



*Kisújszállás Város Önkormányzatának
drogellenes stratégiája
2016-2021.*

*Kisújszállás Város Önkormányzatának Képviselő-testülete elfogadta a 72/2016. (III. 31.) számú
önkormányzati határozatával*

Előzmények

Az Országgyűlés 80/2013. (X. 16.) határozatával fogadta el a 2013-2020-as időszakra szóló Nemzeti Drog-ellenes Stratégiát (a továbbiakban: NDS). Az új stratégiát a 2009-ben elfogadott NDS értékeléséből, annak eredményeiből és kudarcaiból kiindulva, annak legjobb elemeit megtartva, új középpontokkal, más hangsúlyokat követve mintegy éves előkészítés után fogadta el az Országgyűlés.

A Kisújszállási Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (a továbbiakban: KEF) pályázati forrást felhasználva kezdi meg működését, melynek egyik alapidokumentuma a drogstratégia, mely később cselekvési programmal kiegészülve tesz ajánlásokat Kisújszállás Város Önkormányzatának a droghasználat megelőzésére, a használók elterelésére, a szervezetfejlesztésre, meghatározva a fórum munkájában résztvevők feladatait.

A NDS az egészségfejlesztő és felépülés központú megközelítésben, közösségi szemléletben jelöli ki a beavatkozási irányokat. A Városi Drogellenes Stratégiában (a továbbiakban: VDS) hosszabb távú célkitűzéseket megfogalmazó szakmai dokumentumot terjesztünk elő a 2016-2021 közötti időszakra; szem előtt tartja a reális tervezhetőséget, így ennek alapján egy éves cselekvési programot dolgoz ki.

A stratégia vonatkozási területe:

A NDS a kábítószer-problémára vonatkozik, de annak értékelésében nem tekinthetünk el attól sem, hogy a kábítószer-használat szorosan összefügg más kémiai és viselkedési, függőségi problémákkal, elsősorban pedig a nemzet általános lelki egészségi állapotával, különös tekintettel az értékszemlélet, a kapcsolati kultúra, a problémamegoldó készség személyes és közösségi jellemzőire.

A Kisújszállás Város Önkormányzata által 43/2016. (II. 25.) számú önkormányzati határozatával létrehozott Kisújszállási Kábítószerügyi Egyeztető Fórum, a hivatkozott szempontok alapján a legális és illegális szerfogyasztási szokások összefüggését, valamint a helyi kutatási eredményeket, a drogproblémát helyezi a fókuszba abból a megfontolásból, hogy mivel minden egészségkárosító magatartás azonos gyökerű, így a tervezett beavatkozások sem kizárólag a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos attitűdre és folyamatokra hatnak kizárólagosan.

A stratégia lényege: Az NDS alapelveivel, értékeivel azonosulva, a helyi stratégia lényege, hogy fókuszában a tiszta tudat és a józanság, mint alapvető érték; a személyes és közösségi boldogulás szerhasználat nélküli életmodellje, és az egészséget alapértékként közvetítő szemléletmód áll.

Elsősorban olyan programok indítását támogatja, melyek a személyes és közösségi fejlődés és felelősségtudat, valamint a szermentes életmód és értékek megerősítését támogatják.

Kulcs a VDS-hez:

- a prevenció előtérbe helyezése;
- egészségfejlesztő megközelítés;
- felépülés-központú szemléletmód;
- közösségi irányultság, szubszidiaritás.

A VDS alapértékei

- élethez, emberi méltósághoz, egészséghez való jog;

- Személyes és közösségi felelősségvállalás;
- közösségi aktivitás;
 - ✓ előtérben a családokra és más helyi közösségekre irányuló, illetve azok részvételével zajló programok, az ún., lakosság közeli szolgálatok és ellátások.
 - ✓ a „jó gyakorlatot” megvalósító közösségi, civil és önszervező kezdeményezések, csoportok támogatása,
- együttműködés;
- tudományos megalapozottság.

A stratégia jövőképe: Ma teszünk a jövőért

Általános cél: A drogproblémák hatékony kezelése érdekében az összehangolt beavatkozások biztosítása, a helyi társadalom és a probléma által érintett célcsoportok igényei, szükségletei figyelembe vételével, a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználásával.

A konkrét célok területei:

- egészségfejlesztés, drogmegelőzés
- kezelés, ellátás, felépülés
- kínálatcsökkentés

I. Egészségfejlesztés, drogmegelőzés

Alapvetés:

