

TANULMÁNY

A „NEMZETI DROGSTRATÉGIA A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA VISSZASZORÍTÁSÁRA” MEGVALÓSULÁSÁNAK DOKUMENTUM ÉS MÉLYINTERJÚ-ELEMZÉSEN ALAPULÓ ÉRTÉKELÉSÉRŐL



EgészségMonitor
Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.

Kutatásvezető: Dr. Vitrai József

Budapest, 2009. június

Készült a
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet
megbízásából

Tartalom

I. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	4
Bevezető	5
Összegző megállapítások	7
Kiemelt megállapítások	10
A drogst stratégia céljainak teljesülése az egyes pillérek szerint	10
A drogst stratégiához rendelt erőforrások hasznosulása	13
Jogszabályok, rendeletek és a jogalkalmazás	14
Javaslatok egy következő drogst stratégiához.....	14
II. CÉLKITŰZÉSEK TELJESÜLÉSÉNEK ÉRTÉKELÉSE DOKUMENTUMELEMZÉSSEL	17
Módszertan	18
Eredmények	19
III. TEVÉKENYSÉGEK ÉRTÉKELÉSE DOKUMENTUMELEMZÉSSEL	33
Módszertan	34
Eredmények	35
Melléklet: Forrás-dokumentumok listája	56
IV. MÉLYINTERJÚK SZAKPOLITIKUSOKAL, SZAKEMBEREKSEL	57
Bevezetés	58
Módszertan	59
A mélyinterjú kutatási módszerről	59
Adatkezelés.....	59
A tanulmány szerkezete.....	60
Az elemzésről.....	60
Kiemelt megállapítások	61
A drogst stratégia céljainak teljesülése az egyes pillérek szerint	61
A drogst stratégiához rendelt erőforrások hasznosulása	62
Jogszabályok, rendeletek és a jogalkalmazás	62
Javaslatok egy következő drogst stratégiához.....	63
A drogst stratégia céljainak teljesülése a pillérek szerint	64
Érzékeny közösségek kialakulása	64
Megelőzés, prevenció	68
3. Kezelés és ellátás	71
Egészségügyi és szociális ellátások	72
Kínálatcsökkentés	77

A drogstratégiához rendelt erőforrások hasznosulása	80
Az erőforrások mennyiségének, összetételének és a stratégia céljainak összhangja.....	80
Az erőforrások stratégiai célok szerinti felhasználása (eredmények, eredménytelenségek) .	81
Jogszabályok, rendeletek és a jogalkalmazás	83
Javaslatok egy következő drogstratégiához	87
Általános javaslatok.....	87
A célokat tekintve	87
A tevékenységeket tekintve.....	88
Az erőforrásokat tekintve	90
A kormányzati koordinációt tekintve.....	91
A jogalkotást tekintve – kiemelt tekintettel a büntetőjogra.....	92
1. Melléklet: Kérdőív szakpolitikusok számára	94
2. Melléklet: Kérdőív szakemberek számára	98
3. Melléklet: Interjúalanyok listája.....	102
V. MÉLYINTERJÚK KEF-VEZETŐKKEL	104
Módszertan	105
Összefoglaló megállapítások.....	106
Kiemelt megállapítások	109
A drogstratégia céljainak teljesülése az egyes pillérek szerint	109
A drogstratégiához rendelt erőforrások hasznosulása	111
Jogszabályok, rendeletek és a jogalkalmazás	113
Javaslatok egy következő drogstratégiához.....	113
Melléklet: Interjúalanyok listája	115
VI. FÓKUSZCSOPORTOS BESZÉGETÉSEK.....	116
Módszertan	117
Eredmények	118
VII. VÁLASZADÓI CSOPORTOK VÉLEMÉNYKÜLÖNBSÉGÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA..	126
VIII. PROBLÉMAFA ELEMZÉSEK	131
Módszertan	132
Eredmények	137
Problémák elemzése.....	137
Sikerek elemzése	138

I. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

BEVEZETŐ

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából az EgészségMonitor kutatást végzett az Országgyűlés által 2000 decemberében elfogadott „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című stratégiai program megvalósulásának értékelése céljából. Az értékelés eredményei hozzájárulhatnak a 2009 második felében elfogadni tervezett új drogstratégia kialakításához, végrehajtásához. Az értékelés elsődleges célja a hazai drogszcénában megfigyelhető változások tudományos vizsgálata alapján megállapítani, hogy a Stratégia megvalósulását elemezve, milyen tapasztalatok vonhatók le. A kutatás az alábbi kérdésekre kereste a választ:

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

Az értékelés kétféle módszertani megközelítést alkalmazott: egyrészt leíró jellegű volt, azaz a megfigyelések alapján információt állított elő, másrészt feltáró jellegű volt, mert az információk elemzése alapján új ismereteket, tudást állított elő.¹

Az értékelés módszertana az értékelésben résztvevők alapján is kettős volt: egyrészt a Stratégia elkészítésétől és végrehajtásától független személyek, másrészt az azokban résztvevők is értékelték a Stratégia megvalósulását.²

Az értékelés során négy különböző módszer alkalmazására került sor:

- Dokumentumelemzés
- Mélyinterjúk döntéshozókkal és szakemberekkel
- Az értékelés első eredményeinek fókuszcsoportos megbeszélése
- Problémafa- és sikerfa-elemzés

A dokumentumelemzés célja az azokban megjelenő adatok, tények alapján megállapítani, hogy a Stratégia célkitűzései mennyire teljesültek, illetve milyen cselekvések voltak utólag ezekhez a célkitűzésekhez kapcsolhatók. Az elemzéshez felhasznált dokumentumok felölelték a hazai droghelyzetről készített valamennyi éves jelentést, az e témában született fontosabb tanulmányokat valamint a „Drogpolitika számokban” c. kötetet.

A hazai drogszcénában dolgozó vezető szakpolitikusok, közigazgatási szakemberek illetve a megelőzés, az ellátás, a kezelés valamint a kínálatcsökkentés területén vezető pozícióban tevékenykedő szakemberek és kutatók Stratégiáról alkotott véleménye percepció-kutatás keretében került elemzésre. A kutatás 1. szakaszában 45 személlyel készített félig strukturált beszélgetés során az interjúalanyokat arról kérdezték, hogyan látják,

- milyen változások voltak megfigyelhetők a Stratégia időszakában;
- mely tevékenységek jártak eredménnyel, melyek nem;

¹ Lásd ehhez: E Stern. Editor's Introduction. In: *Evaluation research methods*, edited by E Stern, London:Sage Publication, 2005, p. XXI-XLIII.

² V.ö. M Scriven. The logic of evaluation and evaluation practice. In: *Evaluation research methods*, edited by E Stern, London:Sage Publication, 2005, p. 3-29.

- hogyan hasznosultak a Stratégia végrehajtása során felhasznált erőforrások;
- milyen jogszabályi változtatások támogatták volna jobban a Stratégia megvalósulását;
- milyen változtatások lennének szükségesek az új drogstratégiában?

A percepció-kutatás 2. szakaszában ugyanezeket a kérdéseket tették fel 17 KEF képviselőjével készített telefonos interjúban is.

Mind a személyes, mind a telefonos interjúk külön-külön elvégzett elemzése alapján egy összegző előadás készült, amit fókuszcsoporthoz beszélgetéseken bemutatva moderált beszélgetések során vitatott meg a meghívott, összesen 14 szakértő és KEF képviselő. A beszélgetések célja az volt, hogy az értékelés előzetes eredményeinek értelmezéséhez további támpontokat lehessen nyerni a fókuszcsoporthoz részvevő szakértőktől, valamint, hogy ezek alapján további javaslatokat gyűjthessünk az új Stratégia készítői számára.

A dokumentumelemzéssel és a mélyinterjúkkal nyert tapasztalatokat összegezve a Stratégia megvalósulását akadályozó tényezők feltérképezéséhez problémafa elemzést alkalmaztunk. Ez az ok-okozati láncok elemzéséhez használatos eszköz alkalmas a legfontosabb problémák és azok okainak azonosítására, segít megérteni a problémák egymáshoz való viszonyát, összefüggéseit és a lehetséges következményeket, amelyek a következő stratégia tervezésekor figyelembe vehetők. Az elemzést elvégeztük a pozitív vélemények, azaz a percipiált sikerek alapján is. Ezek az eredmények segítenek megérteni, mely döntések, tevékenységek miatt jártak sikerrel, és ezen tapasztalatok ugyancsak elősegíthetik a következő drogstratégia körültekintőbb tervezését.

A kutatás kvalitatív jellegéből következően a levonható következtetések korlátaira is célszerű felhívni a figyelmet. A dokumentumelemzés során felhasznált írásos anyagok értelmezése esetenként nehézséget jelenthet egy független értékelő számára, hiszen a mélyebb háttérismereteket nélkülöző értékelő egyes megállapításokat esetleg nem tud megfelelően értelmezni. A mélyinterjúk alanyainak és a fókuszcsoporthoz beszélgetések résztvevőinek a Stratégia megvalósulásával kapcsolatos véleménye jelentősen eltérhet a valós tényektől, mivel azok percepcióját erősen befolyásolják az adott személy drogproblémához fűződő ismeretei, tapasztalatai, szakmai elvárásai, világképe, sőt politikai hovatartozása is, akárcsak a stratégia végrehajtásban betöltött szerepe. A kutatás következtetései értelmezéséhez támogatást nyújthatnak azok a megjegyzések, amelyeket a magyarországi kábítószer-probléma elmúlt évtizedének különféle szempontú, szakértői elemzését közreadó, „Drogpolitika számokban” kötet szerzői³ fűztek egyes összegző megállapításhoz. A kötet szerzői azokhoz a megállapításokhoz fűztek észrevételt, amelyeknél a mélyinterjú alanyainak véleménye erősen megosztott volt, vagy a vélemények és az adatok, tények alapján levont könyvbéli következtetések jelentősen eltértek egymástól.

