet sor. Szomatikus szövődmények és vérrel terjedő fertőző betegségek (elsősorban a hepatitisz C és külföldi tapasztalatok alapján a várható HIV vírus) terjedése, valamint a drogozás egyéb egyéni és társadalmi ártalmainak (pl. bűnözés) csökkentése miatt Magyarországon is célszerű bevezetni a fenntartó metadon kezelést. Erről már szakmai állásfoglalás is született. Ez tartalmazza a bevezetés menetét: néhány országos centrumban, meghatározott indikációk alapján részesülne ebben a kezelésben a heroinhasználók egy meghatározott csoportja. Célszerű ennek a protokollnak a kibővítése más helyettesítő szerekek vonatkozásában is, hiszen ma már egyre több helyen is alkalmaznak eredményesen más szereket is (mint pl. az ugyancsak szintetikus opiát-származék buprenorfin és LAAM gyógyszereket). ***Rövid távon régióként minimum egy fenntartó kezelési centrum létrehozása és működtetése indokolt.*** Közép távon lehetőleg megyénként kell kialakítani ezen intézmények hálózatát.

- **Konzultációs központok.** A droghasználók és hozzátartozóik számára könnyen elérhető programok, melyek jól strukturált segítő kapcsolat keretében („counseling”) foglalkoznak a droghasznákkal, illetve adnak segítséget szociális, jogi, munkavállalási, családi ügyekben. A Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálatok egyre több városban nyújtanak pszichoszociális ellátást. ***Megyéenként minimum egy konzultációs központ létesítése és működése indokolt.***
- **Ambuláns ellátás: drogambulanciák, TÁMASZ-gondozók.** Fő feladatuk a droghasználók méregtelenítése (ambuláns formában, vagy bentfekvéses intézményekkel együttműködve), majd a szermentes életforma fenntartásának elősegítése orvosi, pszichológusi, pszichoterápiás módszerekkel, a családi és szociális problémák enyhítésének kiegészítésével. Fontos feladatuk a drogfüggőség mértékének pontos meghatározása, az esetleges társuló pszichiátriai (vagy más orvosi) problémák diagnosztizálása és kezelése (szükség szerint konzíliárius orvossal vagy más egészségügyi intézménnyel folytatott együttműködés keretében). A szintén ambuláns ellátást nyújtó addiktológiai szakrendelések továbbfejlesztése indokolt a TÁMASZ-modellnek megfelelően. ***Megyéenként minimum egy drogambulancia létesítése és működése indokolt.***
- **Ópiát-fogyasztók** kezelésében a szermentességet fenntartó gyógyszeres kezelés (naltrexon) biztosítása OEP támogatással és megfelelő kiegészítő lelki és szociális gondozási formákkal. Meg kell oldani a detoxikáláshoz és terápiához szükséges más gyógyszerek törzskönyvezését és OEP általi kiemelt támogatását is.
- **Sürgősségi állapotok ellátása.** A sürgősségi állapotok orvosi ellátása megoldottnak mondható, a problémát inkább ezek felismerése jelenti (az intoxikált droghasználóval találkozó szakember vagy laikus részéről). Ugyanakkor a pontos diagnózist megalapozó laboratóriumi háttér nem felel meg a növekvő igényeknek. A sürgősségi állapotok ellátásának nem szorosán vett orvosi problémája, hogy a droghasználók egyes köreiből bizalmatlanság tapasztalható az ellátó orvosi személyzet, illetve a mentőszolgálat iránt. Itt az adatvédelem szabályainak fokozottabb betartására van szükség. További probléma, hogy a sürgősségi ellátás után általában nincs lehetőség kezelőintézménybe utalni a droghasználó személyt, vagy nincs lehetőség ebbe az irányba motiválni. A megkereső szolgálatok munkatársainak ez is a feladata - mentesítve a sürgősségi osztályok dolgozóit e munka alól, mely speciális ismereteket igényel.
- **Bentfekvéses kezelés.** Fő feladatuk a detoxikálás olyan esetekben, amikor az ambuláns körülmények között nem lehetséges: súlyos függőség, társuló más pszichiátriai vagy szomatikus probléma, a páciens környezetéből kiemelésének szükségessége. A bentfekvéses kezelés akkor eredményes, ha ambuláns utógondozás vagy rehabilitáció követi.
  - ***régióenként detoxifikációs részleg kialakítása***
  - ***régióenként addiktológia részleg kialakítása***
  - ***modellkísérletként a hagyományos kórházi struktúráktól független önálló addiktológiai osztály kialakítása***

- **Nappali kórházak súlyos kábítószer-problémákkal küzdők részére.** Ez az ellátási forma a kezelés korszerű és hatékony módja, mely rugalmasan alkalmazkodik a kliens igényeihez, és segít elkerülni az intézményes ellátási formákkal szükségszerűen együttjáró hospitalizációs ártalmakat. **Ezen szolgáltatások jelentős fejlesztése illetve modell-intézmény hálózat kialakítása indokolt.**
- **Hosszúterápiás intézmények, terápiás közösségek.** Egyedülálló lehetőséget jelentenek a súlyos drogfüggők drogmentes életének kialakításában: ezeknek a függő betegeknek lényegében egész élettevékenységüket újra kell tanulniuk. Erre a 24 órás ellátást biztosító, több hónapos - éves rehabilitációs kezelések alkalmasak. Ezekben az intézményekben a felépült szenvedélybetegeknek mint szerepmodelleknek és mint segítőknek fontos szerep jut. **A terápiás intézetekben – a jelenlegi kb. 200 ágyas férőhelykeretnek - rövid távon 200 ágygal történő fejlesztése indokolt, közép távon pedig összesen 500 férőhely-kapacitás elérésére kell törekedni.**
- **Rehabilitációs és reszocializációs kapacitás.** Itt elsősorban - a kezelést követően - a közösségben élő volt droghasználók rehabilitációjáról és reszocializációjáról van szó, egészségügyi vagy szociális intézmény keretében. Ilyen formák a védett szállás (ún. félutas otthonok: félúton a kórház és a család között), védett munkahely, átképzések, elhelyezkedési tréning, rehabilitációs és önszegítő csoportok stb. **A szolgáltatások jelentős fejlesztése illetve modell-intézmény hálózat kialakítása indokolt.**
- **Közösségi programok:** elsősorban volt drogbetegek és hozzátartozóik önszegítő vagy kulturális csoportjai tartoznak ebbe a kategóriába. Meg kell erősíteni a narkománok önszegítő csoportjainak (NA) működését. A civil társadalom szerepe itt elengedhetetlenül fontos. **Az önszerveződést elősegítő támogatási programok beindítására van szükség.**
- **Védett munkahelyek** létrehozásával biztosítani kell a foglalkoztatási reszocializáció feladatát a munkaerőpiacról kiszorult és munkaképességeiben korlátozott drogbeteg számára.
- **Háziorvosok.** Magyarországon is várható, hogy a droghasználók és családtagjaik - részben a specializált ellátás hiányosságai miatt, részben pedig a háziorvos "közelsége" miatt - egy része a háziorvost fogja problémáival felkeresni. A háziorvos a probléma felismerésében, általános orvosi szolgáltatásban, illetve specializált intézményi beutalásban tud közreműködni, valamint fontos szerepe lehet a családok drogmegelőzésében és a drogproblémák korai családi felismerésében és hatékony kezelésében. Ehhez azonban **megfelelő számú és minőségű képzést kell biztosítani számukra.**
- Gyermekkorúak számára speciális országos programok létesítése, illetve bővítése. Ma még Magyarországon csak rendkívül szűkös állnak rendelkezésre - elsősorban bentfekvéses férőhelyek - ahol a 16-14 éven aluli drogfogyasztók detoxikálása és kezelése valósulhat meg. **Szükséges régióként az igényeknek megfelelő kapacitású gyermek-addiktológiai részleg kialakítása, a gyermekpszichiátriai rendszer anyagi és szakmai megerősítése, a hosszú távú terápiás intézetekben az érvényben**