„Összességében megállapítható, hogy hazánkban az elmúlt négy-öt évben a kábítószer-probléma súlyosbodott. E tendenciaváltozás arra is utalhat, hogy az állapotromlás hátterében meghúzódó társadalmi-közösségi folyamatok kedvezőtlen hatásait a kábítószer-probléma mérséklésére hivatott jogi, szervezeti és működési rendszer programjai és intézményei csak korlátozottan voltak képesek ellensúlyozni.... A társadalom drogproblémára adott válaszkészségének növeléséhez szükség van a családi és közösségi összetartozás, a társadalmi kohézió fejlesztésére... A kábítószer-probléma jelensége a társadalmi viszonyrendszer, a közösségi kapcsolatok színterein alakul, bontakozik ki vagy szorul vissza. Ezzel összhangban az új stratégiai megközelítés középpontjában az egészség, illetve az egészség támogatása áll. Az a célkitűzés, hogy az erőforrásoknak az egészséghez vezető folyamatok támogatására, a józanság kultúrájának terjedésére való összpontosításával párhuzamosan változzék meg a közösség kábítószer-problémákhoz való viszonyulása, illetve cselekvőképessége. A kábítószer problémák visszaszorulása elsősorban a közösség problémaérzékenységének erősödésétől és problémakezelő képességének fejlődésétől várható, a nemzeti és helyi közösségeket és az állam eszköztárát egyaránt beleértve.”¹

Cél: Középpontba állítani az egészséget, mint testi, lelki, szociális jólétet, annak érdekében, hogy ezek az értékek a gyakorlatban is előtérbe kerüljenek, és ezzel a drogproblémával kapcsolatos megelőzési tevékenység valamennyi szintén és célcsoportban az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében fogalmazódjon meg.

A helyzetfeltárás dokumentum adatai alapján a városi drogstratégia beavatkozási irányait, stratégiai célkitűzéseit az alábbi rendszerjellemzők jelölték ki beavatkozási színterneként.

¹ Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020. II.12. Következtetések fejezet

A tevékenység színterei

Helyi közösségek színtere:

A bűnügyi statisztikák kedvezőtlen jelenségei, valamint a 12-18 éves korosztály körében végzett helyi felmérések eredményei azt mutatták, hogy a fiatalok életmódjában és szórakozási szokásaiban olyan változások mutatkoznak, melyek a helyi társadalomra és környezetre is kedvezőtlenül hatnak. Az irány ellenkező irányba történő befolyásolása, csakis helyi erőforrás-szövetségre épülő, tudatosan építkező folyamat eredményeként valósulhat meg, melyben az érintett valamennyi szereplő – így különösen fiatalok, szülők, szakemberek, szórakozóhely tulajdonosok, döntéshozók – egyéni és társadalmi felelősségvállalása is kap szerepet.

Családi színtér:

Mind az országos, mind a helyi adatok azt mutatják, hogy a legális drogok közül a dohányzás és az alkoholfogyasztás, mint az életminőséget és egészséget befolyásoló tényező súlyos járulékos romboló tényezőkkel is együtt jár. Ezért szükséges olyan megelőzési, leszoktató programok indítása, mely a drogfogyasztás ellen hatnak, illetve ezekbe a programokba érdemes bevonni a már helyi szinten működő önszervező csoportokat.

Köznevelési intézményi színtér:

A köznevelési intézmények körében végzett kutatás² eredményei, többek között azt mutatták, hogy a városban működő köznevelési intézményekben folyó egészségfejlesztési tevékenységek egymástól elszigetelten léteznek.

Ugyancsak a köznevelési intézményeket érintő kutatás eredményeinek összegzése során derült ki, hogy nem épült be a gyakorlatba az iskolai drogfogyasztás esetére kidolgozott 2012-ben megjelent szakmai ajánlás. Az eljárásrend hatékonyságának növeléséhez szükséges felülvizsgálni ennek okait és módosítani, valamint újratársadalmasítani az eljárásrendet.

A kutatás azonban azt is kimutatta, hogy a szakmaközi együttműködés jónak mondható, a köznevelési intézmények számítanak a segítő szakmák közreműködésére, akár más intézményi, akár civil közreműködőről van szó.

Gyermekvédelmi intézményrendszer:

A gyermekjóléti beszámoló adataiból kiderül, hogy bár az esetszám nem növekedett, de a problémák mennyisége, bonyolultsága nőtt, mely a rendszer működésére is hat, így átgondolandó olyan speciális programok kidolgozása, mely a hátrányos helyzetű szülők bevonását célozza. Erre tett kísérletet a Szülők iskolája programmal az önkormányzatunk, mérsékelt érdeklődés mellett is sikert aratva.

Kortárscsoportok, ifjúsági közösségek színtere:

A serdülőkorral megnő a kortárscsoportok szocializációs jelentősége a családdal szemben. A családra, mint háttér országra van szüksége a serdülőnek. Ez abban a jelenségben is megnyilvánul, hogy a szülők egyre kevésbé vesznek részt a fiatalok szabadidejében. A különböző szakirodalmak az ok-okozat tekintetében eltérő nézeteket vallanak. Mivel nem mindig tudnak a fiatalok egymásnak adekvát válaszokat adni, kialakulhat téves ítélet és normarendszer, illetve sajátos beavatási rítusok működtetése. Mindezen folyamat kompenzálására fontos lenne, hogy az idősebb generáció újra részt vegyen a gyermekek szabadidejében és proaktív szórakozási és egyéb viselkedési mintát tudjanak nyújtani. Ehhez

² Helyzetfeltárás 2014. 4.2. fejezet

azon szabadidős alternatívák számának növelése szükséges, melyek ezt a folyamatot támogatják.