A négy értékelési eljárással nyert tapasztalatok rövid összefoglalása az Összegző megállapítások alfejezetben található. A megkérdezett szakpolitikusok és szakemberek véleményét részletesebb, tematikusan bontott megállapításait a Kiemelt megállapítások alfejezet tartalmazza.

³ Drogpolitika számokban. Szerk.: Felvinczi K., Nyírády A., L'Harmattan, Budapest, 2009.

ÖSSZEGZŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK

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

A Stratégia négy pillérében, mindhárom időtávot figyelembe véve összesen 153, a stratégiai dokumentum szövegében azonosított **célkitűzés** (függetlenül annak időtávjától) megvalósulására történt dokumentumelemzés. Az azonosított 153 célkitűzés teljesülése igen egyenlőtlenül oszlott meg mind a pillérek, mind az időtáv szerint. Legkevesebb célt tartalmazó pillér az *Érzékeny közösség* (26), a legtöbb célkitűzést pedig a *Kezelés, ellátás* (55) pillérben volt azonosítható. Az időtáv szempontjából összesítve, rövidtávon 24, középtávon 54, hosszútávon 75 megvalósítandó cél szerepelt a Stratégiában. A Stratégia egészére – azaz mind a négy pillérré és mindhárom időtávra együtt – a célkitűzések 30%-a egészen, 30%-a részben teljesült, míg a nem teljesültek aránya meghaladja a 40%-ot. A *Közösségek* pillér ettől némileg eltérő megoszlást mutat: az egészen teljesültek aránya megközelíti a 40%-ot, míg a célok közül minden harmadik egyáltalán nem teljesült. A *Prevenció* esetében található a legtöbb teljesült és a legkevesebb nem teljesült cél egyaránt: 43% és 16%. A *Kezelés, ellátás* céljai közül mindössze 22% teljesült egészében, és 64%-uk pedig egyáltalán nem. Ehhez hasonlóan „teljesített” a *Kínálatcsökkentés* pillér: 18% és 54%-kal. Elmondható tehát, hogy figyelmen kívül hagyva a célok időtávját, a *Kezelés, ellátás* és a *Kínálatcsökkentés* pillér célkitűzései teljesültek legkevésbé, és a *Prevenció* céljai a leginkább. Amennyiben **kizárólag a hosszútávú célokat** vizsgáljuk, megállapítható, hogy azok jelentős mértékben nem teljesültek egyik pillérben sem (49%, 33%, 75%, 67%), a pilléreket összevonva kevesebb mint a fele teljesül legalább részben vagy egészben.

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

Egybehangzó vélemények szerint, bár a megvalósítás nagy lendülettel indult, a Stratégia indulása után két-három évvel már lelassult, elvesztette prioritását, és az utóbbi években kifejezetten a hátrányos területek közé sorolódott. Alátámasztani látszik e megállapítás helyességét, hogy a mélyinterjúra felkért drogterületi döntéshozók közül heten nem tudtak időt szakítani a beszélgetésre. A Stratégia hatékonyságát – a gyorsan kialakult forrásszűke⁴ mellett – nagymértékben lerontotta a végrehajtásban mutatkozó összerendezetlenség, a szereplők szükségesnél kisebb mértékű együttműködési készsége. Változásokat e területen leginkább a **koordináció szabályozásától**, továbbfejlesztésétől illetve a **döntéshozókat jobban elérő, hatásosabb kommunikációtól lehet várni**, vélik a legtöbben.

Egyetértés mutatkozott a tekintetben is, hogy a kábítószer-probléma társadalmi megítélése – a kedvező változások ellenére – messze elmarad a kívánatostól: fontosságát általában nem ismerik fel. A probléma okainak és a megoldási lehetőségek számbavételekor legtöbbször figyelmen kívül hagyják azt, hogy a kábítószer-fogyasztásnak és más káros egészségmagatartásnak közősek a gyökerei.⁵ Bár a szemléletformálás szükségességét a megkérdezettek egybehangzóan hangsúlyozták, a média viselkedésének kedvező irányú változtatásán túl, nem tudtak konkrét javaslatot megfogalmazni.

Az értékelésbe bevont szakpolitikusok, szakemberek a megelőzést egyöntetűen erősen javítandónak ítélik mind a célcsoportok és a színterek lefedettsége, mind pedig eredményessége vonatkozásában.⁶ Az okok között legtöbbször az akkreditáció hiányát és az erre a célra fordítható források elégtelenségét említették. A szakszerűség növelésének szükségességén kívül nem volt egyetértés a tennivalók tekintetében. Felvetődött, hogy a megelőzésre illetve az egészségfejlesztésre fordítható erőforrások növelhetők lennének, ha sikerülne egy erre a tevékenységre vonatkozó jogszabályt elfogadtatni.

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

Az értékelés talán egyik legfontosabb tapasztalata volt a Stratégia és annak megvalósulásával kapcsolatban megfogalmazott, esetenként szélsőségesen eltérő vélemények megjelenése. A problémák és lehetséges megoldások igen eltérő megítélését a tények részleges ismerete,

⁴ „Ezt a megállapítást nem támasztják alá a kábítószer-problémával összefüggő közkiadásokra vonatkozó kutatás megállapításai. Azok szerint ugyanis – összehasonlítva áron számolva is – 2000-től 2005-ig lényegesen emelkedtek a közkiadások, és 2007-ben is csak a 2003-as érték körüli szintre csökkent le.” Az interjú alanyok tényektől eltérő véleményét a közkiadásokra vonatkozó számítások hiánya, az elérhető adatok részlegessége okozhatta. Hajnal György, a *Kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása* c. fejezet szerzője.

⁵ „A populációs adatok a keresztmetszeti kép vonatkozásában megerősítik a percepciókat, azonban a változásokra vonatkozóan ellentmond azoknak. (1) A kutatási adatok alapján ugyanis a stratégiai periódusban – más társadalmi csoportok kontextusában – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot mindvégig a kábítószer-fogyasztók képezték. A kábítószer-fogyasztókkal szemben tartott társadalmi távolság tekintetében 2001 és 2007 között csak minimális csökkenés volt tapasztalható a magyar társadalomban, s más társadalmi csoportokhoz viszonyítva sem kerültek kedvezőbb helyzetbe a kábítószer-fogyasztók. (2) A drogfüggőket a felnőtt népesség leginkább „betegnek” tartja, azonban ezen vélemény aránya a stratégiai periódus egészében összességében csökkenő tendenciát mutat. A következő leggyakoribb vélekedés szerint „betegek és bűnözők is”, s ezen vélemény aránya némileg növekedett a társadalomban. ... A kutatási adatoknak ellentmondó vélekedések elsősorban a tendenciákkal kapcsolatban fogalmazódtak meg. A percepciók illetően torzítottágára magyarázat lehet az empirikus társadalom/véleménykutatás egyik jól ismert jelensége: a retrospektív adatok kérdezése esetén megjelenő „felejtési probléma”. De ugyanígy feltételezhető, átértékelési mechanizmusok működése is, amelyek mögött a kérdezettek legitimációs törekvései húzódnak meg: az eddigi munkájuk eredményességét a jelen helyzet irreálisan kedvező megítélése helyett a múltira vonatkozó percepciók kedvezőtlen irányba való elvitele révén érik el, ami nem csak a múltbeli tevékenységet legitimálja, hanem a jövőbenit is.” Paksi Borbála, a *Populációs adatok alakulása* c. fejezet szerzője

⁶ Hosszú ideje általánosan elfogadott nézet, hogy a megelőzés hatékony eszköz a társadalmi problémák kezelésére, és a túlzott elvárások okozta csalódás fogalmazódott meg véleményként a megelőzésnek a kábítószer-probléma csökkentésében betöltött csekély szerepével kapcsolatban. Buda Béla, az *Előszó* írójának észrevétele.

élesen különböző szakmai elvárások, a megkérdezetteknek a Stratégia megvalósításában betöltött különböző szerepe, a magyar társadalomban megfigyelhető sokféle, egymásnak gyakran ellentmondó nézetek tükröződése magyarázhatja. A következő drogstratégia készítői számára emiatt kiemelten fontos feladatot jelent a minél szélesebb szakmai konszenzus kialakítása és a társadalmi támogatottság elnyerése.

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

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

KIEMELT MEGÁLLAPÍTÁSOK

A drogst stratégia céljainak teljesülése az egyes pillérek szerint

1. Érzékeny közösségek kialakulása

A megkérdezettek többsége szerint a társadalom általában érzékenyebb lett⁷ e téma iránt, a kábítószer-kérdést közösen megoldandó problémának látja. A fogyasztók is tudatosabbak lettek mind orvosi, mind jogi értelemben. Továbbra is általános ugyanakkor a fogyasztókkal szembeni elutasító viszonyulás, a bizalmatlanság, s mindez megnehezíti az érintettek ellátását és reszocializációját. Ennek egyik oka az, hogy az állam kettős üzenetet küld a társadalomnak és az érintetteknek egyaránt: a fogyasztót hol bűnözőnek, hol betegnek tekinti – vélik jó páran.

Sokak szerint az „érzékenyítéssel” kapcsolatos célkitűzések túl általánosak, megfoghatatlanok, szlogen-ízűek, és különösen érintetlenül hagyták a családokat, a munkahelyi közösségeket.

A helyi problémák kezelésére KEF-ek alakultak, amelyek jelentős szerepet játszhattak a szemlélet kedvező irányú változásában, a helyi problémák tudatosításában, megoldásában. A KEF-ek egy része azonban nem képes a szemléletformálásra, mivel csupán formális tevékenységet végeznek, aktivitásuk kifulladásban van, részben az önkéntesek „kiégése”, részben e szervezetek átpolitizáltsága miatt. Ehhez járul hozzá még az is, hogy a KEF-ek működése sem jogi értelemben (nem jogi személyiség, így pl. pályázni sem tud), sem anyagilag nem biztosított tervezhető módon.