***lévő jogszabályok módosításával biztosítani kell a fiatal- és gyermekkorúak kezelésének lehetőségét.***

- **Veszélyeztetett vagy speciális populációk számára programok:**
  - **egyéb pszichiátriai problémákkal küszködők** (kettős diagnózis, komorbiditás) számára speciális, hosszú távú gondozást lehetővé tevő, változatos intézményi ellátást (bentfekvéses, ambuláns, utógondozó, közösségi pszichiátriai és rehabilitációs) nyújtó programok szervezése
  - **HIV+, AIDS betegek, hepatitiszes (májbeteg) droghasználók** számára addiktológiai, infektológiai és belgyógyászati ellátás biztosítása
  - **terhesek és a drogfüggő újszülöttek** számára speciális programok (fenntartó kezelések, speciális méregtelenítő programok) létesítése, illetve bővítése.
- **A büntetés-végrehajtás intézményrendszerén** belül az egészségügyi részlegek bővítése, speciális elvonó, terápiás és utógondozó programok létesítése.
- Biztosítani kell az őrizetes, az előzetes letartóztatásban levő, a javítóintézetekben élő és a pártfogó felügyelet alatt álló droghasználók szakirányú ellátását is (mind egészségügyi, mind pedig szociális vonatkozásban).
- Droghasználók és -függők kezelése **finanszírozási elveinek javítása**. Ambuláns ellátás esetén a gondozói keretet kell előnyben részesíteni, teljesítményfinanszírozás esetén pedig bővített, speciális ellátási tevékenységek bevezetésére van szükség, megfelelő pontszámokkal és pontértékkel. Biztosítani kell a szociális ellátás finanszírozását is (a kettős finanszírozás elkerülésével). Az ezen a területen feltétlenül szükséges ellátások hatékony és magas szakmai szintű működésének előfeltétele a tervezhető és megfelelő szintű finanszírozás biztosítása.
- **Adatvédelem.** Az Egészségügyi és az Adatvédelmi Törvény, valamint az adatvédelmi biztos drogbetegek nyilvántartásával, illetve drogambulanciák adatvédelmével kapcsolatos ajánlásainak alkalmazása. **Kezelőhelyi adatvédelmi biztosok** kinevezése és felkészítése szükséges.
- **Adatnyilvántartás, statisztikai rendszer.** Szükséges az egyes jelentkező kliensekről egységes szemléletű, EU-s normákhoz igazodó minimum adatok rögzítése, mely az évenkénti (esetleg évente többször) összesítésre kerülő egészségügyi statisztika alapjául (OSAP kábítószerbetegek összesítése rész) szolgál. Így a kezelésbe kerülő droghasználók számáról, összetételéről és ennek változásáról kapunk megbízhatóbb képet. Szükséges a droghalálesetek regisztrálásának pontosítása. A kezelési forgalom alakulása csak a kezelési lehetőségek függvényében értelmezhető helyesen.
- **Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság** terápiával kapcsolatos szakbizottságai (Addiktológiai-pszichiátriai, Drogambulancia, Drogetherápiás Intézetek szakbizottságok): legfontosabb feladatuk a tárcaközi együttműködés politikai, közigazgatási és szakmai biztosítása.
- **Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok** létesítése, helyi terápiás koordinációs szempontok kidolgozása. Erről a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működése kapcsán említést tettünk.
- **Szakmai kollégiumok állásfoglalásai kialakításának** folytatása a terápiás protokollokat illetően. A drogambulanciák, a rehabilitációs intézmények, a

metadon fenntartó kezelés elvei mellett az ellátás más területeit illetően is szakmai protokollokra szükség, ahol a nemzetközi gyakorlat figyelembevételével a magyarországi adottságoknak megfelelően kerülnek megfogalmazásra és a szakma mérvadó körei által elfogadásra kezelési alapelvek, módszerek és intézményi struktúrák.

- **Akkreditációs szempontok** kidolgozása, összesítése - akkreditálás megkezdése: kezelőhelyek és kezelőprogramok akkreditálása szakmai szempontok alapján, az ÁNTSZ közreműködésével.
- **Oktatási programok** létesítése és finanszírozásuk biztosítása.
- Létre kell hozni a pszichiáter, addiktológus és gyermekpszichiáter szakorvosok, más szakorvosok addiktológiai blokk-képzését, addiktológus klinikai és preventív szakpszichológusok, addiktológiai konzultánsok és asszisztensek, diplomás ápolók, szociális munkások stb. képzését és továbbképzését.
- Szükséges a pszichiátrián belül az **önálló addiktológiai szakma** megerősítése, illetve javasolt az önálló **Addiktológiai Szakmai Kollégium** létrehozatala.

#### 6.3.4.4. A monitorozás mutatói és eszköztrendszere

	eredményességi mutatók	a megfigyelés eszköze
<b>Hosszú távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• epidemiológiai mutatók javulása</li> <li>• a kezelés egyre szélesebb réteget ér el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• epidemiológiai vizsgálatok</li> <li>• kezelési adatbázisok</li> </ul>
<b>Közép távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kezelésben résztvevők számának növekedése</li> <li>• a társadalom segítő, reintegrációs attitűdje a droghasználókkal szemben</li> <li>• az első droghasználattól a kezelésig eltelt idő csökkenése</li> <li>• a kezelés hatékonysága</li> <li>• helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok írásos beszámolók, stratégiák számának növekedése,</li> <li>• akkreditált kezelőhelyek és – programok számának növekedése</li> <li>• továbbképzésben résztvevők számának növekedése,</li> <li>• oktatásban részesülők számának (graduális képzés, addiktológiai blokk) növekedése</li> <li>• tudományos publikációk számának növekedése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kezelési statisztikák</li> <li>• társadalmi attitűdvizsgálatok</li> <li>• helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok írásos anyagok, stratégiák</li> <li>• oktatási programok értékelése</li> <li>• akkreditált programok</li> <li>• Kábítószerügyi Koordinációs Bizottsághoz beérkező információk</li> <li>• tudományos kutatások értékelése</li> </ul>

<b>rövid távú célok teljesítése</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• költségvetési ráfordítás növekedése</li><li>• megkereső szolgáltatások bővülése</li><li>• kezelőhelyek és programok számának növekedése (országos eloszlás, lefedettség)</li><li>• finanszírozási protokollok bővülése</li><li>• oktatási programok</li><li>• szervezeti keretek (Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság, helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• időarányos költségráfordítás</li><li>• kezelőhely adatbázis</li><li>• rendeletek, protokollok megszületése</li></ul>
-------------------------------------	---	--

#### 6.4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínalatcsökkentés)

##### Összefoglalás:

A kábítószerhez - és a prekursorokhoz - való hozzáférés csökkentése érdekében végre kell hajtani a maffia-ellenes törvénycsomag kábítószerrel kapcsolatos rendelkezéseit. Fejleszteni kell a kínalatcsökkentés intézményrendszerét (rendőrség, VPOP, határőrség), valamint az orvosszakértői tevékenység és a pártfogó felügyelet működését. Utóbbira a BTK módosítása nyomán új feladatok várnak, melyre ez a szervezet jelenleg még nem felkészült. Az említett fejlesztések szervezeti változásokat, létszámbővítést, képzéseket és a technikai háttér fejlesztését jelentenek, valamint az eddig is jól működő nemzetközi kapcsolatok kiszélesítését. A BTK módosítás hatásait hosszabb távon szükséges tanulmányozni. Az ERÜBS megújulása során a kábítószerbűnözéssel kapcsolatos speciális szempontokat kell érvényesíteni a jelenség pontosabb körülhatárolása céljából, a szükséges beavatkozások pontosabb tervezése érdekében. Meg kell oldani a rendvédelmi szervek szakemberei képzésében a kábítószerrel kapcsolatos ismeretek tantárgy szintű oktatását. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok, valamint a KKB munkacsoportjai a kínalatcsökkentés helyi és országos koordinációjának és más szakmákkal történő együttműködésének szervezeti alapjait bővítik. A szervezett bűnözés elleni törvénycsomag rendelkezései 2000 folyamán újabb szabályozásokkal egészülnek ki.

##### 6.4.1. A kínalatcsökkentés szemléleti kerete

A kínalatcsökkentés garantálja a kábítószer, pszichotrop anyagok és prekursorok rendelkezésben rögzített, és a jogos szükségleteknek megfelelő termelését, export-importját, kereskedelmét, elosztását és fogyasztását. A „kínalat” három forrásból ered: illegális termelésből, csempészetből és a legális gyógyszerek illegális csatornába tereléséből. Mindezek érvényesek a prekursorokra is.

A kábítószer és a bűnözés között szoros összefüggés áll fenn. A kábítószer-probléma összes társadalmi költségeinek legnagyobb része a kábítószerrel történő visszaéléssel kapcsolatos bűnelkövetésből adódik.

Valószínű, hogy egyes kábítószer használói jóval nagyobb arányban követnek el bűncselekményt nem szerhasználó társaiknál. A kábítószer-használat, az azzal szoros összefüggésben lévő ún. indirekt (beszerzési és jövedelemszerző) illetve

év	Ismertté vált „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmények és aránya az összbűnözéshez képest	
	száma	%
1990	34	0.0
1991	46	0.0
1992	135	0.0
1993	223	0.1
1994	256	0.1
1995	429	0.1
1996	400	0.1
1997	943	0.2
1998	2068	0.3
1999	2860	0.56

(Forrás: ERÜBS)

következménybűnözés és a terjesztői magatartások a társadalom és közösségei számára egyre növekvő fenyegetést jelentenek, melyek a félelem, az erőszak, a korrupció és a szervezett bűnözői csoportok tevékenységén keresztül ássák alá biztonságunkat.