A szabadidős alternatívákat szolgáló programoknál kiemelt figyelmet kell fordítani azon programok népszerűsítésére, melyek a pozitív életvitel kialakulását támogatják (alkoholmentes programok, önkéntes akciók).

A beavatkozások tervezésénél ugyanakkor figyelembe kell venni az országos és helyi kutatások azon eredményeit is, melyek azt mutatják, hogy a fiatalok éjszakai életben történő megjelenése már az általános iskolás korosztályt is érinti, akik sérülékeny csoportnak minősülnek több szempontból is.

A szubjektív biztonságérzet kialakulásának elősegítése nem csupán a hatóságok feladata, hanem valamennyi társadalmi szereplőé, éppen ezért kiemelt jelentőségű, hogy a szabadidős színtereket működtetők is motiváltak legyenek a feltételek megteremtésében.

Média színtere:

A NDS is kiemeli, hogy a médiában is indokolt a családi élet témakörének rendszeres megjelenése, különös tekintettel a hétköznapi konfliktusok, kapcsolati problémák hátterének és kezelési módjainak bemutatására. Ebben jelentős szerepe lehet pályázati források feltárásának az önkormányzat, vagy a TV Kisúj üzemeltetését végző Kisújszállási Művelődési Ház és Könyvtár részéről család-fókuszú műsorkészítése érdekében.

Munkahelyi színtér:

Tekintettel arra, hogy nem rendelkezünk összehasonlításra lehetőséget adó információkkal munkahelyi egészségfejlesztés témakörében, ezért fontos minden olyan kezdeményezés kihangsúlyozása, ami helyi szinten pozitív példát mutat.

Feladatok az egészségfejlesztésben:

Az önkormányzat egészségfejlesztési és sportkoncepciójával összhangban a következő területek kapnak jelentős szerepet:

1. A helyi közösség egészségfejlesztéssel és megelőzéssel kapcsolatos attitűdjének formálása, közösségi cselekvések mentén.
2. Az egészségfejlesztésre épülő folyamatok további ösztönzése a lakosság egészség attitűdjének formálásán keresztül.
3. A felépülő szenvedélybetegek önszorgató csoportjainak bekapcsolódása a megelőzési programokba.
4. Az egészségfejlesztés területén tevékenykedő szervezetek, intézmények együttműködésének fokozása.
5. Az illetékes segítőszakmák jelenléte a köznevelési szinten jelenlévő szociális és szocializációs konfliktusok kezelésében.
6. A gyermekvédelmi intézményrendszeren belül a személyi feltételek, erőforrások javítása a helyi szinten fellelhető komplementer elemek bevonásával.
7. Speciális programok biztosítása a hátrányos helyzetű szülők bevonására.
8. A felnőtt társadalomnak a fiatalok szabadidejében eltöltött pozitív részvételét erősítő szabadidős programok támogatása.

9. A tanulók értékválasztására pozitívan ható szabadidős tevékenységek népszerűsítése.
10. A veszélyeztetett, sérülékeny csoportok számára célzott megelőző programok biztosítása.
11. A zenés, táncos szórakozóhelyek további bevonása és érdekeltté tétele a fiatalok biztonságosabb szórakozásában.
12. A családi élet témakörének hangsúlyosabb megjelenítése a médiában, különös tekintettel a hétköznapi konfliktusok, kapcsolati problémák hátterének és kezelési módjainak bemutatására, valamint a családi rendszer működését támogató szolgáltatások népszerűsítésére.
13. Szakemberek mentálhigiénéjét támogató munkahelyi egészségfejlesztési programok megvalósítása.

II. Kezelés, ellátás, felépülés

Alapvetés

„Az ellátórendszerek a kliensek szükségletei, valamint a kezelés-ellátás eredményei szerint szerveződnek. A szükségletalapú és eredményközpontú ellátás a beteg-, illetve kliensutak optimális szervezését jelenti. Mindez feltételezi a kezelő-ellátó rendszereken belüli és azok közötti teljes ellátási spektrum kiépülését és – a szociális ellátásokkal szoros együttműködésben – az egészségügyi szolgáltatások progresszív rendszerét. Ebben a megközelítésben a kliens szükségletei a maguk teljességében jelennek meg, tehát nem csak a szerhasználat vagy a függőség jelenik meg problémaként, hanem annak pszichoszociális összefüggésrendszere.”⁴

Cél:

„A felépülés-központú ellátás célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyre állítása (a tartósan szermentes életet célul kitűzve), továbbá a társadalomba történő reintegráció elősegítése. A felépülés-központú szemlélet a szerhasználó és a segítő intézményrendszer első találkozásánál megjelenik, és végig kíséri a kliens útját az ellátórendszerek között, fontos része a (nem csak) kábítószer-függőségre jellemző gyakori visszaesések megelőzése, illetve megfelelő kezelése.”⁵

Kisújszálláson nincs jelen addiktológiai ellátórendszer. Csatlakozási pontokat kell kialakítani az alapellátás és a karcagi Káta Gábor Kórház, és a szolnoki Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet között.