A kábítószer-probléma a médiában ambivalens módon, sematikus, felületesen, gyakran torz és előítéletes szemlélettel jelenik meg. Főképp a bűnüldözési „sikerek” kapnak publicitást, a problémák megoldási lehetőségei és sikerei csak ritkán. A drogst stratégia megvalósulásával kapcsolatos kommunikáció – tartalmában és intenzitásában is – alig érzékelhető.

A megkérdezettek többsége úgy véli, nagyon sokféle központi és helyi képzési lehetőség nyílt meg az utóbbi években. Érdektelenség miatt ugyanakkor kevés addiktológus végez Magyarországon, és nincs ilyen irányú orvos-továbbképzés sem. Utánkövetés és az esetmegbeszélések hiányában nem kellően hatékony a megszerzett tudás alkalmazása, frissítése sem. A probléma felismerése, kezelése szempontjából fontos szerepet betöltő házi orvosok (finanszírozási okok miatt) sok helyen érdektelenséget mutatnak a drogst problémával kapcsolatos képzések, továbbképzések iránt. Sajnálatos módon a kábítószer-probléma a társszakmák képzésében sem jelenik meg. A képzések egy része alacsony színvonalú (különösen a megszerzett tudás gyakorlati alkalmazhatósága tekintetében), valamint a megfelelő szakmai ellenőrzés és koordináció hiánya is jellemző.

A kutatások egyre több releváns adatot, információt szolgáltatnak a kábítószer-probléma különböző, korábban érintetlen területeiről. Az országos léptékű (néha azonban Budapest-

⁷ Ezzel kapcsolatban lásd Paksi B. észrevételét az Összegző megállapításokban (5. lábjegyzet)

centrikus) kutatási eredmények eközben a helyi szinteken kevésbé relevánsak⁸, és nem mindig illeszkednek a Stratégia céljaihoz.⁹ A kutatások minőségi problémái mellett az eredmények nem a célcsoportokhoz illeszkedő bemutatása gyakran akadályozza az eredmények hasznosulását.

Örvendetes, hogy kezd terjedni a tényekre, adatokra alapuló, a kábítószer-probléma megoldását célzó döntéshozatal.

A problémakör helyenként jellemző átpolitizálása akadályozza az adekvát, szakmailag is megfelelő színvonalú döntések meghozatalát. Nem megfelelő vagy hiányos a kábítószer-probléma és a megoldását célzó tevékenységek monitorozása, valamint a megfelelő színvonalú szakma munkához, döntésekhez még sok fontos adat hiányzik.

2. Megelőzés, prevenció

A drogstratégia céljainak megvalósítása érdekében számos helyen dolgoztak ki és kezdtek el helyi prevenciók stratégiát megvalósítani. Sokszor hiányzik azonban a hatékony prevenciók tevékenység megfelelő szakmai háttere, forrása, illetve a jól képzett szakember-gárda. Az iskolai prevenciók programok megindulása jelentős eredményként értékelhető, nőtt a kínálati paletta. Egyesek szerint viszont az iskolai prevenció a Stratégia előtti időszakhoz képest kevesebb gyereket ért el, azaz csak minimális az előrelépés. Többen kiemelték, hogy az iskolai prevenció nem éri el a teljes célcsoportot, minősége gyakran alacsony színvonalú, módszertana sokszor nem illeszkedik a célcsoport sajátosságaihoz. Sok a didaktikus jellegű, kevés az indirekt megközelítésű, magatartás- és program alternatívákat kínáló prevenciók program. Probléma, hogy egyre kevesebb pénz jut ezekre a programokra, illetve az oktatási rendszer alakításai miatt nem egy helyen felszámolták a humán-erőforrás bázist.¹⁰

A kábítószer-fogyasztás kockázatait bemutató programok (gyakran csak a passzív részvételt igénylő előadások) helyett egészség-központú, pozitív életszemléletre épülő, a produktív életstílus kialakítását elősegítő megelőzési programok hiányoznak, állítják sokan. A Stratégiában megjelölt 11 prevenciók szintéren nem történt jelentős előrelépés, s különösen nagy a hiány a média, az egyházi, a munkahelyi és a családi színtereken történő prevenciók tevékenységben.

⁸ „Ez lehet egyes szakemberek olvasata, percepciója, de maguk a kutatások nem támasztják alá a megállapítást.

Valószínűnek tartom, hogy a vidék kevésbé jól hasznosítja (értésül) a kutatási eredményekről, kihagyva érzi magát a kutatásokból, s ez jelenik meg a véleményben (erre utalhat a vidéki városok alig lankadó igekezete a helyi léptékű – többnyire teljesen felesleges – epidemiológiai vizsgálatokra). Valójában azonban mind az országos léptékű, mind akár a Budapest centrikus kutatások jól hasznosíthatók lennének vidéken... Demetrovics Zsolt, a *Drogkutatások Magyarországon* c. fejezet első szerzője.

⁹ „A Stratégia elég távan fogalmazza meg a kutatási célokat, így végső soron könnyű illeszkedni a céljaihoz, de ha konkrétan nézem a kiemelt kutatási feladatokat, azok elég dominánsan jelennek meg a kutatási tevékenységben (támogatásokban). Így ezt a kritikát nem érzem teljesen reálisnak, bár az alkalmazott óvatossággal megfogalmazással elfogadható a megállapítás (valóban készültek olyan kutatások, amelyek kritizálhatók e szempontból). ... A megkérdezett szakértők igen heterogén populációt jelentettek (minden tekintetben) ez is egyértelműen hozzájárul a heterogén válaszokhoz.” Demetrovics Zs.

¹⁰ „A prevenció ideológiai-politikai szempontokból mint általános alapelv mindig vállalható és könnyen kommunikálható (ha megelőzzük a bajt, az ki sem alakul). Ezzel szemben a több tízórás, évente ismétlődő, komoly szakmai alapokra épülő prevenciók programok eredményessége is viszonylag csekély. Még ezt a csekély eredményességet sem lehetne számon kérni a magyar programoktól, amikor e programok közé sorolnak egynapos „egészségnap”, „drogellenes nap” típusú rendezvényeket, amelyek annyira nem hatásosak, hogy még csak nem is vizsgálják az ilyen programok hatását (illetve külföldön ezeket az alkalmakat nem tartják prevenciónak). Elképzelhető, hogy korábban több ilyen, sok embert megmozgató, látványos rendezvény volt (nulla hatással); a rendszeres prevenciók tevékenység, ami illeszkedik az iskola egészségfejlesztő programjába nem látványos tevékenység, viszont igényli a folytonosságot, illetve a folyamatosságot.” Felvinczi Katalin, *A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő prevenciók tevékenység* c. fejezet szerzője.

Súlyos gond, hívták fel a figyelmet sokan, hogy a más korcsoportok illetve a veszélyeztetett csoportok (mint pl. terhes anyák, hajléktalanok, börtönlakók) igényeinek megfelelő megelőzési programok gyakorlatilag teljesen hiányoznak.

A prevenciók tevékenység központi szintű koordinációja problematikus, a különböző szaktárcák, szintek közötti együttműködés rossz, néha egymás ellen dolgoznak.

3. Ellátás

A Stratégia kezdeti időszakában gyors fejlődés volt tapasztalható, kialakult a kezelési lánc valamennyi eleme – ismerik el a legtöbben. A fejlődés ellenére az egészségügyi és szociális ellátások, különösen az addiktológiai ellátások nem integrálódtak megfelelően a rendszerbe, színvonaluk nem egy esetben elmarad a nemzetközi gyakorlattól.

A problémás fogyasztók ellátására kritikusan alacsony, földrajzilag egyenetlenül elosztott pszichiátriai, addiktológiai kapacitások állnak rendelkezésre, és azokat is kevesen, ráadásul nem a leginkább rászorulóknak veszik igénybe. Többen kiemelték: a speciális csoportok (pl. terhes anyák, 18 éven aluli függők) igényeinek megfelelő ellátások hiányoznak. Az egészségügyi reform keretében egyes ellátási formákat / helyeket egyszerűen felszámoltak.

Kialakult az egészségügy és a szociális szakma együttműködése a drogproblémák kezelésében, bár ez főképp ma még informális, személyes kapcsolatokon múlik, és a kooperáció sok helyen még nehézkes a túlterheltség, valamint a kompetencia-harcok miatt.

A vélemények megegyeztek abban, hogy jelentős előrelépés tapasztalható az alacsony-küszöbű ellátás kiépülésében, s a szociális ellátások közé való megfelelő beágyazódásában. Hiányosságként jegyezték meg azonban, hogy a fejletlen és sokszor alacsony színvonalú utcai megkereső szolgálat nem tudja az ellátásra szorulókat beterelni a rendszerbe,¹¹ és az igények csak kisebb hányadát elégítik ki a fenntartó kezelési kapacitások. Az ártalomcsökkentés területén szinte mindenki sikerként értékeli a tűcsere programok megvalósulását. A tűcsere program hazai elterjedtsége azonban még elmarad az európai átlagtól, egyenetlen eloszlású – jegyezték meg néhányan. További kritikaként fogalmazódott meg, hogy az ártalomcsökkentés más területei kevésbé, vagy teljesen kiaknázatlanok.

A szakmai protokollok és irányelvek megjelenése jelentősen emelte az ellátás színvonalát ismerte el szinte valamennyi válaszoló, és egyes ellátások esetében a kezelési protokollok és a működési minimum követelmények hiánya hozzájárulnak az alacsony szakmai színvonalhoz.

Az akkreditáció és a minőségbiztosítás egyéb eszközeinek alkalmazása lenne szükséges nemcsak a kezelés és ellátás területén, hanem a KEF-ek működésének, valamint a prevenciók programok hatékonyságának emeléséhez is.