Éppen ezért a jogrendszernek, a jogalkalmazó szerveknek és a társadalom egészének együttes felelőssége és feladata a drogokhoz való hozzáférés csökkentése.

Habár a magyarországi össz-bűnözés egészéhez viszonyítva az érvényes statisztikák szerint a kábítószer-bűnözés mindmáig csak jelentéktelen nagyságrendet képvisel, azonban

- ez erősen emelkedő tendenciájú (a kábítószerrel való visszaélés bűncselekménye az egyik legdinamikusabban növekvő bűncselekmény),
- a kutatók vizsgálatai és a nemzetközi tapasztalatok alapján valószínűsíthető, hogy a letartóztatottak illetve börtönbüntetésüket töltők sokkal nagyobb része kábítószer-fogyasztó, mint ahogy azt a kábítószerrel való visszaélés bűncselekmények száma és aránya jeleznék,
- a kábítószerfüggő bűnelkövetők viszonylag kis csoportja tehető felelőssé a bűncselekmények egy jelentős részéért (a kábítószer megszerzésére irányuló bűnözés: a beszerzési és a jövedelemszerző bűnözés)

A kínálatcsökkentés azokat a stratégiákat jelenti, mely a kábítószerhez való hozzáférés csökkentését célozzák meg a termelők, az importőrök és a kereskedők elleni fellépés segítségével. Ennek keretében a kábítószerrel kapcsolatos és büntetőjogilag tilalmazott magatartások megelőzése, felderítése és a büntetőjogi felelősség megállapítása történik.

A kínálatcsökkentés érinti a jogi szabályozást, a bűnüldözés területét, az illegális kábítószer termelés felszámolását, az ún. prekursor anyagok szigorú ellenőrzését, a Rendőrség, a Vám- és Pénzügyőrség illetve a Határőrség felderítő tevékenységét, 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.

A rendőrség és a büntetés-végrehajtás munkája számos vonatkozásban a keresletcsökkentés (a droghasználat megelőzése és kezelése) fejezetébe is tartozik. A kínálatcsökkentés azonban még abban az esetben sem adhat egyedüli megoldást a kábítószer-probléma kihívására, ha egyébként erre egyértelmű társadalmi elvárás fogalmazódik meg. A kínálat- és keresletcsökkentés területei tehát egymást kölcsönösen feltételezik. Csak a két terület közötti szabályozott, intenzív és egymást feltételező együttműködés teremthet esélyt a probléma visszaszorítására.

A kínálatcsökkentés feladatait a hatályos jogszabályok, elsősorban is a Büntető törvénykönyv, a Büntető eljárási és a Rendőrségi törvény a nemzetközi egyezményekkel összhangban jelöli ki.

Az *Egyesült Nemzetek Szervezete* Közgyűlése különleges ülészakán (New York, 1998, június) közrebocsátott "*Politikai Deklaráció*" felhívja a figyelmet arra a *kapcsolatra*, amely a kábítószeres illegális előállítás és kereskedelme, valamint

- a terrorista csoportok,
- bűnözők és
- nemzetközi szervezett bűnözői csoportok között fennáll.



A "Politikai Deklaráció" kiemelt figyelmet szentel az amfetamin típusú szintetikus drogok növekvő illegális előállításának és terjesztésének, a kábítószer-előanyagok (prekurzorok) illegális előállításának és terjesztésének veszélyeire, és a pénzmosás jelenségét ismét hangsúlyozottan a kínálatcsökkentési tevékenységek egyik közép-ponti elemévé teszi.

A magyar vegyipar és gyógyszeripar fejlettsége miatt több kockázati tényezőt is figyelembe kell venni a kábítószer **prekurzorokkal** kapcsolatos visszaélés szempontjából (vegyipari vállalatok nagy száma, vegyiparban a képzett munkaerő egy részének munkanélkülivé válása, számottevő vegyipari export-import forgalom, az elavult kapacitások felhasználhatósága illegális kábítószer gyártási célra). Ezért fontos a lehetséges illegális felhasználás és eltérítés elleni fellépést elsősorban a megelőzés oldaláról megközelíteni. Ennek eszközei egyrészt a korszerű engedélyezési és nyilvántartási rendszer, valamint a vegyipari cégek és kereskedők szervezeteinek bevonása a felvilágosító és megelőző munkába. A prekursorok esetében, lehetőség szerint külső források igénybe vételével, közös számítógépes információs rendszert kell kialakítani

A prekursorok legális ellenőrzése területén a módosított 100/1996. (VII. 12) Korm.rendelet 13.§ (1) bekezdése alapján az ellenőrzött anyagokkal kapcsolatos hatósági feladatokat – ideértve az előzetes adatkérési- és helyszíni hatósági ellenőrzéseket is – a Gazdasági Minisztérium Engedélyezési és Közigazgatási Hivatala, valamint a Vám- és Pénzügyőrség látja el. A kábítószer-üzemi, illetve pszichotrop anyag gyártási engedéllyel rendelkező gazdálkodó szervezetek esetében az ellenőrzött anyagok kábítószer-üzemi felhasználásának ellenőrzésére szakmai hatóságként az Egészségügyi Minisztérium, rendészeti hatóságként a Rendőrség is jogosult. A Nemzetbiztonsági Hivatal, valamint a Rendőrség az ellenőrzött anyagokkal kapcsolatban ellátja a számára külön törvényekben meghatározott feladatokat.

Kívánatos, hogy a kábítószerekkel, pszichotrop anyagokkal valamint a kábítószerek tiltott előállításához használt egyes vegyi anyagokkal (prekurzorok) kapcsolatos – a legális előállításra, ellenőrzésre valamint forgalmazásra vonatkozó – egységes adatbázis kerüljön kialakításra a Kormány által kijelölt minisztériumban, mely egyben a nemzetközi szakosított szervezetekkel való kapcsolattartásért is felelős.

#### **6.4.2. A Büntető Törvénykönyv 1998. évi módosítása**

A kínálatcsökkentés elsősorban jogi és bűnüldözési eszközökkel történik. A törvényi szabályozás a Büntető Törvénykönyvnek a kábítószerrel való visszaélésre vonatkozó módosításával és szigorításával a kedvezőtlen folyamatokkal szemben kíván fellépni. A BTK említett módosítása a nemzetközi jogszabályi előírásokkal összhangban történt.

##### **A BTK módosítása:**

- Élesen megkülönbözteti a fogyasztói, a csekély mennyiségre elkövetett nem terjesztői, a nem hasznoszerzési célból elkövetett egyes terjesztői illetve a terjesztői magatartásokat.
- Súlyosabban rendeli büntetni a terjesztői magatartásokat, ugyanakkor kábítószerfüggők esetében biztosítja büntetés kiszabása helyett a gyógyító kezelés igénybevételének lehetőségét.

- Kiemelten súlyosan bünteti a 18 éven aluliak szempontjából különösen is veszélyeztetett területeket és elkövetési magatartásokat.
- Az anyagi jogban határozza meg a mennyiségek régóta rendezetlen kérdését.
- Csökkenti a csekély és jelentős mennyiség határértékeit és ezáltal is szigorítja a BTK. 282. §. (1) és (2) bekezdésében szereplő elkövetői magatartásokkal kapcsolatos büntetőjogi felelősségre vonás mértékét.
- Pártfogó felügyelet magatartási szabályaként előírhat megelőző-felvilágosító egészségügyi szolgáltatáson való részvétellel kapcsolatos kötelezettséget (Btk. 82. § /6/ bek.).

### **6.4.3. A kínálatcsökkentés intézményrendszere:**

#### **6.4.3.1. Rendőrség:**

A kábítószer-kereskedelmi tevékenység megakadályozását szolgálják a kínálatcsökkentés intézményei és szervezetei. A kábítószerrel kapcsolatos bűnüldözési feladatokat a rendőrség végzi. Ennek keretében:

- felderíti és felszámolja a jelentősebb hazai kábítószer-kereskedelmi szervezeteiket, titkos és nyílt információt gyűjt, illetve egyéb akciókat bonyolít le a nemzetközi rendőri együttműködés keretében;
- ellenőrző tevékenységet végez a legális kábítószer- és prekurzorok gyártásával, tárolásával, kereskedelmével kapcsolatban;
- elemzi a lefoglalt kábítószer- és prekurzoranyagokat, és büntetőeljárás keretében szakértői véleményt készít, elvégzi a szintetikus kábítószer- és prekurzoranyagok vegyi profilkészítését, valamint adatokat szolgáltat az európai korai figyelmeztető rendszer felé;
- adatokat gyűjt és szolgáltat a rendőri intézkedést igénylő kábítószerrel kapcsolatos halálesetekről;
- az Országos Rendőr-Főkapitánysághoz tartozó szervezeti egységek közötti munkamegosztás és együttműködés kereteit, illetve az egyes szervezeti egységek feladatait az országos rendőrfőkapitány határozza meg a nemzeti stratégiai programban foglalt elvek alapján.