Jó hír viszont, hogy 2014. novemberében megkezdte működését a szenvedélybetegek nappali ellátója a Kisújszállási Térségi Szociális Otthon és Alapszolgáltatási Központ keretében, mely az utógondozásban, prevencióban játszhat szerepet.

A betegség jellemzői okán senki sem vállalkozhat felelősségteljesen arra, hogy a szenvedélybetegségből mindenki felépülhet. Például az alkoholizmus esetében „hosszútávú nemzetközi kutatások azt találták, hogy az alkoholbetegek kb. 8-39%-a lesz absztinens, 46-87%-a viszont visszaesik, alkoholfüggő marad.”⁶ A jelentősebb siker csupán a teljes kezelési-

⁴ Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020. VI. Kezelés, ellátás, felépülés, VI.1. Alapvetés

⁵ Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020. VI. Kezelés, ellátás, felépülés, VI.1. Alapvetés

⁶ www.hazipatika.com , letöltés ideje: 2014.03.14.

ellátási lánc megléte, elérhetősége esetén lehetséges, mely lánc az alacsonyküszöbű ellátástól a védett munkahelyig tart.

A szerhasználat kezdeti szakaszában – ahol még betegségről nem beszélhetünk - a korai beavatkozás hatékony eszköz arra, hogy kivédje a függőség kialakulását és a súlyosabb szövődményeket.

Az NDS kezelés, ellátás, felépülés fejezetét érintően hangsúlyos az ellátórendszer fejlesztése és a benne dolgozó szakemberek ismereteinek bővítése. Éppen ezért a lehetőségeket megvizsgálva törekedni kell a teljes kezelési spektrum kiépítésére. Égető szükség van a gyermek- és fiatalkorú problémás szerhasználók kezelését biztosító járó- és fekvőbeteg-ellátás intézményeinek létrehozására, továbbá távlatosan, rehabilitációt biztosító intézmény létesítésére.

A betegség-specifikus nehézségek ellenére a felépülés-alapú ellátási modell szerint működő kezelő-ellátó rendszer legfontosabb eredménynek a kliens felépülését, közösségbe történő visszailleszkedését és józanságát tekinti. A betegség jellemzői miatt azonban előrelépésnek tekintendő az is, ha a kevésbé motivált, illetve az óhajtott változásra kevésbé kész kliensek további szerhasználata kisebb kockázatot jelent önmaguk és környezetük számára. Ehhez azonban ártalomcsökkentő programok is szükségesek, melyek hiányában a lakóköznyezetre kiható epidemiológiai problémák jelentkeznek.

Feladatok a kezelés, ellátás, felépülés területén:

Az alábbiakban azokat a – NDS-ben megfogalmazott és elvárt – feladatokat vesszük sorra, melyek a helyi lehetőségek figyelembevételével megvalósíthatók melyekre égető szükség van. A vázolt feladatok megvalósulása csak hatékony együttműködés és adott esetben önkormányzati, kormányzati párbeszéd és egyetértés mentén lehet biztosított.

1. Korai kezelésbe, ellátásba vétel biztosítása.
2. Integrált addiktológiai ellátások kialakítási és fejlesztési lehetőségének megvizsgálása.
3. A kezelő-ellátó rendszerek együttműködésének fejlesztése a helyben megvalósuló családi, közösségi kezdeményezésekkel és a felépülő szerhasználók önsegítésen alapuló programjaival.
4. Az alacsonyküszöbű programokba való stigmatizáció-mentes bekapcsolódás elősegítése.
5. Komplementer végzettségű szakemberek szaktudásának az ellátásba való integrálása.
6. Tudás- és ismeretbővítés, médiahatás hatékonyabb használata.
7. Az egészségügyi és szociális szolgáltatók közötti együttműködés erősítése.

III. KÍNÁLATCSÖKKENTÉS

Alapvetés:

A rendőrség alapfeladatai közé tartozik a bűnmegelőzés, ami a bűnalkalmak csökkentése, valamint a bűnelkövetővé és sértetté/áldozattá válás megakadályozása érdekében alkalmazott intézkedéseket és a tájékoztatásra, felvilágosításra irányuló tevékenységet jelent. Ebbe illeszkedik bele speciális területként a drogreprevenció. Kiemelt szintek: iskolák, közművelődési intézmények, szórakozóhelyek.

Cél:

„A kínálatcsökkentés területén határozott cél, hogy 2020-ra a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyának biztosítása mellett a rendelkezésre álló eszközök széleskörű alkalmazásával a

lehető legteljesebb mértékben visszaszoruljon a kábítószer-fogyasztás mértéke... A kínálatcsökkentés legfőbb stratégiai célja: bármely visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyag Magyarországra történő bejutásának és a hazánkban megjelenő szerekhez való hozzáférés megakadályozása, illetve ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési vetület érvényesítése.”⁷

Feladatok a kínálatcsökkentés területén:

A Rendőrség kábítószer-probléma kezelésével összefüggő rövid távú stratégiai céljai a NDS-sel összhangban, a helyi lehetőségek, a Közbiztonsági Egyeztető Fórum eredményeinek figyelembevételével az alábbiak szerint foglalhatók össze.