4. Kínálatcsökkentés

Egyes vélemények szerint a bűnüldöző szervek egyre inkább sikeresen szűkítik a piacot, mások szerint a kábítószerhez való hozzáférés könnyebbé vált,¹² és a rendőrségi intézkedések inkább a fogyasztókat érintik, mint a terjesztőket.

¹¹ „Inkább az a probléma hogy nagyon kevés ilyen szolgáltatás van, nem az, hogy alacsony színvonalúak lennének.” Takács István Gábor, az *Ártalomcsökkentés számokban* c. fejezet szerzője

¹² „A populációs adatok azt mutatják, hogy az 1999 és 2003 közötti időszakban a különböző tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége csökkent. A fővárosi fiatalok percepciói alapján a tiltott drogok hozzáférhetősége 2005-ben is nehezebb volt, mint a stratégiai periódus kezdetén. Az észlelt hozzáférhetőség Magyarországon a stratégiai periódus közepére minden szer esetében valamelyest alatta maradt az európai átlagnak.” Paksi B.

A kábítószer-prekursorok területén kialakult a közösségi jognak megfelelő ellenőrzési rendszer.

A rendőrségi vezetés szemléletében kedvező változások figyelhetők meg, a fogyasztó már nem „célszemély”, a végrehajtói szinten azonban még nem tapasztalható átütő szemléletváltozás, továbbra is ellenségnek tekintik a fogyasztót.¹³

A bűnüldözési gyakorlat pedig komolyan akadályozza az ellátásba vételt.

A drogstratégiához rendelt erőforrások hasznosulása

1. Az erőforrások mennyiségének, összetételének (pénz, idő, humán erőforrás) és a stratégia céljainak összhangja

Egyöntetű a vélemény: más hasonló társadalmi problémával összevetve, jelentősebb, de a Stratégia indulásától egyre csökkenő anyagi forrás állt rendelkezésre. A pályázati források kivételével mindegyik terület alulfinanszírozott, vélik néhányan.

Az éves pályázati rendszer bizonytalanná teszi a működést és ellehetetleníti a közép- és hosszú távú programok tervezését, megvalósítását; ezért normatív finanszírozásra is szükség van. A pályázati források elosztása nem megfelelően koordinált, ellenőrzött, „megtérülése” nem megfelelő, egyesek szerint alapjaiban kell megújítani a támogatások folyósításának rendszerét.

Bizonyos szakterületeken elegendő a humán erőforrás, másutt azonban a hiány a jellemző, és vannak kihasználatlan humán kapacitások is. A szakemberhiány a kábítószer-probléma visszaszorításához szükséges valamennyi területen kapacitáshiányt és a kívánatosnál alacsonyabb színvonalat, hatékonyságot eredményez.

A civil szervezetek bevonása – ahol ez sikerült – rugalmasabbá tette a szolgáltatásokat. E tapasztalatok alapján a civilek, - beleértve a fogyasztókat is, -, jelentősebb bevonása a kábítószer-probléma megoldását célzó tevékenységekbe, nagymértékben javíthatta volna a Stratégia céljainak megvalósulását.

Célszerű lett volna az adminisztrációs terhek csökkentése, mert az adminisztráció a szakmai munkából vonta ki az amúgy is szűkös humán kapacitást.

A többség szerint összességében elegendő volt az idő a Stratégia megvalósítására, de bizonyos célkitűzések esetében nagyobb az időigény (pl. szemléletformálás), és ezzel rosszul számolt a Stratégia.

2. Az erőforrások stratégiai célok szerinti felhasználása (eredmények, eredménytelenségek)

A rehabilitációra és az alacsonyküszöbű ellátásokra, valamint az ártalomcsökkentésre fordított összegeket jó befektetésnek ítélik sokan. Többen vélekedtek úgy, hogy a Stratégiának jobban megfelelő költségvetés mellett az anyagi erőforrások felhasználása hatékonyabb lehetett volna.

¹³ „A 2006 óta tartó, a kábítószer-bűncselekmények (gyakorlatilag a marihuána használók) számában történő jelentős csökkenés rendőrségi szemléletváltozást tükröz. A kábítószeres hozzáférhetőséggel és a kábítószer használók számának nagyságával kapcsolatban tekintetbe kell venni a „válaszadói torzítást”: különösen serdülőkorúak hajlamosak felülbecsülni a környezetükben levő kábítószer használók számát – amit egyes szakemberek tényként kezelnek.” Felvinczi K.

A prevencióra és a képzésre fordított források hasznosulásának megítélése vitatott: egyesek szerint hasznos volt, mások szerint pazarlás, az ellenőrizetlen minőségű programok miatt.

A kutatások megítélése is kettős volt: egyesek szerint jelentős eredményként értékelhető, hogy elindultak a kutatások, bár a témákkal az elégedett válaszadók sem mindig értenek egyet, más vélemények szerint sok rossz színvonalú, dilettáns kutatás is kapott támogatást.

Az elterelésre és a kínálatcsökkentésre fordított források arányát – az eredményesség szempontjából – a többség túlzottnak tartja.

Jogszabályok, rendeletek és a jogalkalmazás

Egyes vélemények szerint a jogszabályi keretek kellően kidolgozottak, más szakértők szerint részben túlszabályozott, részben bonyolult és egyben nem világosan szabályozott a terület, sőt néhány válaszoló kijelentette: „drogtörvényre” lenne szükség.

Volt olyan vélemény is, hogy nem történt meg a közösségi jog kábítószer-problémával kapcsolatos valamennyi állásfoglalásának a magyar jogrendbe történő átültetése.

A legtöbben úgy vélték, hogy a Stratégia sikerességét jelentősen akadályozták a büntetőjognak a fogyasztásra és a megelőzésre vonatkozó tételei, valamint a jogalkalmazók kapcsolódó értelmezése.

Egyesek nézetek szerint a kiskorúak ellátása nincsen megfelelően szabályozva, és hiányzik a KEF-ek jogállását megfelelően meghatározó szabályozás is. Ugyancsak hiányoznak az egészségügyi és a szociális ellátási rendszer együttműködését, munkamegosztását, kapcsolódását szabályozó jogszabályok.

Abban mindenki egyetértett, hogy az elterelés újraszabályozása, bővítése hasznos dekriminalizációs lépés volt, bár hatékonyságát rontja, hogy azt főként nem a rászoruló célcsoport veszi igénybe, és emiatt nem érzékeny az eltereltek sajátos igényeire, miközben sok erőforrást emészt fel.

Néhányan aggályosnak látják, hogy nem egyértelmű a függés büntetőjogi eljárásban való megállapítása, részben a fogalmak pontos meghatározása, részben az igazságügyi orvosszakértők megfelelő képzettségének hiánya (és feltételezett érdekei) miatt.

Javaslatok egy következő drogstratégiához

1. Általános javaslatok

Az új stratégia tervezzen rövidebb távra, legyen kevésbé ambiciózus, kevesebb célkitűzést fogalmazzon meg, formailag legyen rövidebb, átláthatóbb, megvalósíthatóbb, és használja példaként az EU stratégiáját, illeszkedjen hozzá tartalmában, időtávjában, szerkezetében, terminológiájában.

Számoljon a megvalósítás eszközeivel, azaz rövid távú cselekvési tervekkel, hozzájuk rendelt határidőkkel, erőforrással és felelősökkel, jogszabályi feltételekkel, és intézményrendszerrel.

Kezelje rendszer szinten a Stratégia megvalósítói közötti együttműködést: legyen világos a szereplők felelőssége, hatásköre, szabályozott az egymás közötti kommunikáció, segítse elő a szakértői és az intézményi hálózat kiépülését és működését.

Alkalmazzon komplex szenvedélybetegség megközelítést, kapcsolódjon az érintkező területekhez, mint pl. egyéb kockázati egészségmagatartás, hajléktalanügy, gyermekvédelem, Lelki Egészség Országos Program.

Vegye figyelembe a fogyasztók életkori sávjának kiszélesedését, a helyi sajátosságokat, a területi eltéréseket, és kezelje a büntetőjoggal kapcsolatban felmerült problémákat.

Helyezzen nagyobb hangsúlyt az ártalomcsökkentésre, akár főcélként nevesítve azt (más vélemények inkább a primer prevenciót tartják fontosabbnak).

Vonja be az új Stratégia kialakításába a kábítószer-probléma által érintetteket.

2. A tevékenységeket tekintve

Vegye figyelembe a jelen helyzettől a jövőbeli célokhoz vezető „útalternatívák” kiválasztásánál, hogy a célkitűzések eléréséhez milyen tevékenységek milyen sorrendben történő végrehajtása szükséges, és ehhez milyen feltételeket kell biztosítani, továbbá, gondoskodjon az erőforrások és a jogszabályi környezet mellett a résztvevők közre- és együttműködéséről is.

Tekintse kiemelt tevékenységnek a monitorozást.

Törekedjen a nemzetközi tapasztalatokra épülő szakmai elvek érvényesülésére, lehetőség szerint kiküszöbölve a pártpolitikai, ideológiai befolyást.

Növelje a KEF-ek szerepét, esetleg tegye kötelezővé létrehozásukat, működtetésüket kistérségi szinttől felfelé, saját költségvetéssel.

Részesítse előnyben a prevenció területén a szelektív, indikált és a célcsoportok sajátosságaihoz illeszkedő, alternatív produktív szabadidős eltöltést kínáló formákat, valamint vonja be a volt fogyasztókat, kortársakat a hatékonyság növelése érdekében.

Az iskolai szociális munkás (a drogügyi koordinátor helyett) legyen az iskolai prevenció kulcsfigurája, általános egészségfejlesztési feladattal, és váljon a pedagógusok célirányos képzése és továbbképzése kiemelt feladattá, mely a sikeres megelőzéshez nélkülözhetetlen.