### 6.4.3.2. Vám- és Pénzügyőrség:

A kábítószer kínálatcsökkentése vonatkozásában a Vám- és Pénzügyőrség alapvető

A Magyarországon 1998-ban és 1999-ben lefoglalt illegális kábítószer mennyisége kábítószer-fajtánként		
Kábítószerfajták	1998 (kg/db)	1999 (kg/db)
<i>Heroin</i>	634,613 kg	172,703 kg
<i>Kokain</i>	26,385 kg	121,147 kg
<i>Marihuána</i>	42,930 kg	65,725 kg
<i>Hasis</i>	6,803 kg	5,242 kg
<i>Amfetamin</i>	7,605 kg	9,257 kg
<i>MDMA-Extasy tableta</i>	11 857 db	11 143 db
<i>Methadon</i>	483 db	120 db
<i>LSD</i>	3 351 db	3 115 db
<b>Összesen:</b>	<b>718,336</b>	<b>16 679</b>

(Forrás: ORFK )

A tranzitcsempészet által nem érintett szerek közül nagyságrendi növekedés (54,7%) a marihuána lefoglalásoknál tapasztalható, míg a többinél nincs jelentős emelkedés. A heroin és a kokain lefoglalások feltűnő csökkenése, ill. emelkedése a tranzitcsempészetnél tárgyalni okokkal magyarázható.

feladata a határokon keresztül kábítószer-kereskedelem megakadályozása, a Magyarországon átvezető kábítószer-kereskedelmi útvonalak ellenőrzése, ennek keretében felderítő és nyomozati tevékenység, illetve ezzel kapcsolatban nemzetközi vámhatósági együttműködés folytatása.

A rendőrséghez hasonlóan megfelelő nemzetközi kapcsolatokkal rendelkezik a felderítő és nyomozati munka végzéséhez. Tevékeny-

sége az elmúlt években professzionalizálódott és hatékonyabbá lett, amit a lefoglalások növekvő száma is bizonyít.

A VPOP szervei nemzetközi szinten kizárólagos jogkörrel felelnek a prekursor szálítványok eltérítésének felderítéséért és megszakításáért, az EU külső határain történő megállításáért is.

### 6.4.3.3. Határőrség

Feladata az országhatárok illetve az azon áthaladó személy- és járműforgalom ellenőrzése. A kínálat-csökkentés területén elsősorban is az államhatáron keresztül lebonyolított illegális kábítószer-forgalom felfedésével és megakadályozásával, illetve az esetlegesen a határterületen kábítószer előállítás céljából telepített ültetvények, **illegális laboratóriumok**, valamint átrakodóhelyek leleplezésével tud hozzájárulni.

A határőrség feladata a kábítószer turizmus megelőzése, felderítése és megakadályozása a Nyugat-Európába és a visszafelé tartó személyforgalomban (EU kötelezettség).

Meg kell jegyezni, hogy az EU az EOROPOL együttműködés szempontjából a három szerv (rendőrség, VPOP, határőrség) között nem tesz különbséget.

### 6.4.3.4. Büntetés-végrehajtás

A büntetés-végrehajtási intézmények személyzete az őrzési tevékenység során végez olyan nyílt ellenőrzéseket, amelyek célja a kábítószernek a BV intézetekbe történő bejutásának megakadályozása. Szintén a fenti célból illetve az intézmények területén történő kábítószer-fogyasztás és az azzal történő kereskedés megakadályozása érdekében az illetékes rendőri szervek folytatnak titkos és nyílt információgyűjtő tevékenységet. A büntetés-végrehajtás az intézményei területén várhatóan jelentkező kábítószer-probléma kezelésére még nem felkészült.

#### **6.4.3.5. Polgári nemzetbiztonsági szolgálatok**

A kábítószeres terjesztése és a szintetikus szerek előállítása, a nemzetközi kapcsolatok (elsősorban a szervezett bűnözéssel és a terrorizmussal kialakult összefonódás), valamint az országhatárokon átívelő pénzmosás és más illegális pénzügyi tranzakciók, a korrupció előtérbe állítják a polgári nemzetbiztonsági szolgálatok szerepét. Az illegális kábítószer-kereskedelemben az egyes országokon belül és az országok között is olyan nagyságrendű pénz áramlik, és olyan gazdasági-politikai összefonódások alakulnak ki, amelyek nemzetbiztonsági szempontból is számottevő kockázatot jelentenek. A polgári nemzetbiztonsági szolgálatok feladata törvényi felhatalmazásukkal élve az említett jelenségek elleni küzdelem.

#### **6.4.3.6. Gazdasági Minisztérium Engedélyezési és Közigazgatási Hivatala**

A Gazdasági Minisztérium Engedélyezési és Közigazgatási Hivatala gondoskodik a kábítószeres tiltott gyártásához felhasználható egyes vegyi anyagokkal (kábitószer prekursorok) végezhető legális tevékenységek felügyeletére vállalt nemzetközi kötelezettségek teljesítéséről, az ehhez szükséges hazai és nemzetközi együttműködés szervezéséről, valamint ellátja az ehhez kapcsolódó hatósági feladatokat.

#### **6.4.3.7. Polgárőrség**

A polgárőrség mint a helyi közösség és a civil társadalom kínálatcsökkentésben érdekelt szervezete felhívja a rendőrség figyelmét a helyi drogpiacon, illetve a drogokkal kapcsolatos bűnözés jelenségére és a civil társadalom mozgósításával küzd a jelenségek ellen.

### **6.4.4. A hozzáférés csökkentésének céljai és cselekvési terve**

#### **6.4.4.1. Hosszú távú célok**

- Csökkenjen az illegitim és a visszaélésre használt szerekhez való hozzáférés.
- Csökkenjen az országhatáron keresztüli illegális kereskedelem a kábítószeres és pszichotrop anyagok vonatkozásában, a legális szerek és azok előanyagainak (prekursorok) ellenőrzése pedig még fokozottabbá váljék.
- Csökkenjen az illegitim szerek országon belüli termesztése és előállítása, a legális kábítószeres és előanyagok (prekursorok) hazai előállítása pedig kerüljön még fokozottabban ellenőrzés alá.
- Csökkenjen az illegitim szerek belső terjesztése, és sikerüljön visszaszorítani a droggereskedelem színtereit.
- Csökkenjen a drogfertőzött színterek száma, illetve lehetőség szerint sikerüljön felszámolni azokat.
- Megvizsgálandó egy egységes kábítószer elleni törvény mint egységes "drogtörvény" előkészítésének lehetősége, mely a jelenlegi törvényi szabályozást egységes keretben kezelné, és kiegészítené az egészségügyi-szociális keze-

lés jogszabályi kérdéseivel, az adatvédelem és a bejelentési kötelezettség egyértelmű rendezésével.

#### 6.4.4.2. Közép távú célok

- Meg kell erősíteni **Magyarország határainak védelmét** a beáramló és tranzitáruként szállított kábítószerrel szemben. El kell érni a belső kábítószer-termesztés és előállítás csökkentését, illetve a legális előállítás fokozottabb ellenőrzését.
- Növelni kell a **Vám- és Pénzügyőrség felderítési** hatékonyságát, valamint a szervezet technikai, szakmai és személyi kapacitásait.
- A **rendőrség felderítő és nyomozati** munkája váljék eredményesebbé elsősorban a terjesztéssel kapcsolatos kábítószeres ügyekben, valamint a kábítószer-használat és más bűncselekmények összefüggésével kapcsolatos ügyekben.
- A hatályos jogszabályok érvényesítésével az illegális drogpiacon beszűkítése eredményesen valósuljon meg.
- A **pénzmosás** és annak lehetősége csökkenjen; a pénzmosásról szóló 1994. évi XXIV. tv. értelmében növelni kell a kábítószer-terjesztésből származó pénzeknek a pénz- és tőkepiaci rendszeren keresztül történő tisztára mosásával szembeni küzdelem hatékonyságát.
- A **terjesztés és a terjesztőhálózatok** elleni fellépést erősíteni kell.
- **Javítani kell a közbiztonság** helyzetén a kábítószerrel történő hozzáférések és a kábítószer-használat növekedésének megállításával párhuzamosan.
- Mutasson a kábítószerrel összefüggő **erőszakos és a vagyon elleni** bűncselekmények száma csökkenő tendenciát.
- A kínálatcsökkentés területén tevékenykedő **intézmények szervezeti és működési feltételei** váljanak alkalmassá a feladataik hatékony ellátására.
- Javuljon a **szórakozóhelyek** és más drogfertőzött színterek biztonsága.
- Kerüljenek a **legális kábítószerrel és a prekursorok** fokozottabb ellenőrzés alá.
- Fokozódjék a rendvédelmi, a gazdasági és az egészségügyi hatóságok **együttműködése**.
- Szükséges továbbfejleszteni a **nemzetközi kábítószer-bűnüldözési együttműködést** (képzések, konferenciák, bilaterális és szubregionális formákban, korszerű nyomozási módszerek és nyomozástechnikai eszközök fejlesztése), valamint a határokon átnyúló nemzetközi kábítószer-bűnüldözési gyakorlati együttműködést.
- Bővíteni kell a belső **szervezett kábítószer-ellenes képzést** annak érdekében, hogy az állomány felkészült legyen a gyakorlati munka során fellépő problémák megoldására. Meg kell teremteni a rendvédelmi szervek EU-konform működésének feltételeit.