1. A szakértői háttér személyi állományának és technikai felszereltségének fejlesztése.
2. A helyi rendészeti szervezetek közötti információcsere hatékonyságának további növelése.
3. A sikeres és kellően elrettentő, megfelelő visszatartó erőt képviselő büntetőeljárások érdekében, a rendészeti szervek és az igazságügyi hatóságok együttműködésének növelése, elsősorban az ügyészek és bírák új elkövetési formákról, magatartásokról való megfelelő tájékoztatása révén.
4. Az önkormányzattal, polgármesteri hivatallal való együttműködés fokozása, szerepvállalásuk erősítése a területükön folyó kábítószer-forgalmazás elleni fellépésre. Elsősorban a kábítószer-terjesztésre lehetőséget adó kereskedelmi és szolgáltatási egységek irányában aktívan alkalmazni a szervezett bűnözés elleni fellépés adminisztratív megközelítését a jogsértő cselekmények ellehetetlenítése, a bűncselekmények megelőzése, felderítése, illetve az elkövetők felelősségre vonása során.
5. A hatósági ellenőrzés személyi állományának és technikai felszereltségének fejlesztése, a visszaélések lehetőségének csökkentése és az illegális felhasználás elleni hatékony fellépés érdekében.
6. A célzott közúti ellenőrzések fokozása a kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése érdekében.
7. A terjesztés és a terjesztőhálózatok elleni fellépés.
8. A Rendőrség tematikus iskolai bűnmegelőzési programjainak a NDS által támasztott szakmai ajánlásnak és minőségbiztosítási rendszernek való megfeleltetéséről való gondoskodás.

⁷ Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020 VII.3. Célok, alapelvek, tevékenységi terület fejezet

Fogalomtár⁸

1. **Általános megelőzés:** Az ezen kategóriába tartozó prevenciós stratégiák a populáció egészét (országosan, helyi közösségekben, iskolában) szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a problémás-viselkedés (alkohol, dohányzás, kábítószer-fogyasztás) megjelenését igyekeznek megakadályozni, illetve késleltetni. A prevenciós beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését. Az általános prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnek tekinthető, a veszélyeztetettség mértéke azonban igen különböző az egyének szintjén.
2. **Ártalomcsökkentés:** Az alkohollal és illegális drogokkal összefüggésben olyan stratégiák és programok, melyek közvetlenül az alkohol és illegális drogok fogyasztásából eredő egyes ártalmak csökkentésére összpontosítanak egyéni és társadalmi szinten. A kifejezést főleg olyan stratégiákra és programokra alkalmazzák, melyek úgy kívánják mérsékelni az ártalmakat, hogy nem követelik meg az absztinenciát. Ártalomcsökkentés például a tücsere, amely csökkenti a tümegosztást és így a fertőző betegségek terjedését az intravénás kábítószer-fogyasztók között, míg más károkat nem befolyásol.
3. **Céltott megelőzés:** E beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők (például alkoholista szülők gyermekei, iskolából kimaradó, tanulási problémával küzdő fiatalok). A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszichoszociális, szociális vagy környezeti kockázati tényezők mentén, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan ok-okozati kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a problémás viselkedés kialakulása között.
4. **Dizájner drog:** Mesterséges, megtervezett módon olyan pszichoaktív hatású molekulát hoznak létre, ami nem szerepel a kábítószeres listáján. Amíg tiltólistára nem kerül a szer, legálisan forgalmazható és használható. Az „új típusú” dizájner drog jellemzően a 2010-től megjelenő szereket jelenti, amelyek közül 2010-ben a leginkább elterjedt a mefedron volt. Tiltólistára kerülését követően újabb – hasonló szerkezetű és hatású, egyelőre legális – szerek jelentek meg. Használatuk intravénás formában is történhet.
5. **Drogprevenció - megelőzés:** Tág értelmezésben olyan tervezett beavatkozás, melynek célja a drogfogyasztás társadalmi és környezeti befolyásoló tényezőinek megváltoztatása, beleértve a droghasználat elkezdesének megakadályozását és a gyakoribb használat kialakulásának megelőzését a veszélyeztetett populációkban.
6. **Egészség:** A teljes fizikai, szociális, és mentális jóllét állapota és nem pusztán a betegség vagy rokkantság hiánya. Az egészség a mindennapi élet erőforrása és nem az élet célja. Az

⁸ Forrás: Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020. 3. számú melléklete

egészség pozitív fogalom, amely hangsúlyozza a társadalmi és személyes forrásokat csakúgy, mint a fizikai képességeket.

7. Egészségfejlesztés: Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy megértsék és növeljék befolyásukat a saját egészségük meghatározói felett annak érdekében, hogy egészségük jobb legyen.