Fordítson figyelmet az új Stratégia a prevenció minőségbiztosítására (mint pl. akkreditáció, monitorozás).

Vegye számításba a sajátos igényű célcsoportokat is (pl. terhes anyák, kiskorú függők, börtönlakók stb.).

Hangsúlyozza az integrált, pszicho-szociális érzékenységű addiktológiai ellátást előmozdító beavatkozások szükségességét.

Dolgozza ki egy hirtelen fellépő kábítószer-halálozási „hullám” kezelésének cselekvési tervét.

Fejlessze az utógondozást, a rehabilitációt kapcsolja össze a közhasznú munkavégzéssel.

Növelje a drogstratégia tevékenységeinek a társadalom egészére irányuló offenzív és differenciált kommunikációs tevékenységét, és szenteljen különös figyelmet a média pozitív szerepének erősítésére.

3. Az erőforrásokat tekintve

Növelje az erőforrásokat és egyben javítsa az elosztásukat a kezelés, az alacsonyküszöbű ellátás, az ártalomcsökkentés, illetve a prevenció területén, míg csökkentse a kínálatcsökkentésre és az elterelésre fordított összegeket.

Monitorozza folyamatosan az erőforrások felhasználásának hatékonyságát, a finanszírozott programok eredményességét, és annak eredményeit vezesse vissza a finanszírozási rendszerbe.

Részesítse előnyben a normatív finanszírozást a pályázati rendszer helyett (egyes vélemények szerint), illetve alakítson ki egyensúlyt a normatív finanszírozás és a szakmailag

hatékonyan kontrollált, és az adminisztratív működést tekintve is hatékonyá tett pályázati szisztéma között (más vélemények szerint).

4. A kormányzati koordinációt tekintve

Delegálja a MEH-hez a kábítószer-probléma koordinációját a többi szenvedélybetegséggel vagy kockázati egészségmagatartással együtt.

Növelje a KKB döntés előkészítésben betöltött szerepét, ugyanakkor erősítse a döntés előkészítés szakmai részét (pl. a miniszterelnöknek beszámoló szakértői bizottsággá való alakításával).

6. A jogalkotást tekintve

Vizsgálja felül és változtassa meg a fogyasztás büntetőjogi megítélését, figyelemmel arra, hogy a fogyasztó egyben terjesztő is lehet (indoklasként a felszabaduló kínálatcsökkentési erőforrások említése érdemel figyelmet).

Vegye figyelembe a jogszabályi környezet módosításakor, hogy a dekriminalizáció közegészségügyi szempontból is egyre nagyobb jelentőséggel bír a HIV/AIDS, a Hepatitis B, C esetleges elterjedésének megelőzése miatt.

Egyszerűsítse a jelenlegi bonyolult szabályozást és hangolja össze a határterületi joganyagot (egészségügy, szociális- és oktatásügy stb.), (Más vélemények szerint mielőtt megint módosítanák a jogszabályokat, azt megelőzően a meglévőket kellene betartani/betartatni.)

Alkossa meg a drog-problémák kezelésével foglalkozó területek alapvető jelentőségű törvényét, a drogtörvényt (egyres vélemények szerint).

Fontolja meg a megelőzés/egészségfejlesztés jogi szabályozásának kezdeményezését, mely a kiszámíthatóbb finanszírozásnak törvényi alapjául is szolgálhatna.

II. CÉLKITŰZÉSEK TELJESÜLÉSÉNEK ÉRTÉKELÉSE DOKUMENTUMELEMZÉSSEL

MÓDSZERTAN

A dokumentumelemzés célja az azokban megjelenő adatok, tények alapján megállapítani, hogy a Stratégia célkitűzései mennyire teljesültek. Az elemzéshez felhasznált dokumentumok felölelték a hazai droghelyzetről készített valamennyi éves jelentést.

A célok listáját a „Nemzeti Drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című stratégiai dokumentum szövegéből kiemelt megfogalmazásokat alapul véve állítottuk össze, nem pedig az összegző táblázatokban megadott célkitűzéseket használtuk, hogy minél pontosabban lehessen eldönteni, mely célok milyen mértékben teljesültek. Valamennyi időtávra vonatkozó célkitűzést külön-külön megvizsgáltunk, és a teljesülés szempontjából a „Teljesült”, a „Részben teljesült” és a „Nem teljesült” kategóriák egyikébe soroltuk be valamennyit.

EREDMÉNYEK

Összességében, mindegyik pillérre és mindhárom időtávra 153 célkitűzés megvalósulására történt elemzés. Legkevesebb célt tartalmazó pillér a *Közösség*, a legtöbb célkitűzéssel rendelkező pedig a *Kezelés, ellátás* volt. Az időtáv szempontjából rövidtávon megoldandó célból szerepelt legkevesebb a Stratégiában, és a hosszútávú volt a legtöbb. (1. Táblázat)

1. Táblázat: A drogstratégia célkitűzéseinek megoszlása pillérek és időtáv szerint

	Rövidtávú	Középtávú	Hosszútávú	Összesen
Érzékeny közösségek	8	7	11	26
Prevenció	6	12	13	31
Kezelés, ellátás	4	21	30	55
Kínálatcsökkentés	6	14	21	41
Összesen	24	54	75	153

A teljesülés egyenlőtlenül oszlott meg mind a pillérek, mind az időtáv szempontjából. (2. Táblázat) A Stratégia egészére, azaz valamennyi pillérre a célkitűzések 30%-a teljesült egészen, az egyáltalán nem teljesültek aránya meghaladta a 40%-ot. (1. ábra) A *Közösségek* pillér ettől némileg eltérő megoszlást mutat: a teljesülés megközelíti a 40%-ot, míg a célok közül minden harmadik nem teljesült. A *Prevenció* esetében található a legtöbb egészen teljesült és a legkevesebb egyáltalán nem teljesült cél: 43% és 16%. A *Kezelés, ellátás* pillér céljai közül mindössze 22% teljesült egészében, és 64%-uk pedig egyáltalán nem. Ehhez hasonlóan „teljesített” a *Kínálatcsökkentés* pillér: 18% és 54%-kal.

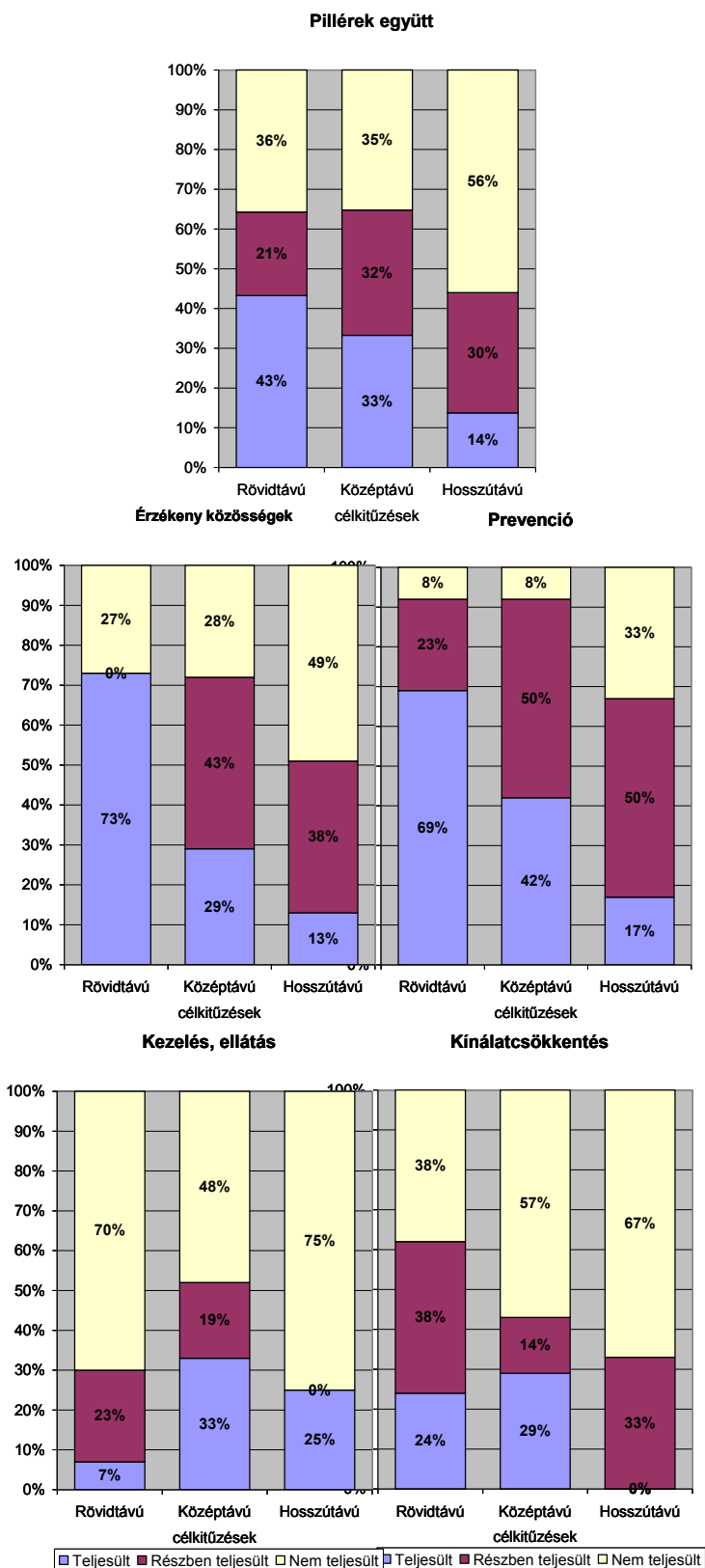
Valamennyi célkitűzés és a hozzájuk tartozó teljesülési besorolást a 3. Táblázat mutatja be részletesen.