A közép távú célok között érdemes utalni az EU 2000-2004-ig terjedő kábítószer-ellenes akciótervére, amely hat célt fogalmaz meg a kínálatcsökkentéssel kapcsolatban:

- a kémiai prekursorok kontrollja
- a pénzmosás megelőzése és az ellene folytatott küzdelem
- hatékony kooperáció a rendőrség, a vámőrség és az igazságügyi hatóságok között
- a Szervezett Bűnözés Elleni EU-s Akcióterv végrehajtása
- az új kommunikációs rendszerek (pl. az Internet) használatának megakadályozása a drogabúzus, a termelés és a kereskedelem eszközeként
- nemzetközi koordináció az illegális drogok kereskedelme ellen.

#### 6.4.4.3. Rövid távú célok

- A **Büntető Törvénykönyv** visszaélés kábítószerrel bűncselekmény tényállásának módosítása után szükséges:
  - a vádemelés elhalasztása, a vádemelési- és ítélezési gyakorlat monitorozása,
  - a szükségessé váló jogpolitikai döntések meghozatala,
  - a vádelhalasztás és a gyógykezelés eredményességének figyelemmel kísérése,
  - az ügyészi felügyelet erősítése a kábítószeres ügyekben a nyomozati munka felett,
  - a szükséges idő elteltével és a jogalkalmazói tapasztalatok birtokában a büntetőjogi szabályozás elemzése és a megfelelő változtatások meghozatala.
- A szervezett bűnözés elleni fellépést szolgáló további, elsősorban a **büntető jogszabályok területét érintő jogalkotási feladatok** elvégzése: a bűnszervezet fogalom büntetőjogi kritériumainak megállapíthatóságának, az igazságszolgáltatást segítő elkövetőt részben vagy egészben megillető immunitás vagy más preferencia megvizsgálása, az elkobzási, a pénzmosás elleni szabályok módosítása, a jogi személy büntetőjogi felelősségének megállapítása, a sértettek megillető ügyféli jogok helyzetének megvizsgálása.
- Az **ügyészi nyomozati felügyelet** megerősítése területén egyrészt a büntetőjogilag felelősre nem vonható gyermekkorúak ügyeiben körültekintően szükséges vizsgálni azt, hogy az elkövetett bűncselekmény nem kapcsolódik-e valamilyen kábítószer illetőleg kábító hatású anyag vagy szer megszerzéséhez, fogyasztásához. Ilyen esetekben a veszélyeztetettség mértékétől függően az ügyésznek a Gytv. alapján a prevenció érdekében jelzéssel kell élnie a gyermekjóléti szolgálathoz, vagy védelembe vételt kell kezdeményeznie a települési önkormányzat jegyzőjénél, avagy más hatósági intézkedést kell indítványoznia a gyámhivatalnál.

Másrész a vádemelés elhalasztásnak alkalmazásánál a pártfogó felügyelet eredményes végrehajtása érdekében az ügyésznek olyan külön magatartási szabályokat kell előírnia, amelyek megakadályozhatják a fiatalok jövőbeni kábítószer-fogyasztását.

- A **pártfogó felügyeletet** alkalmassá kell tenni új és megnövekedett feladatainak ellátására.

A pártfogó felügyelet egyik célja a bűnismétlés elkerülése. Fel kell készülni a bűnelkövető fiatalok körében a növekvő kábítószer-fogyasztásra, a bűnelkövető kábítószer-használók társadalmi reintegrációjának nehézségeire, a szűkös szakember kapacitásra és a források hiányára.

A pártfogói munka javítása érdekében:

- Országosan egységes ajánlás szükséges a pártfogók kábítószer-használókkal kapcsolatos munkájának szakmai, etikai szabályozására.
- Fejlesztésre van szükség:
  - a szakemberek számának növelése,
  - a képzések számának növekedése (a kábítószer-használat felismerése, az egyéni esetkezelés és a segítő munka egyéni és csoportos módszerei) tekintetében.
- Javítani kell a **rendőrség** felderítő, nyomozati, vizsgálati illetve lefoglalási eredményességét. Ennek érdekében szükséges:
  - a megfelelő szervezeti változások meghozatala,
  - a szakemberek (elsősorban a kábítószer-nyomozók) számának növelése minden szinten, de elsősorban is az I. fokú kapitányságokon,
  - a képzések számának növelése,
  - a nemzetközi együttműködésekben történő részvétel további fokozása,
  - a technikai és tárgyi feltételek erősítése és a
  - laboratóriumi és technika háttér területein erőteljes megvalósuló erőteljes fejlesztés (decentralizálni és növelni kell a laboratóriumok számát).
  - az ún. designer drogok azonosítása és listára vétele a szükséges gyorsasággal és hatékonysággal.
- Tovább kell javítani a **Vám- és Pénzügyőrség** felderítő, nyomozati és lefoglalási munkájának eredményességét. A kábítószer felderítés hatékony folytatása érdekében a rendőrség és a vámőrség között külön kábítószer elleni együttműködési megállapodásokat kell kötni. A VPOP esetében további kötelezettségek ilyen megállapítások megkötése a kábítószer, gyógyszer, és vegyi-anyag gyártók szövetségével. A VPOP munkája hatékonysága fokozása érdekében a következő területek **fejlesztésére** van szükség még:
  - szakemberek számának növelése
  - képzések számának növelése

- nemzetközi együttműködésekben történő részvétel további fokozása
- laboratóriumi háttér fejlesztése.
- a szükséges és speciális technikai felszerelés biztosítása
- **Határőrség** feladatkörével kapcsolatban a határátkelőhelyeken az illegális droghereskedelem hatékony kiszűrése érdekében szorosabbá kell tenni az együttműködést a Vám- és Pénzügyőrséggel a teszt-készletek, kábítószer jelenlétét jelző technikai eszközök, kábítószer kereső kutyák – beszerzése és alkalmazása területén. Szükséges a végrehajtó állomány szakmai képzésének elősegítése.
- **Egységes főiskolai képzés** a rendvédelmi szervek képzési rendszerén belül, a kábítószer-bűnözés, a droghasználat felismerésének és a kábítószer-megelőzés ismeretrendszerének elsajátításával átfogó megközelítési szemlélettel. A legújabban alkalmazott technikák és eljárások bemutatása, a külföldi tapasztalatok adaptálása már a képzési időszakban is elengedhetetlen.
- Az **EU csatlakozással kapcsolatosan** a csatlakozási tárgyalások során vállalt, illetőleg az újonnan keletkező feladatok és fejlesztések végrehajtásának előmozdítása az Acquis átvételének kormány által jóváhagyott Nemzeti Programja (ANP) alapján:
  - Hangsúlyt kell fektetni a bűnüldözési információcsere (szervezett- és kábítószer bűnözés) nemzeti központi kontaktpontjának (NEBEK) és a szervezett bűnözés elleni és kábítószer összekötő tiszt hálózat kialakítására. Figyelmet kell fordítani az EUROPOL összekötő tiszt kihelyezésre. A fenti feladatok az EU Szervezett Bűnözés Elleni Küzdelem Akcióterve ajánlásaiból következnek.
  - Az EUROPOL-lal folytatandó együttműködés részét képezi az új szintetikus kábítószer vegyi profilírozása, a korai jelzőrendszer kialakítása és az Ecstasy típusú kábítószer katalógusának állandó aktualizálása, valamint a kapcsolódó kölcsönös nemzetközi információcsere. Az alapfeladatot az ORFK Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézetének Kábítószer Laboratóriuma látja el, míg az információcsereért a NEBEK felelős.
- **Az országosan egységes orvosszakértői tevékenység** érdekében elsősorban a kábítószer-függőség megállapításának megfelelő szakmai kidolgozása szükséges. Az orvosszakértői munka igazságügyi jelentősége a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények megítélésénél növekedni fog. A megfelelő színvonalú, és a megnövekvő igényeknek eleget tevő munka érdekében a következő területek fejlesztésére van szükség:
  - szakemberek számának növelése
  - képzések számának növelése
  - nemzetközi együttműködésekben történő részvétel további fokozása
  - laboratóriumi és technikai háttér fejlesztése, decentralizálása, minőségkontrollja.
- Ki kell alakítani kezelési programokat a **büntetés-végrehajtásban** a kábítószer-fogyasztó elítéltek számára. Szükséges **terápiás egységek** kialakítása a nagyobb BV intézetekben. Meg kell teremteni a rendszeres vizeletvizsgálat jogi és pénzügyi lehetőségét. Ugyancsak szükséges a javítóintézetben levő és



onnan elbocsátott, illetve a próbára bocsátás, vádelhalasztás miatt pártfogói felügyelet alatt álló fiatalok számára speciális programok kialakítása is.