Az Ottawai Karta öt tevékenységi területet jelöl ki prioritásként:

- egészséget támogató politikai gyakorlat,
- egészséget támogató környezet biztosítása,
- egészségbarát közösségi tevékenységek támogatása,
- egyéni képességek fejlesztése,
- az egészségügyi ellátórendszer új hangsúlyainak megteremtése.

A Dzsakartai Nyilatkozat szintén öt tevékenységi területet jelöl ki prioritásként a 21. századra:

- az egészséget megcélzó társadalmi felelősségvállalás támogatása,
- a „beruházás az egészségbe” megközelítés érvényre juttatása,
- az együttműködés kiszélesítése az egészségfejlesztés érdekében,
- a közösségi erőforrások növelése és az egyén képessé tétele egészsége javítására,
- infrastruktúra biztosítása az egészségfejlesztés számára.

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

8. Egészséget veszélyeztető magatartás: Olyan egyéni és/vagy közösségi viselkedés, amelynek hatásaként nagyobb valószínűséggel fordul elő valamilyen megbetegedés. A betegségmegelőzés fő célja az egészséget veszélyeztető magatartásformák megváltoztatása, amelynek hagyományos eszköze az egészségnevelés. Az egészségfejlesztés azonban tágabban értelmezi a problémát, miszerint az egészséget veszélyeztető magatartás a kedvezőtlen életkörülményekkel való megküzdési stratégia lehet. Az egészséget veszélyeztető magatartást kezelő programoknak tehát az életvezetési készségek fejlesztését és az egészséget támogató környezet biztosítását is magukba kell foglalniuk.

9. Egészségfejlesztési program: Adott célcsoportra megtervezett tevékenységek rendszere, amely hatékonyan alkalmazható valamilyen megbetegedés vagy rendellenesség megelőzésére. A cél a kockázat csökkentése a megbetegedéssel vagy rendellenességgel szemben. Az egészségfejlesztési program a célcsoport egészséget veszélyeztető magatartását kívánja megváltoztatni, gyakran egészségnevelési programot is alkalmazva.

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

11. Egészségpolitika: Makroszinten intézmények (különösen a kormány) formális dokumentuma, amely az egészséggel kapcsolatos szükségleteinket célozza meg prioritások és tevékenységek meghatározásával, a rendelkezésre álló források és a politikai érdekek figyelembevételével. Mikro szinten a csoportnak, a közösségnek, a helyi önkormányzatnak a törvényi kereteken belül az igényekhez, lehetőségekhez igazított, az egészséget szolgáló

stratégiája, prioritásrendszere. Az egészségpolitika törvényhozáson vagy más jellegű szabályozáson keresztül rendelkezik az egészségügyi ellátásról és programokról és az ezekhez való hozzáférésről. Az egészségpolitikát meg kell különböztetni az egészséget támogató társadalompolitikától, mivel az előbbi elsősorban az egészségügyi ellátásban és programokban érdekelt.

12. Elterelés, elterelt: A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény lehetőséget ad a „kábitószer birtoklása” bűncselekmény bizonyos, törvényben meghatározott eseteiben az elkövető számára a büntetés elkerülésére. A törvény 180. §-a tartalmazza azokat a tényállásokat, amikor nem büntethető az eljárás alá vont személy, feltéve, ha vállalja, hogy egy legalább 6 hónapig tartó folyamatos

- kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, vagy
- kábítószer-használatot kezelő más ellátásban, vagy
- megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vesz részt.

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

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

A büntetés elkerülésére az elterelés biztosít lehetőséget, amely a droghasználat és a droghasználat következtében megjelenő problémák súlyosságától függően többféle eljárást jelenthet. A drogfüggő vagy problémás droghasználó kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben vagy kábítószer-használatot kezelő más ellátásban, a kevés pszichoszociális problémával jellemezhető alkalmi használó, illetve „egyszer kipróbáló” pedig megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vesz részt. A szakzsargonban az elterelésben részt vevő személyt nevezzük eltereltnek.

13. ESPAD: Alkohollal és más drogokkal kapcsolatos európai iskolakutatás (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Az Európa Tanács által kezdeményezett, független kutatói csoportok által, nemzetközi szabványok alapján megvalósított kutatás a fiatalok szerfogyasztási szokásairól. Adatfelvétele jellemzően négyévente történik.

14. Inhaláns: A szervezetbe a légutakon át bejuttatott pszichoaktív anyag, amely elsősorban a légutakon, illetve a tüdő nyálkahártyáján keresztül szívódik fel a szervezetbe.

15. Javallott megelőzés: Ez a kategória olyan prevenciós beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (Mentális rendellenességek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 4. kiadás, Betegségek nemzetközi osztályozása, 10. kiadás) függőnek nem minősülő, de a problémás használat korai jeleit mutató személyek viselkedését szeretnék a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. A megnövekedett egyéni kockázat jelei lehetnek a romló osztályzatok, alkohol- és drogfogyasztás, elidegenedés a szülőktől, iskolától és normatartó kortársaktól. Kevesebb hangsúlyt fektetnek az olyan környezeti hatások befolyásolására, mint például a közösségi értékek.