2. Táblázat: A célkitűzések megvalósulása pillérek és időtáv szerint

Érzékeny közösségek	Rövidtávú	Középtávú	Hosszútávú	Átlag
Teljesült	73%	29%	13%	38%
Részben teljesült	0%	43%	38%	27%
Nem teljesült	27%	28%	49%	35%
Prevenció	Rövidtávú	Középtávú	Hosszútávú	
Teljesült	69%	42%	17%	43%
Részben teljesült	23%	50%	50%	41%
Nem teljesült	8%	8%	33%	16%

Kezelés, ellátás	Rövidtávú	Középtávú	Hosszútávú	
Teljesült	7%	33%	25%	22%
Részben teljesült	23%	19%	0%	14%
Nem teljesült	70%	48%	75%	64%
Kínálatcsökkentés	Rövidtávú	Középtávú	Hosszútávú	
Teljesült	24%	29%	0%	18%
Részben teljesült	38%	14%	33%	28%
Nem teljesült	38%	57%	67%	54%
Pillérek együtt	Rövidtávú	Középtávú	Hosszútávú	
Teljesült	43%	33%	14%	30%
Részben teljesült	21%	32%	30%	28%
Nem teljesült	36%	35%	56%	42%

1. ábra: A célkitűzések teljesülése pillérek és időtáv szerint



3. Táblázat: A célkitűzések pillérenként és időtáv szerint bontva a teljesülésük besorolásával

Drogstratégia célkitűzései	Megvalósulás
KÖZÖSSÉG ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉS PILLÉR	
A társadalom váljon érzékennyé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék pr visszاسzorításában	
Hosszú távú célok	
1. A drogproblémák kezelése iránt érzékenyebb , működő közösségek kialakulása	Nem valósult r
2. A családok érzékenyebbé tétele a drogproblémák felismerésében és kezelésében	Nem valósult r
3. Munkahelyi drogpoltikák kidolgozása, drogmentes munkahely program kiszélesítése	Nem valósult r
4. Elterjedt drogmentes szórakozási lehetőségek, ezen belül a biztonságos szórakozóhelyek számának növelése	Részben meg party szervezete helyzetben a szemben.
5. A büntetés-végrehajtás intézményeiből szabadult kábítószer fogyasztók reintegrálása a közösségbe	Nem valósult r
6. 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.	Részben megv
7. A helyi közösségek eltérő sajátosságai, lehetőségei és változó erőforrásai szükségessé teszik helyi stratégiák kidolgozását. A helyi sajátosságokat is kifejező drogstratégiák legfontosabb szervező eleme:- A helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok rendszerének kiépülése. - Európai programok adaptációja.	Részben megv vonatkozó eu munkájának r
8. Az adatgyűjtés és a kutatások újraszervezése (A drogszcénáról és annak változásáról, 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)	Megvalósult.
Középtávú célok	
1. A közösség számára használható hazai adatok összegyűjtése, a nemzetközi adatbázisok hozzáférhetővé tétele	Megvalósult.
2. Drogmentes programok és színterek létrejöttének támogatása	Részben megv
3. Diszkóbalesetek 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	Nem valósult r
4. Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok létesítése	Megvalósult.
5. Nemzetközi ajánlások és módszerek hozzáférhetővé tétele és felhasználása a hatékony közösségi szintű beavatkozások érdekében	Részben megv
6. A büntetés-végrehajtás intézményeiből szabaduló kábítószer-használók számára megfelelő mennyiségű és színvonalú reszocializációs , utógondozói program	Nem valósult r
7. Ki kell alakítani a gyógyult , a büntetés-végrehajtási intézményből szabadult vagy fenntartó kezelés alatt álló drogbetegek szociális támogató rendszerét. Szociális célprogramok keretében	Részben meg drogbetegek s

Drogstratégia célkitűzései	Megvalósulás
olyan lakhatási feltételek kialakítása szükséges, ahol képesek drogmentes és rendezett életmódjuk kialakítására és fenntartására.	
Rövidtávú célok	
1. Közösségi epidemiológiai kutatások	Megvalósult.
2. Közigazgatási intézkedések: helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok létrehozása	Megvalósult.
3. Jogszáabályi környezet elemzése és szükség szerinti módosítása (pl. a zenés-táncos szórakozóhelyek engedélyezési eljárásának jogi újraszabályozása, a helyi igazgatási és ellenőrzési hatáskörök gyakorlása)	Nem valósult meg
4. A nemzetközi környezethez történő alkalmazkodás , elsősorban az Európai Unió, illetve a szakosított nemzetközi szervezeteknek (UNDCP, WHO) a droghasználat helyi közösségi kezelését illető dokumentumainak hozzáférhetővé tételét és szükség szerinti oktatását jelenti	Megvalósult.
5. 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	Megvalósult.
6. Intézményrendszer felmérése, értékelése	Megvalósult.
7. Helyi prevenciók 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 foglalkozást	Megvalósult.
8. A helyi közösségi színterek működésének elősegítése. A fiatalok nevelésének, képzésének és általában szocializációjának elősegítésén fáradozó intézmények, közösségek munkájának támogatása	Megvalósult.
9. 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)	Nem valósult meg
10. Büntetés-végrehajtási intézményekből szabadult kábítószer-használók számára reintegrációs programok kidolgozására van szükség.	Nem valósult meg
11. Nemzetközi környezethez alkalmazkodás, nemzetközi kapcsolatok - Fókuszpont	Megvalósult.
PREVENCIÓ	
Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszahagyására	
Hosszú távú célok	
1. Csökkenteni a droghasználók számának növekedési ütemét és elérni, hogy az emelkedő tendencia megforduljon	Részben megvalósult (2007).
2. Csökkenteni a drogokat kipróbálók számát.	Nem valósult meg
3. Magyarországon is megfigyelhető, hogy az első alkalommal drogokat használók átlagéletkora az utóbbi években csökken. Ezt a tendenciát nagyon fontos megfordítani.	Nem valósult meg
4. A fiatalok számára ne legyen kulturálisan elfogadott a droghasználat . Annak tudatosítása szükséges, hogy a társadalom túlnyomó része nem használ drogokat.	Részben megvalósult (2008).
5. Az egészséges, drogmentes életstílus váljon vonzóvá.	Részben megvalósult (2008).
6. Iskolai egészségstratégia kialakítása	Megvalósult (2008).
Középtávú célok	
1. Működő egészségfejlesztő, droghasználat-ellenőrzési programok mindazokon a színtereken,	Részben megvalósult (2008).

Drogstratégia célkitűzései	Megvalósulás
ahol a fiatalok felnőnek (család, közoktatás – alsó- és felső tagozat, felsőoktatás, kiegészítő oktatási rendszerek, szabadidős és más közösségi tevékenységek, sport, egyházi élet)	2006, 2007, 2008
2. Az egészségfejlesztő, drogprevenációs egységeket tartalmazó programok fedjék le a magyar ifjúság minél szélesebb körét.	Megvalósult (2008)
3. Fokozódjék a fiatalok drogokkal és a használat következményeivel kapcsolatos tudása a drogokkal kapcsolatos negatív (elutasító) attitűdjé	Részben megvalósult (2008) leginkább ezt a területet érinti, hogy a fiatalok attitűdjük (Jelentés)
4. A hosszú távú iskolai prevenció , egészségfejlesztés hangsúlyát a készségfejlesztésre kell helyezni	Részben megvalósult (2008)
5. A közoktatásban résztvevő fiatalok számára szervezett, az iskolák által igénybe vehető rendszeres megelőző programok pénzügyi támogatásának biztosítása	Megvalósult (2008)
6. Iskolai drogkoordinátorok képzése, foglalkoztatása	Részben megvalósult (2008)
7. Az iskolákban szükséges az egészségfejlesztéssel és az életvezetéssel kapcsolatos tantárgyakhoz integrált drogprevenáció .	Részben megvalósult (2008)
8. A helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban legyen szakmailag megfelelő módon képviselve a prevenció.	Megvalósult (2008)
9. Fel kell ismerni és meg kell valósítani a Magyar Honvédség drogstratégiája alapján a hadsereg keretein belül folyó prevenció munkáinak lehetőségeit.	Megvalósult (2008)
10. Az iskolaorvosok, védőnők, az iskolában dolgozó nem tanár szakemberek (pszichológusok, szociális munkások), helyi ifjúságsegítők, drogszakemberek prevenció munkája jobb feltételeinek megteremtése, az együttműködés eredményesebb formáinak kialakítása. Különösen fontos a kortárs támogatók szerepe a korosztály megközelítésében és a hiteles információk eljuttatásában.	Részben megvalósult (2008) támogatók szerepe nagyobb hangsúlyt kapott
11. Igénybe kell venni és ki kell aknázni az információs társadalom nyújtotta lehetőségeket	Megvalósult (2008)
12. Ifjúsági problémákra fogékony ifjúság-, oktatás- és szociálpolitika kialakítása	Nem valósult meg (2008)
Rövid távú célok	
13. Felmérések a fiatalok droghasználat elterjedtségéről - ESPAD . Ezeket a kutatásokat a KKB keretein belül felállítandó Drogkutató Tanács koordinálja és felügyeli	Részben megvalósult (2008) ugyanakkor a Drogkutató Tanács 2003, 2004, 2008
14. Felmérések a prevenció programok elterjedtségéről és hatékonyságáról.	Megvalósult (2008)
15. A közoktatásban résztvevő fiatalok számára szervezett, az iskolák által igénybe vehető megelőző programok pénzügyi támogatási rendszerének kialakítása	Megvalósult (2008)
16. Prevenció hatékonyság-vizsgálatok	Részben megvalósult (2007, 2008)
17. 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.	Nem valósult meg (2008)
18. Prevencióval kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok felhasználása és hozzáférhetővé tétele.	Részben megvalósult (2008)
19. Szervezeti, koordinációs keretek kialakítása:• Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság - Prevenció munkacsoport • helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban a prevenció területén dolgozók képviselője	Megvalósult (2008)
20. Támogatási, finanszírozási elvek kidolgozása	Megvalósult (2008)