- Erősíteni kell a **nemzetközi együttműködésekben** történő részvételt a szakemberek képzése és speciális programok meghonosítása érdekében.
- Ki kell alakítani az egységes, és érvényes adatgyűjtés rendszerének korszerű rendszerét (az **Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika /ERÜBS/** reformja). Az ERÜBS ma is sok olyan részletes információt tartalmaz, melyet a szakma szélesebb körei nem használnak fel; ezek az információk el sem jutnak hozzájuk. Az ERÜBS reformja a még részletesebb és pontosabb adatgyűjtést célozza meg. Az adatok váljanak alkalmassá a jelenségek időbeli monitorozására, a társadalmi összefüggések feltárására és a társadalmi beavatkozások (tehát nemcsak a bűnüldözés) tervezésére is.
- **Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság** megfelelő (Kínálatcsökkentési, Laboratóriumi, Epidemiológiai **stb.**) munkacsoportjai képviseljék a terület szakmai igényeit, tárják fel a hiányosságokat, terjesszenek elő javaslatokat ezekkel kapcsolatban és értékeljék a terület fejlődését.
- Valósuljon meg a helyi **Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban** a kínálatcsökkentés feladatait végző szervezetek képviselése.
- Jöjjön létre a legálisan forgalmazott kábítószerek és pszichotrop anyagok fokozottabb ellenőrzése, és valósuljon meg az együttműködés tárca- és helyi szinten a rendészeti, egészségügyi és gazdasági hatóságok között.
- **A kábítószerek, pszichotrop anyagok valamint a prekursorok** fokozottabb ellenőrzése területén fejleszteni kell:
  - a képzések színvonalát,
  - a technikai hátteret,
  - a nemzetközi együttműködésekben történő részvételt,
  - a gazdálkodó szervezetek érdekképviselői szövetségeivel történő együttműködést,
  - a nem szabályozott, nemzetközileg megfigyelésre ajánlott vegyi anyagok forgalmának monitorozását,
  - egységes adatbázis létrehozását.

#### 6.4.4.4. A monitorozás mutatói és eszközzrendszere

	<b>eredményességi mutatók</b>	<b>a monitorozás eszköze</b>
<b>hosszú távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hozzáférés (hozzájutás) csökkenése</li> <li>• terjesztőhálózatok számának csökkenése,</li> <li>• az eljárások számának növekedése a kereskedőkkel és dílerekkel szemben</li> <li>• belső előállítás csökken</li> <li>• teljes körű együttműködés a nemzetközi regionális, európai és világ-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• orvosszakértői munka monitorozása</li> <li>• hozzáférés kérdőíves vizsgálata (epid. felmérés)</li> <li>• a bűnüldözői hatóságok munkájának hatékonyságelemzése</li> <li>• vádemelési, ítélkezési gyakorlat elemzése, ERÜBS</li> <li>• nemzetközi felmérések és moni-</li> </ul>

	méretű kezdeményezésekben	torozások
<b>közép távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lefoglalt mennyiség nő (vám- és pénzügyőrségi illetve rendőrségi lefoglalás)</li> <li>• kábítószerrel összefüggő bűncselekmények (beszerzői bűnözés, terjesztés, erőszakos bűncselekmények) növekedésének megállítása illetve csökkentése</li> <li>• legális kábítószerek és prekursorok nyilvántartásba vétele, gyártásuk é forgalmazásuk fokozottabb ellenőrzése</li> <li>• lefoglalt illegális pénz, vagyon növekedése</li> <li>• nemzetközi kooperációk számának és hatékonyságának növekedése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ERÜBS</li> <li>• kriminálstatisztikák</li> <li>• gyógyszerészeti statisztikák, hatósági engedélyek</li> <li>• elkobzott pénz, vagyon</li> <li>• nemzetközi szerződések és monitorozások</li> </ul>
<b>rövid távú célok teljesítése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• az ügyészség alkalmazza a törvényekben biztosított vádelhalasztás lehetőségét,</li> <li>• az eljárás felfüggesztése, a gyógykezelés igénybevétele és az eljárás sikerességének összevetése</li> <li>• jogértelmezés és jogharmonizáció megvalósulása (döntések, rendeletek)</li> <li>• növekszik a pártfogók száma és csökken az egy pártfogóra eső pártfogoltak száma</li> <li>• növekszik a pártfogók kábítószerhasználattal kapcsolatos szakismerete</li> <li>• kialakulnak a kezelési helyek a bv. intézetekben és növekszik a függők kezelésbe vételének lehetősége</li> <li>• a piaci ár alakulásának monitorozása</li> <li>• tisztaság alakulásának monitorozása</li> <li>• lefoglalások mennyisége nő</li> <li>• képzésben résztvevők száma nő</li> <li>• labor, technikai háttér fejlesztése megtörténik</li> <li>• nemzetközi együttműködésben résztvevők száma növekszik</li> <li>• pénzügyi ráfordítások és a nemzetközi források a szükségletek arányában növekszenek</li> <li>• módszertani ajánlások (orvosszakértők, pártfogók stb.) megszületnek</li> <li>• az új igényeknek megfelelően módosul az ERÜBS</li> <li>• két- és többoldalú, szubregionális, európai uniós és ENSZ szakosított szerveivel való együttműködés erőteljesebbé válik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ERÜBS</li> <li>• statisztikai jelentések</li> <li>• büntetés-végrehajtási és javítóintézeti terápiás programok monitorozása</li> <li>• képzési, együttműködési programok monitorozása</li> <li>• időarányos pénzráfordítás</li> <li>• időarányos nemzetközi forrásráfordítás</li> </ul>

## 7. NEMZETKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK

A kábítószer-ellenes tevékenység eredményessége megköveteli a széleskörű nemzetközi együttműködés fejlesztését. A Magyar Köztársaság cselekvő részese kíván lenni a kábítószeres illegális termelését, forgalmazását és fogyasztását megakadályozni célzó nemzetközi törekvéseknek, aktív szerepet vállal a kábítószer leküzdését szolgáló nemzetközi összefogás erősítésében. Ennek során aktívan részt vesz a területtel kapcsolatos két és többoldalú nemzetközi együttműködésben, hazai gyakorlatát a nemzetközi szerződésekben vállalt kötelezettségeivel összhangban fejleszti.

1. Magyarország feladata geopolitikai helyzete miatt a rajta átvezető *kábítószer útvonalak és csempészhálózatok fokozottabb ellenőrzése* illetve azok felszámolása nemzetközi együttműködés keretében.

2. A közelgő *Európai Unió csatlakozás kábítószer-kérdéssel kapcsolatos feladatainak megoldása:*

- A kormányzati szintű kábítószerügyi koordináció, a nemzeti koordinációs szervezetek közötti együttműködés fejlesztése
- Bekapcsolódás az adatok és információk nemzetközi forgalmába: a Drogok és Drogfüggőség Európai Monitorozási Központja - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Dependence, EMCDDA - REITOX- információgyűjtő és adatszolgáltató nemzeti központjai alkotta hálózatba, nemzeti központ (REITOX Focal Point) felállítása. Az Európai Unió előcsatlakozási stratégiája tartalmazza annak lehetőségét, hogy a jelölt országok bizonyos szervezetek, például az EMCDDA tagjai legyenek már azelőtt, hogy az Unió teljes jogú tagjaivá váljanak. 1998 szeptemberében a Bizottságban egyetértés született arra vonatkozólag, hogy a 11 felvételt kérő ország és Törökország maximális részvétele kívánatos a szervezetekben és a döntéseket eseti alapon kell meghozni. A Bizottság az ezt hivatalosan kérelmezők mindegyikével folytatott kétoldalú tárgyalások révén tárgyalási meghatalmazás-tervezettel szándékozik ellátni a kérelmező országokat tekintettel részvételükre az EMCDDA-ben.
- Folytatni az eddigi információcserét (az INTERPOL felé), Magyarország adatokat gyűjt az EUROPOL, továbbá az Európa Tanács intézményei számára is Évenkénti országjelentés a kábítószer-helyzetről és a kábítószer-ellenes tevékenységekről az EUROPOL-nak és az EMCDDA-nak. Az Europol az egészségügyi adatok kivételével felelős a teljes kábítószeres a bel- és igazságügyi együttműködés területén.
- Kiemelt fontosságú Magyarországnak az Európa Tanács Pompidou Csoportjában végzett munkája
- Magyarország folytatja a PHARE-program kábítószerrel kapcsolatos programjait, mind a kínálat-, mind pedig a keresletcsökkentés területén, valamint kibővíti az ezen a területen rendelkezésre álló együttműködési lehetőségeket.