16. Kábítószer: A pszichoaktív csoportba tartozó azon szerek, amelyek szerepelnek a kábítószerek, illetve a veszélyes pszichotróp anyagok Egyesült Nemzetek Szervezete által elfogadott listáin. (A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 459. § (1) bekezdés 18. pontja szerint kábítószeren: az 1988. évi 17. törvényerejű rendelettel kihirdetett, az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben, 1972.

március 25-én kelt Jegyzőkönyvvvel módosított és kiegészített, az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a New Yorkban,

1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott anyagokat; az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott veszélyes pszichotróp anyagokat, valamint az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény mellékletében meghatározott pszichotróp anyagokat kell érteni.) A NDS szövegének értelmében nem értendő kábítószer-használatnak a gyógyászati célú, orvosi ellenőrzés mellett történő alkalmazás.

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

18. Kereslet-csökkentés: Tág fogalom, amelyet azon drogpolitikai intézkedések és programok széles körével kapcsolatban használnak, melyek az illegális szerek megszerzésének és használatának vágyát és az arra irányuló tevékenységet kívánják csökkenteni. A drogok iránti kereslet az alábbi módszerekkel csökkenthető: prevenciós és oktatási programokkal, melyek felvilágosítják a használókat vagy potenciális használókat az illegális szerekkel való kísérletezés és/vagy a további használat kockázatairól; helyettesítő programokkal (pl. metadon), kezelési programokkal, melyek az absztinenciára, a használt mennyiségek és a használat gyakoriságának csökkentésére koncentrálnak; büntetőeljárás alternatívájaként nyújtott képzési vagy kezelési programokkal; átfogó szociálpolitikával, mely mérsékli a drogfogyasztással összefüggő egyéb befolyásoló tényezőket, mint például munkanélküliség, hajléktalanság vagy iskolából való kimaradás.

19. Kezelési Igény Indikátor: Az EMCDDA Kezelési igény indikátora (a továbbiakban TDI, az angol eredeti Treatment Demand Indicator-ból) fontos szerepet játszik az epidemiológiai kulcsindikátorok között. Ezek biztosítják a kábítószer-használat, illetve következményei összehasonlíthatóságát az EU-tagállamaiban. A TDI egyike annak az öt epidemiológiai kulcsindikátornak, amelyek átfogóan mutatják be a kábítószer-használat helyzetét a EU tagállamokban, valamint az e téren érvényesülő tendenciákat. A TDI a kezelőhelyek éves forgalmát méri a kezelésbe kerülők számának, valamint az először kezelésbe kerülők számának (kezelési incidencia) segítségével. A kezelést kereső emberek számáról szóló információ betekintést enged a problémás kábítószer-használat általános trendjeibe és a kezelőintézmények forgalmára, szervezetére is rálátást enged. A kezelési igény adatok főleg a járóbeteg kezelőhelyek adataiból származnak.

20. Kínálatcsökkentés: Azon tevékenységeket jelenti, amelyek a kábítószerek előállítását, termelését és terjesztését hivatottak megállítani. A termelés csökkenthető a termés megsemmisítésével, vagy más növénykultúrák termesztését támogató fejlesztési programokkal. Az illegális előállítás visszafogható közvetlenül az illegális laborok felszámolásával és a prekurzorok ellenőrzésével, míg a terjesztés csökkenthető a rendőrség és vámhatóság munkája által, illetve néhány országban katonai beavatkozással.

21. Környezeti prevenció: a legfrissebb kutatási adatok szerint a környezet nagymértékben befolyásolja a serdülők kockázatos magatartásformákban való részvételét. Ezek a bizonyítékok mindenekelőtt a környezeti megelőzés módszerét támasztják alá, amely nagyobb mértékben támaszkodik a környezet megváltoztatására, mint a pusztán meggyőzésre. Eszerint a

fiataloknak szóló prevenciós intézkedéseknek a tájékoztatás helyett inkább a normákra és a normalitás érzékelésére kellene helyezni a hangsúlyt. A prevenció szempontjából fontos az iskolára, a családra és a rekreációs színterekre koncentrálni.

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

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

24. Multidiszciplináris: Különböző tudományterületeket, hivatásokat egyaránt érintő, felölelő.

25. Népegészségügy: Olyan társadalmi tevékenység, melynek célja populációs szinten az egészség fejlesztése, az élet meghosszabbítása és az élet minőségének javítása a lakosság körében, az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés és más egészséget befolyásolni szándékozó tevékenység által. A népegészségügyi koncepció azon az átfogó megközelítésen alapszik, hogy az életmód és az életkörülmények miként befolyásolják az egészségi állapotot. Továbbá azon a felismerésen nyugszik, hogy a különböző politikáknak, programoknak és szolgáltatásoknak erőforrásokat kell mobilizálni és beruházni az egészséges életvitel támogatása és az egészségbarát környezet kialakítása érdekében.