Drogstratégia célkitűzései	Megvalósulás
21. Szülőcsoportok, közösségi programok, egyházak közösségi munkájának a támogatása	Megvalósult (2008).
22. Veszélyeztetett fiatalok számára speciális programok kidolgozása, a meglévők összegyűjtése és megismertetése a szakemberekkel	Megvalósult (2008).
23. (Drog)alternatív szabadidős és sport programok, művészeti tevékenységek támogatása	Megvalósult (2008).
24. Információs kiadványok, médiaesemények, telefonos segítő szolgálatok támogatása	Megvalósult (2008).
25. Azokat az egészségfejlesztéssel foglalkozó, drogprevenciós képzéseket hangsúlyozzuk, melyek speciálisan a serdülő- és fiatalkor problémáival foglalkoznak: pedagógusok, szociális és gyermekvédelmi munkatársak, lelkesek, iskolai drogkoordinátorok, kortárs segítőik és oktatók	Megvalósult (2008).
KEZELÉS, ELLÁTÁS	
Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat	
Hosszú távú célok	
1. Megállítani és visszafordítani a drogproblémákkal küzdők számának emelkedését.	Nem valósult meg
2. A droghasználat okozta társadalmi és egészségügyi ártalmak és károk csökkentése.	Nem valósult meg
3. Az egészségügyi és a szociális ellátás elérhetőségének, fogadókészségének és hatékonyságának növekedése, a drogproblémák (droghasználók és családtagjaik) kezelésében - a “kezelési spektrum” teljes kiépülése , megfelelő kapacitással.	Nem valósult meg
4. A szenvedélybetegek szociális ellátásának fejlesztése, a differenciáltabb intézményi ellátások állami támogatása	Megvalósult (2008).
Középtávú célok	
1. A droghasználók egészségügyi kezelésének társadalmi és szakmai elfogadottságának növekednie kell.	Nem valósult meg
2. A segítő kapcsolatban (a kapcsolatfelvételtől a kezelésen át a reszocializációig) résztvevő droghasználók számának növekedése	Részben megvalósult (Jelentés, 2008)
3. A segítői spektrum fejlesztése az alábbiak tekintetében:	
3.1. Kapacitás növelése	Részben megvalósult (Jelentés, 2008)
3.2. Könnyen, megbélyegzésmentesen és jogi értelemben védett módon elérhető kezelőhelyek biztosítása , melyek a korai kezelésbevitelt is biztosítani képesek	Megvalósult (2008)
3.3. Kezelési hatékonyság növelése azáltal, hogy a kezelés során az absztinencia mellett a produktív élet megvalósítására is célul tűzzük ki	Nem valósult meg
3.4. Differenciálni , azonosítani és alkalmazni kell azokat a beavatkozási formákat, melyek az adott állapot súlyosságának és típusának leginkább megfelelnek	Nem valósult meg
3.5. Komplex bio-pszicho-szociális modell: szakítani kell azzal a megközelítéssel, mely a méregtelenítés kizárólagosságát hirdeti.	Megvalósult (2008)
3.6. Multidisziplináris kezelőszemélyzet	Nem valósult meg
3.7. Közösségi megközelítés (közösségi szenvedélybeteg ellátás, önszolgáltató csoportok)	Megvalósult (2008)
4. Az egészségügyi és a szociális ellátás közötti együttműködés.	Megvalósult (2008).
5. Meg kell előzni az intravénás kábítószer-használók között a HIV (AIDS) megjelenését, és	Megvalósult (2008).

Drogstratégia célkitűzései	Megvalósulás
csökkenteni a hepatitisz (elsősorban a hepatitisz C) terjedését.	2008)
6. Csökkenteni kell a kábítószer-használók által elkövetett bűncselekmények számát különböző szociálpolitikai eszközök alkalmazásával is	Nem valósult r
7. Csökkenteni kell a hajléktalanok közötti kábítószer-használat nagyságrendjét, illetve az egészségügyi ártalmak kezelésére alkalmas ellátásokat kell biztosítani a hajléktalanokkal foglalkozó intézményrendszer minden területén.	Nem valósult r
8. Csökkenteni kell a kábítószer-használattal kapcsolatos egészségügyi ártalmakat és kockázatokat	Részben meg közvetetten fertőzöttek te 2006, 2007, 20
9. Kábítószer-használókkal foglalkozó egészségügyi és szociális (állami, önkormányzati és civil) intézmények minőségbiztosítása és értékelése.	Nem valósult r
10. Civil szervezetek minőségkontrolljának kialakítása.	Nem valósult r
11. 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	Megvalósult. (2008)
12. Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok létesítése	Részben meg Fórumok, az tevékenységül
13. Létre kell hozni a szakmai (akkreditált, szükség esetén, pl. a szakorvosképzés területén pontszerző) továbbképzések széles választékát	Nem valósult r
14. A graduális (nappali) képzésben (orvos, pszichológus, szociális munkás képzés, ápoló, diplomás ápoló képzés) speciális blokkokat szükséges bevezetni	Nem valósult r
15. A tudományos kutatások és az eredmények visszacsatolása	Megvalósult. (2008)
Rövid távú célok	
1. Kezelési kapacitás növelése az állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek fenntartásában működő terápiás és rehabilitációs intézmények tekintetében	Nem valósult r
2. Előnyt élveznek a következőkben részletezett ellátási formák:	
2.1. Megkereső programok.	Nem valósult r
2.2. Alacsony-küszöbű szolgáltatások, ártalomcsökkentő programok: Az alacsony-küszöb. szolgáltatások jelentős fejlesztése illetve modell-intézmény hálózat kialakítása indokolt.	Részben meg methadon fer 2004).
2.3. Helyettesítő kezelések: Rövid távon régióként minimum egy fenntartó kezelési centrum létrehozása és működtetése indokolt. Középtávon lehetőleg megyénként kell kialakítani ezen intézmények hálózatát.	Nem valósult r
2.4. Konzultációs központok: Megyénként minimum egy	Nem valósult r
3. Ambuláns ellátás: drogambulanciák, TÁMASZ-gondozók: megyénként minimum egy ambulancia	Nem valósult r
4. 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.	Részben m törzskönyvezé
5. Sürgősségi ellátások javítása (a sürgősségi állapotok felismerése, adatvédelem erősítése a droghasználók bizalmának erősítése és ezzel összefüggésben a gyors és szakszerű segítségnyújtás érdekében	Nem valósult r

Drogstratégia célkitűzései	Megvalósulás
6. Bentfekvéses kezelés fejlesztése: régióként egy detoxifikációs részleg, egy addiktológia részleg, modellkísérletként a hagyományos kórházi struktúráktól független önálló addiktológiai osztály kialakítása	Nem valósult r
7. Nappali kórházak súlyos kábítószer-problémákkal küzdők részére.	Nem valósult r
8. Hosszúterápiás intézmények , terápiás közösségek (kapacitásbővítés)	Megvalósult. (
9. Rehabilitációs és reszocializációs kapacitás fejlesztése	Nem valósult r
10. Közösségi programok : elsősorban volt drogbetegek és hozzátartozóik önsegítő vagy kulturális csoportjai tartoznak ebbe a kategóriába. Meg kell erősíteni a narkománok önsegítő csoportjainak (NA) működését	Nem valósult r
11. Védett munkahelyek	Nem valósult r
12. Háziorvosok addiktológiai képzése	Nem valósult r
13. 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.	Nem valósult r
14. Veszélyeztetett vagy speciális populációk számára programok : egyéb pszichiátriai problémákkal küszködők, HIV+, AIDS betegek, hepatitiszes (májbeteg) droghasználók, terhesek és a drogfüggő újszülöttek	Részben meg beteg drogfüg számára (Jeler
15. A büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül az egészségügyi részlegek bővítése, speciális elvonó, terápiás és utógondozó programok létesítése.	Részben meg intézményeibe megoldott (Jel
16. 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).	Nem valósult r
17. Droghasználók és -függők kezelése finanszírozási elveinek javítása.	Részben meg támogatás (Jel
18. 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.	Nem valósult r
19. Adatnyilvántartás, statisztikai rendszer fejlesztése	Nem valósult r
20. Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság terápiával kapcsolatos szakbizottságai (Addiktológiai -pszichiátriai, Drogambulancia, Drogterápiás Intézetek szakbizottságok): legfontosabb feladatuk a tárcaközi együttműködés politikai, közigazgatási és szakmai biztosítása.	Nem valósult r
21. Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok létesítése, helyi terápiás koordinációs szempontok kidolgozása.	Részben meg Fórumok, az tevékenységül
22. Szakmai kollégiumok állásfoglalásai kialakításának folytatása a terápiás protokollokat illetően.	Részben meg protokollja (Je
23. Kezelőhelyek és kezelőprogramok akkreditálása szakmai szempontok alapján,	Nem valósult r
24. Oktatási programok létesítése és finanszírozásuk biztosítása.	Megvalósult (J
25. Létre kell hozni a pszichiáter, addiktológus és gyermekpszichiáter szakorvosok, más szakorvosok addiktológiai blokk-képzését, addiktológus klinikai és prevenciós szakpszichológusok, addiktológiai konzultánsok és asszisztensek, diplomás ápolók, szociális munkások stb. képzését és továbbképzését.	Nem valósult r
26. Önálló Addiktológiai Szakmai Kollégium létrehozatala.	Nem valósult r
KÍNÁLATCSÖKKENTÉS	