3. Ki kell aknázni a regionális és európai együttműködés lehetőségeit a kereslet- és kínálat-csökkentési oldalon egyaránt. Kiemelten kell kezelni a Prágai Memorandum (1995) alatti Közép-Európai Kezdeményezést. A Magyar Köztársaság belügyminisztere 1995-ben szubrégióknégy országával valamint az ENSZ Nemzetközi Kábítószer-ellenőrzési Programjának (UNDCP) igazgatójával aláírta a Prágai Egyetértési Memorandumot. E program célja taktikai és stratégiai határon átnyúló együttműködések támogatása nemzeti drogkontroll stratégiák kialakítása által, egy összehangolt szubregionális stratégiához való csatlakozás érdekében.

A Magyar Köztársaság, a Cseh Köztársaság, a Lengyel Köztársaság, a Szlovák Köztársaság és a Szlovén Köztársaság kormányai elkötelezték magukat a kábítószer kereslet és kínálat csökkentése, nemzeti stratégiák kidolgozása, tárcaközi illetve nemzetközi koordináció és együttműködés mellett. A Memorandum e célterületekhez kapcsolódó szubregionális projekteket valósít meg, a kínálat-, csakúgy, mint a keresletcsökkentés területén; elsősorban a UNDCP anyagi, illetve szakmai támogatásával. Ugyanígy a SECI (Dél-Kelet Európai Kezdeményezés) keretében folyó kábítószer elleni együttműködés jelentőségét is aláhúzzuk.

4. Magyarország részt vesz az ENSZ szakosított kábítószerügyi szervének, az Egyesült Nemzetek Kábítószer Bizottságának (CND), a Nemzetközi Kábítószer-ellenőrzési Tanács (INCB) ellenőrzési apparátusának, az Egyesült Nemzetek Kábítószer-ellenőrzési Programjának (UNDCP) munkájában, illetve programjaikban. Magyarország létrehozza a Nemzeti Ópium Bizottságot, az erről szóló határozatot az Egységes Kábítószer Egyezmény (1961, New York) tartalmazza.

5. Mivel a kábítószer nem ismer határokat, ezért a nemzetközi szervezetek ajánlásai alapján kiemelt fontossággal bírnak a kétoldalú terrorizmus, szervezett- és kábítószer-bűnözés elleni egyezmények keretében folyó együttműködések. A kétoldalú szervezett bűnözés elleni megállapodásaink felülvizsgálata szükséges 2002-ig az EU csatlakozásból fakadó feladatok integrálása érdekében elsősorban is a nemzeti kontaktpontok kijelölése és megadása (NEBEK); az összekötők kiküldésének és cseréjének lehetősége, valamint hatáskörük rögzítése; az új nyomozó hatóságok közlése; a határon átnyúló bűnüldözési együttműködés schengeni típusú szabályainak rögzítése; a különleges nyomozástechnikai eszközök és módszerek határon átnyúló alkalmazása szabályainak közös megállapítása valamint adat- és titokvédelmi szabályok rögzítése témaköreiben.

6. A kínálatcsökkentés területén a Magyar Vám és Pénzügyőrség együttműködik a World Customs Organisation (WCO) Varsói Regionális Kapcsolattartó Irodájával. Az Irodán keresztül a VPOP hozzáférhet regionális kábítószer csempészetre vonatkozó információkhoz, melyeket 18 ország kölcsönösen biztosít egymásnak.

### **A már létrejött együttműködések fejlesztése és hatékonyabbá tétele, valamint a tervezett kooperációk létrejötte érdekében:**

1. Országunk megkülönböztetett jelentőséget tulajdonít a kábítószer-ellenes ENSZ egyezményekben vállalt nemzetközi kötelezettségek teljesítésének, az ENSZ Közgyűlésének a kábítószer-problémák leküzdésére összehívott rendkívüli ülészakán elfogadott Politikai Nyilatkozat ajánlásai végrehajtásának. Ennek érdekében szoros együttműködésre törekszik az ENSZ Kábítószer Bizottságával, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési Programjával (UNDCP), és a Nemzetközi Kábítószer Ellenőrzési Tanáccsal (INCB). Kiemelt figyelmet kell fordítani az ENSZ kábítószer egyezményekből adódó magyar jelentési kötelezettségek teljesítésére, a nemzetközi együttműködés szempontjából kiemelkedő fontosságú adatszolgáltatás biztosítására.
2. A Magyar Köztársaság Európai Unió csatlakozási törekvéséből adódóan fokozott figyelmet kell fordítani:

- a kábítószer-ellenes tevékenységgel foglalkozó közösségi joganyag átvételére, a kábítószer-ellenes küzdelem terén működő közösségi tevékenységhez történő csatlakozás kérdéseire,
  - a kormányzati szintű kábítószerügyi koordináció fejlesztésére,
  - az Európai Unió központokkal, illetve a Drogok és Drogfüggőség Európai Monitorozási Központjával kapcsolatot tartó nemzeti központ (focal point) kiépítésére, munkafeltételeinek biztosítására,
  - a kereslet és kínálatcsökkentés terén a PHARE program keretében megvalósítható projektek kidolgozására és megvalósítására,
  - az adatok és információk nemzetközi forgalmában való részvételünkre - részben az INTERPOL, EUROPOL, valamint az Európa Tanács szervei felé történő jelentéstétel folytatására; illetve a REITOX-ba való bekapcsolódásra.
3. A UNDCP keretében megvalósuló szubregionális együttműködés lehetőségeit egyaránt fel kell használni a hazánkon átvezető útvonalak és csempészhálózatok fokozottabb ellenőrzését és felszámolását célzó együttműködési formák fejlesztésére és szorgalmazni kell a keresletcsökkentést szolgáló további nemzetközi és regionális projektek kidolgozását.
  4. A kábítószer-ellenes küzdelemben támaszkodni kell a tevékenységben érintett hazai szerveknek a partnerintézményeikkel megkötött kétoldalú együttműködési megállapodásaira és a nemzetközi együttműködés legfontosabb szereplőivel fokozatosan átfogó együttműködési megállapodások megkötését kell kezdeményezni.
  5. Az Európa Tanács Pompidou Csoportjával, valamint PC-S-CO (szervezett bűnözés elleni) és PC-R-REV (pénzmosás elleni) bizottságaival kiépített kapcsolataink továbbfejlesztése kiemelt jelentőségű a Nemzeti Stratégia megvalósítását célzó hazai intézkedéseknek az európai gyakorlathoz történő harmonizálása szempontjából.
  6. Meg kell teremteni, illetve szélesíteni a területtel foglalkozó hazai tudományos műhelyeknek a nemzetközi tudományos együttműködés rendszerébe történő bevonását. Elő kell segíteni a tudományos képzés nemzetközi lehetőségeit, a tudományos intézmények és szakmai műhelyek közötti nemzetközi információcserét.

## 8. MONITOROZÁS

**A Közép távú célok megvalósulásának monitorozásának, ellenőrzésének eszköztrendszere, mely egyben a Nemzeti Stratégia megvalósulásának mérőrendszere:**

**I. Közösség, együttműködés - A társadalom váljon érzékenyebbé a droggkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában**

<i>Cél</i>	<i>Eszköztrendszer</i>
<b>Közép távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vannak-e adatbázisok (egészségügyi, prevenciós, közösségi szolgáltatásokat tartalmazó, illetve rendőrségi adatbázisok, melyek a szakemberek és a közvélemény számára hozzáférhetőek)</li> <li>vannak-e helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok</li> <li>a zenés-táncos szórakozóhelyek engedélyezési folyamata az elképzelések szerint alakul, a helyszínen biztosítják az előírt követelményeket</li> </ul>
<b>Rövid távú célok teljesítése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>erőforrások ráfordításának mennyisége</li> <li>minőségbiztosítás (protokollok, nemzetközi protokollok) összegyűjtése, a hiányzók kidolgozása a megfelelő szakmai szervezetek által</li> <li>folyamatértékelés mutatói</li> </ul>