26. Önsegítés, önsegítő csoport: Az önsegítő csoportok kezdeményezői és tagjai úgy látják, hogy személyes problémájukat (leggyakrabban függőségüket) képtelenek önerőből és/vagy az egészségügyi és szociális intézmények segítségével megoldani. Az önsegítés olyan, leginkább csoportos formában megvalósuló együttműködési forma, amelyben rendszerint hasonló gondokkal küzdő emberek szervezik meg önmagukat egyetlen közös cél (a 12 lépéses anonim programok, így például a Névtelen Anyagosok esetében a szermentesség és a józanság) elérése érdekében. A rendszeres, kölcsönös, egymásnak nyújtott ingyenes segítség révén belső változási folyamatot indítanak el, amelynek mentén szellemi, lelki és szociális állapotuk javul. Legfőbb hatótényezők és erőforrásaik: a sorsközösség, a tapasztalatok megosztása, a szolidaritás, a támogatás, az elfogadás, a spiritualitás, a biztonságos környezet és a hierarchia-mentesség. Az önsegítő csoportok hatása az önértékelésre, a megküzdési képességre, a hangulati állapotra és az aktivitásra meglepően jó, a tapasztalatok szerint gyakran felülmúlja az intézményi beavatkozások hatásfokát.

27. Prevalencia: Arányszám, mely adott földrajzi területen, adott idő alatt, adott feltételek vagy jellemzők előfordulását mutatja meg a társadalomban. Beszélhetünk például életprevalenciáról vagy elmúlt havi prevalenciáról. Életprevalencia: a személy élete során legalább egyszer már megvalósította az adott magatartást. Életprevalencia-érték jellemzően azon személyek számaránya egy adott közösségben, csoportban, akik életükben legalább egyszer fogyasztottak már például kábítószer. Ebbe beletartoznak azok is, akik egy alkalommal fogyasztottak szert, de azok is, akik rendszeres használók.

28. Pszichoaktív drog, pszichoaktív anyag, pszichoaktív szer: Az általános szóhasználatban a drogok azon csoportja, amelyekhez tartozó anyagok hatásukat a központi idegrendszer működésének megváltoztatásán keresztül fejtik ki.

29. Rendészet: Olyan állami, közigazgatási tevékenység, amely a közbiztonság megzavarásának megelőzésére, a zavaró magatartás megakadályozására és a megzavart rend helyreállítására irányul.
30. Rehabilitáció: Krónikus, maradványállapottal, maradványtünetekkel járó betegségek esetében a fizikai és szellemi működés helyreállítása, különös tekintettel a munkaképességre és az önálló életvitelre.
31. Reszocializáció: Krónikus, maradványtünetekkel járó egészségkárosodások rehabilitációja mellett és után történő felkészítés, gondozással és képzéssel a közösségbe való visszailleszkedés érdekében. Különösen pszichiátriai és szenvedélybeteg felépülését célzó közösségi ellátás fontos feladata.
32. Resztoratív büntetőpolitika: A károk jóvátételét, a károsodott helyzet helyreállítását célul kitűző büntetőpolitikai irányzat.
33. Stigmatizáció: Egyes személyek vagy csoportok megszégyenítése, igazságtalan kirekesztése és megkülönböztetése, melynek következtében nő a kockázata annak, hogy az adott személyek, illetve csoportok a társadalom egészén belül peremhelyzetbe sodródnak, vagy ottlétük állandósul.
34. Stimulánsok: Elsősorban a mentális és fizikai állapotot serkentő szerek.
35. Szerhasználati mintázat: A szerhasználat szerenkénti eloszlása a társadalom egyes alcsoportjaiban. A fogalom maga alapvetően elméleti konstrukció, amely két forrásból táplálkozik: egyrészt az egyes társadalmi csoportokban a szerek elterjedtségének és egyéb változók – fogyasztási gyakoriság, szervezetbe juttatás módja és egyéb kockázati tényezők – megfigyeléséből, másrészt a közvetlenül nem mérhető fogyasztási szokások vagy egyéb magatartások – kriminalitás, kockázatkeresés, marginalizáció, szociális státusz stb. – becsléséből.
36. Szintetikus kábítószer: mesterségesen, fizikai, kémiai, illetve biológiai úton előállított kábítószer.
37. Szubszidiaritás: A társadalmi szabályozás olyan elve, amely szerint minden döntést és végrehajtást a lehető legalacsonyabb szinten kell meghozni, a problémák keletkezési helyén, hiszen a legnagyobb hozzáértéssel a helyi szinten rendelkeznek. A felsőbb szintek beavatkozásának a szükséges minimumra kell korlátozódnia, de nyújtania kell a szükséges segítséget. (Az Európai Unió és tagállamainak működése, valamint a KEF-ek eddigi és a stratégiában tervezett tevékenysége is a szubszidiaritás elvére épül.)
38. Visszaélésszerű gyógyszerhasználat: Nyugtatók, altatók vagy az erős hatású (ópiát hatóanyagot tartalmazó) fájdalomcsillapítók orvosi rendelvény nélküli vagy attól eltérő használata, illetve ezen gyógyszerek alkohollal történő kombinált használata.