**II. Megelőzés - Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására**

<i>Cél</i>	<i>Eszköztrendszer</i>
<b>Közép távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>attitűd, ismeretváltás az iskolában és veszélyeztetett fiatalok csoportjai körében</li> <li>tanárok prevenciós, egészségfejlesztési képzettsége</li> <li>iskolai drogstratégiák létrejötte</li> <li>iskolai drogkoordinátorok számának növekedése</li> <li>helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban prevenciós szakemberek részvétele</li> <li>helyi intézményközi összefogásról írásos beszámolók</li> <li>marginalizálódott (iskolából kiesett, munkanélküli, veszélyeztetett) fiatalok száma</li> </ul>
<b>Rövid távú célok teljesítése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fiatalok közötti epidemiológiai kutatásokra fordított összeg növekedése</li> <li>a szakemberek számára hozzáférhetővé tett prevenciós adatbázis(ok)</li> <li>(programok, alkalmazók)</li> <li>akkreditált prevenciós és tanár-továbbképző programok száma és az azokban résztvevők száma</li> <li>szervezeti keretek létrejötte</li> <li>információs kiadványok számának növekedése és az ország "lefedettsége" ebben a tekintetben</li> <li>médiaesemények száma</li> <li>tanárképzés kurrikulumának bővülése</li> </ul>

### III. Kezelés - Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drog-problémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció)

<i>Cél</i>	<i>Eszközrendszer</i>
<b>Közép távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kezelésben résztvevők számának növekedése</li> <li>• a társadalom segítők, reintegrációs attitűdje a droghasználókkal szemben</li> <li>• az első droghasználattól a kezelésig eltelt idő csökkenése</li> <li>• a kezelés hatékonysága</li> <li>• helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok írásos beszámolók, stratégiák</li> <li>• akkreditált kezelőhelyek és -programok száma</li> <li>• továbbképzésben résztvevők száma</li> <li>• oktatásban részesülők száma (graduális képzés, addiktológiai blokk)</li> <li>• tudományos publikációk</li> </ul>
<b>Rövid távú célok teljesítése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• költségvetési ráfordítás növekedése</li> <li>• kezelőhelyek és programok száma (országos eloszlás, lefedettség)</li> <li>• finanszírozási protokollok bővülése</li> <li>• oktatási programok</li> <li>• szervezeti keretek (Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság, helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok)</li> </ul>

### IV. Kínálatcsökkentés - Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét

<i>Cél</i>	<i>Eszközrendszer</i>
<b>Közép távú célok elérése</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lefoglalt mennyiség nő (vám- és pénzügyőrségi valamint rendőrségi lefoglalás)</li> <li>• kábítószerrel összefüggő bűncselekmények (beszerzői bűnözés, terjesztés, erőszakos) növekedésének csökkenése</li> <li>• legális kábítószerek és prekursorok nyilvántartásba vétele, ellenőrzése, az adatszolgáltatás minősége</li> <li>• lefoglalt illegális pénz, vagyon növekedése</li> </ul>

<b>Rövid távú célok teljesítése</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● az ügyészség miképpen él a vádelhalasztás lehetőségével, az új jogintézmény eredményessége</li><li>● az eljárás felfüggesztése, a gyógykezelés igénybevétele és az eljárás sikerességének összevetése</li><li>● jogértelmezés (döntések, rendeletek)</li><li>● pártfogók által ellátott kábítószer-használókkal történő foglalkozás adatai (számuk, speciális programokban részvételük)</li><li>● függők kezelése</li><li>● börtön (javítóintézeti) programokban részvétel</li><li>● lefoglalások mennyisége</li><li>● képzésben résztvevők száma</li><li>● labor, technikai háttér fejlődése</li><li>● nemzetközi együttműködésben résztvevők illetve a programok száma</li><li>● pénzügyi ráfordítás összesítése</li><li>● nemzetközi források mennyisége</li><li>● módszertani ajánlások (orvosszakértők, pártfogók stb.)</li><li>● új ERÜBS</li></ul>
-------------------------------------	---



## 9. TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	1
2. A NEMZETI STRATÉGIA SZÜKSÉGESSÉGE	4
3. HOL TARTUNK? Helyzetelemzés	8
3.1. Általános helyzetelemzés	8
3.2. Az egészségügyi intézményekben kezelésre jelentkező kábítószer-fogyasztók száma	12
3.3. Kezelés a büntetés alternatívájaként	13
3.4. Halálesetek	14
3.5. Kábítószer-bűnözés	14
3.6. Kábítószer-fogyasztás egyes társadalmi csoportok körében	17
3.7. Az iskolai drogprevenció helyzete	19
3.8. Összegzés	19
3.9. Összefoglaló jellemzők	20
3.10. Prognózis	20
3.11. A kábítószer-fogyasztás társadalmi tényezői	22
3.12. A jogi környezet	23
3.12.1. Nemzetközi egyezmények	23
3.12.2. Kábítószer-rendészeti jogszabályok	24
3.12.3. Kábítószerrel összefüggő tevékenységek büntetőjogi szabályozása	25
4. ELŐZMÉNYEK	28
4.1. A Nemzeti Stratégia megszületése, előtörténete	28
4.2. A Nemzeti Stratégia kidolgozásának előzményei	28
4.3. A Nemzeti Stratégia kialakításának munkamódszere	29
4.4. A Nemzeti Stratégia feladata	30
4.5. A kábítószer-probléma visszaszorításának modelljei	30
5. A NEMZETI STRATÉGIA CÉLJAI	34
5.1. Általános cél	34
5.2. Fő célok	34
5.3. A stratégia alapelvei	34
5.4. A stratégia eszköztrendszere	35
5.5. A Nemzeti Stratégia felépítése	37
5.6. A Nemzeti Stratégia végrehajtása, monitorozása és hatékonyság-vizsgálata	37
6. A CÉLOK RÉSZLETEZÉSE	38
6.1. Közösség, együttműködés	38
6.1.1. A cél szemléleti kerete	39
6.1.2. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórum a helyi közösségben	40
6.1.3. Hosszú távú célok	40
6.1.4. Közép távú célok	42
6.1.5. Rövid távú célok	43
6.1.6. A monitorozás mutatói és eszköztrendszere	45
6.2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszaszorítására	47
6.2.1. A megelőzés szemléleti kerete	47
6.2.1.1. Előfeltételek	47
6.2.1.2. A droghasználat kialakulásának elősegítő és gátló tényezői	48
6.2.1.2.1. Kockázati faktorok	49
6.2.1.2.2. Védő (protektív) tényezők	51
6.2.1.3. A prevenció módszerei	52

<b>6.2.2. A prevenció legfontosabb szinterei</b>	<b>52</b>
6.2.2.1. A család	52
6.2.2.2. Az iskola	54
6.2.2.3. A munkahely	55
6.2.2.4. A szabadidő	55
6.2.2.5. Egyházak	55
6.2.2.6. Média	55
6.2.2.7. Információs társadalom	56
6.2.2.8. Honvédség	56
6.2.2.9. A gyermekvédelem intézményrendszere	57
6.2.2.10. Rendőrségi bűnmegelőzés és drogprevenció	57
6.2.2.11. Kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok	57
6.2.2.12. Romákkal kapcsolatos megelőző programok	57
<b>6.2.3. A prevenció céljai és cselekvési terve</b>	<b>58</b>
6.2.3.1. Hosszú távú célok	58
6.2.3.2. Közép távú célok	59
6.2.3.3. Rövid távú célok	60
6.2.3.4. A monitorozás mutatói és eszközei	63
<b>6.3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógykezelés, rehabilitáció)</b>	<b>64</b>
6.3.1. A kezelés szemléleti kerete	64
6.3.2. Ártalomcsökkentés	66
6.3.3. A terápiák eredményessége	66
6.3.4. A kezelés céljai és cselekvési terve	67
6.3.4.1. Hosszú távú célok	67
6.3.4.2. Közép távú célok	68
6.3.4.3. Rövid távú célok	71
6.3.4.4. A monitorozás mutatói és eszközei	76
<b>6.4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét</b>	<b>78</b>
6.4.1. A kínálatcsökkentés szemléleti kerete	78
6.4.2. A Büntető Törvénykönyv 1998. évi módosítása	80
6.4.3. A kínálatcsökkentés intézményrendszere	81
6.4.3.1. A rendőrség	81
6.4.3.2. Vám- és pénzügyőrség	82
6.4.3.3. Határőrség	82
6.4.3.4. Büntetés-végrehajtás	82
6.4.3.5. Polgári nemzetbiztonsági titkosszolgálatok	83
6.4.3.6. Gazdasági Minisztérium Engedélyezési és Közigazgatási Hivatala	83
6.4.3.7. Polgárőrség	83
6.4.4. A hozzáférés csökkentésének céljai és cselekvési terve	83
6.4.4.1. Hosszú távú célok	83
6.4.4.2. Közép távú célok	84
6.4.4.3. Rövid távú célok	85
6.4.4.4. A monitorozás mutatói és eszközei	88
<b>7. NEMZETKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉS</b>	<b>90</b>
<b>8. MONITOROZÁS</b>	<b>93</b>
<b>9. TARTALOMJEGYZÉK</b>	<b>96</b>