Drogstratégia célkitűzései	Megvalósulás
Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét	
Hosszú távú célok	
1. Csökkenjen az illegitim és a visszaélésre használt szerekhez való hozzáférés	Nem valósult meg
2. Csökkenjen az országhatáron keresztüli illegális kereskedelem a kábítószeres és pszichotróp anyagok vonatkozásában, a legális szerek és azok el anyagainak (prekurzorok) ellenőrzése pedig még fokozottabbá váljék.	Nem valósult meg
3. Csökkenjen az illegitim szerek országon belüli termesztése és előállítása , a legális kábítószeres és el anyagai (prekurzorok) hazai előállítása pedig kerüljön még fokozottabban ellenőrzés alá.	Részben megvalósult (Jelentés, 2003)
4. Csökkenjen az illegitim szerek belső terjesztése , és sikerüljön visszaszorítani a drogkereskedelem színtereit.	Nem valósult meg
5. Csökkenjen a drogfertőzött színterek száma, illetve lehetőség szerint sikerüljön felszámolni azokat.	Részben megvalósult (csökkenés) (Jelentés, 2003)
6. Megvizsgálandó egy egységes kábítószer elleni törvény , mint egységes "drogtörvény" előkészítésének lehetősége, mely a jelenlegi törvényi szabályozást egységes keretben kezelné, és kiegészítené az egészségügyi és szociális kezelés jogszabályi kérdéseivel, az adatvédelem és a bejelentési kötelezettség egyértelmű rendezésével.	Nem valósult meg
Középtávú célok	
1. Meg kell erősíteni Magyarország határainak védelmét a beáramló és tranzitárúként szállított kábítószerekkel szemben. El kell érni a belső kábítószer termesztés és előállítás csökkentését, illetve a legális előállítás fokozottabb ellenőrzését	Nem valósult meg
2. Növelni kell a Vám- és Pénzügyőrség felderítési hatékonyságát, valamint a szervezet technikai, szakmai és személyi kapacitásait.	Részben megvalósult (Jelentés, 2003)
3. A rendőrség felderítő és nyomozati munkája váljék eredményesebbé elsősorban a terjesztéssel kapcsolatos kábítószeres ügyekben, valamint a kábítószer-használat és más bűncselekmények összefüggésével kapcsolatos ügyekben.	Nem valósult meg
4. A hatályos jogszabályok érvényesítésével az illegális drogpiacon beszűkítése eredményesen valósuljon meg.	Nem valósult meg
5. A pénzmosás és annak lehetősége csökkenjen	Nem valósult meg
6. A terjesztés és a terjesztőhálózatok elleni fellépést erősíteni kell	Nem valósult meg
7. Javítani kell a közbiztonság helyzetén a kábítószeres hozzáférések és a kábítószer-használat növekedésének megállításával párhuzamosan.	Nem valósult meg
8. Mutasson a kábítószerrel összefüggő erőszakos és a vagyon elleni bűncselekmények száma csökkenő tendenciát.	Nem valósult meg
9. A kínálatcsökkentés területén tevékenykedő intézmények szervezeti és működési feltételei váljanak alkalmassá a feladataik hatékony ellátására.	Megvalósult (Jelentés, 2003)
10. Javuljon a szórakozóhelyek és más drogfertőzött színterek biztonsága.	Nem valósult meg
11. Kerüljenek a legális kábítószeres és a prekurzorok fokozottabb ellenőrzés alá.	Megvalósult. (Jelentés, 2003)
12. Fokozódjék a rendvédelmi, a gazdasági és az egészségügyi hatóságok együttműködése .	Részben megvalósult (Jelentés, 2003)
13. 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.	Megvalósult. (Jelentés, 2003)
14. 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.	Megvalósult. (Jelentés, 2003)

Drogstratégia célkitűzései	Megvalósulás
Rövid távú célok	
1. A Büntető Törvénykönyv visszaélés kábítószerrel bűncselekmény tényállásának módosítása után szükséges:	
1.1. A vádemelés elhalasztása , a vádemelési- és ítélkezési gyakorlat monitorozása	Nem valósult r
1.2. A szükségessé váló jogpolitikai döntések meghozatala	Megvalósult. (
1.3. A vádelhalasztás és a gyógykezelés eredményességének figyelemmel kísérése,	Nem valósult r
1.4. Az ügyészi felügyelet erősítése a kábítószeres ügyekben a nyomozati munka felett,	Megvalósult. (
1.5. A szükséges idő elteltével és a jogalkalmazói tapasztalatok birtokában a büntetőjogi szabályozás elemzése és a megfelelő változtatások meghozatala	Nem valósult r
2. A szervezett bűnözés elleni fellépést szolgáló további, elsősorban a büntető jogszabályok területét érintő jogalkotási feladatok elvégzése	Részben meg büntetőjogi kr Az elkobzási, r 2003, 2004).
3. Az ügyészi nyomozati felügyelet megerősítése területén egyrészt a büntetőjogilag felelősségre 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 védelembé vételt kell kezdeményeznie a települési önkormányzat jegyzőjénél, avagy más hatósági intézkedést kell indítványoznia a gyámhivatalnál. Másrészt 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.	Részben megv
4. A pártfogó felügyeletet alkalmassá kell tenni új és megnövekedett feladatainak ellátására. 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.	Nem valósult r
5. Javítani kell a rendőrség felderítő, nyomozati, vizsgálati illetve lefoglalási eredményességét - szervezeti változások- szakemberek számának növelése- képzések számának növelése- nemzetközi együttműködések- technikai, tárgyi feltételek- laboratóriumi fejlesztés- designer drogok azonosítása	Részben meg (Jelentés, 20 (Jelentés, 20 (Jelentés, 200 2007)- laborat
6. Tovább kell javítani a Vám- és Pénzügyőrség felderítő, nyomozati és lefoglalási munkájának eredményességét. - szakemberek számának növelése- képzések számának növelése- nemzetközi együttműködés- laboratóriumi fejlesztés- technikai fejlesztés	Részben meg növelése (Jel (Jelentés, 2003
7. Határőrség feladatkörével kapcsolatban a határátkelőhelyeken az illegális drogkereskedelem hatékony kiszűrése érdekében szorosabbá kell tenni az együttműködést a Vám- és Pénzügyőrséggel	Megvalósult. (
8. Egységes főiskolai képzés a rendvédelmi szervek képzési rendszerén belül, a kábítószer-bűnözés, a droghasználat felismerésének és a kábítószer-megelőzés ismeretrendszerének elsajátításával átfogó megközelítési szemlélettel.	Megvalósult. (
9. Az EU csatlakozással kapcsolatosan hangsúlyt kell fektetni a bűnüldözési információcsere (szervezett- és kábítószer bűnözés) nemzeti központi kontaktpontjának (NEBEK) és a szervezett bűnözés elleni és kábítószer összekötő tiszti hálózat kialakítására. Az EUROPOL -lal folytatandó	Nem valósult r

Drogstratégia célkitűzései	Megvalósulás
együtműködés részét képezi az új szintetikus kábítószer vegyi profilozása, a korai jelzőrendszer kialakítása és az Ecstasy típusú kábítószer katalógusának állandó aktualizálása, valamint a kapcsolódó kölcsönös nemzetközi információcsere.	
10. Az országosan egységes orvos szakértői tevékenység érdekében elsősorban a kábítószerfüggőség megállapításának megfelelő szakmai kidolgozása szükséges + szakemberek számának növelése, képzések számának növelése, nemzetközi együttműködésekben történő részvétel további fokozása, laboratóriumi és technikai háttér fejlesztése, decentralizálása, minőségkontrollja.	Részben megvalósult. (m együtműködés technikai fejle
11. 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	Megvalósult. (
12. Erősíteni kell a nemzetközi együttműködésekben történő részvételt a szakemberek képzése és speciális programok meghonosítása érdekében.	Részben megvalósult. (2005, 2006)
13. Ki kell alakítani az egységes, és érvényes adatgyűjtés rendszerének korszerű rendszerét (az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika /ERÜBS/ reformja).	Nem valósult meg
14. Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság megfelelő Kínálatcsökkentési, Laboratóriumi, Epidemiológiai stb.) munkacsoportjai képviseljük a terület szakmai igényeit, tárják fel a hiányosságokat, terjesszenek elő javaslatokat ezekkel kapcsolatban és értékeljék a terület fejlődését.	Nem valósult meg
15. Valósuljon meg a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban a kínálatcsökkentés feladatait végző szervezetek képviselete.	Részben megvalósult. (kínálatcsökkenés jelen vannak, magukat (D.A.
16. Jöjjön létre a legálisan forgalmazott kábítószer és pszichotróp anyagok fokozottabb ellenőrzése , és valósuljon meg az együttműködés tárca- és helyi szinten a rendészeti, egészségügyi és gazdasági hatóságok között.	Részben megvalósult. (2003)
17. A kábítószer, pszichotróp anyagok valamint a prekursorok fokozottabb ellenőrzése területén fejleszteni kell: a képzések színvonalát, a technikai háttér, a nemzetközi együttműködésekben történő részvételt, a gazdálkodó szervezetek érdekképviseleti szövetségeivel történő együttműködést, a nem szabályozott, nemzetközileg megfigyelésre ajánlott vegyi anyagok forgalmának monitorozását, egységes adatbázis létrehozását.	Nem valósult meg

III. TEVÉKENYSÉGEK ÉRTÉKELÉSE

DOKUMENTUMELEMZÉSSEL

MÓDSZERTAN

A dokumentumelemzés célja az azokban megjelenő adatok, tények alapján megállapítani, hogy a Stratégia célkitűzéseihez milyen cselekvések kapcsolhatók. Az elemzéshez felhasznált dokumentumok felölelték a hazai droghelyzetről készített valamennyi éves jelentést, az e témában született fontosabb tanulmányokat valamint a „Drogpolitika számokban” c. kötetet. Az aktuálisan felhasznált dokumentumokat a „Forrás” oszlop tartalmazza célkitűzésenként a 4. Táblázatban. (A megjelölt források listája a fejezet mellékletében található.)

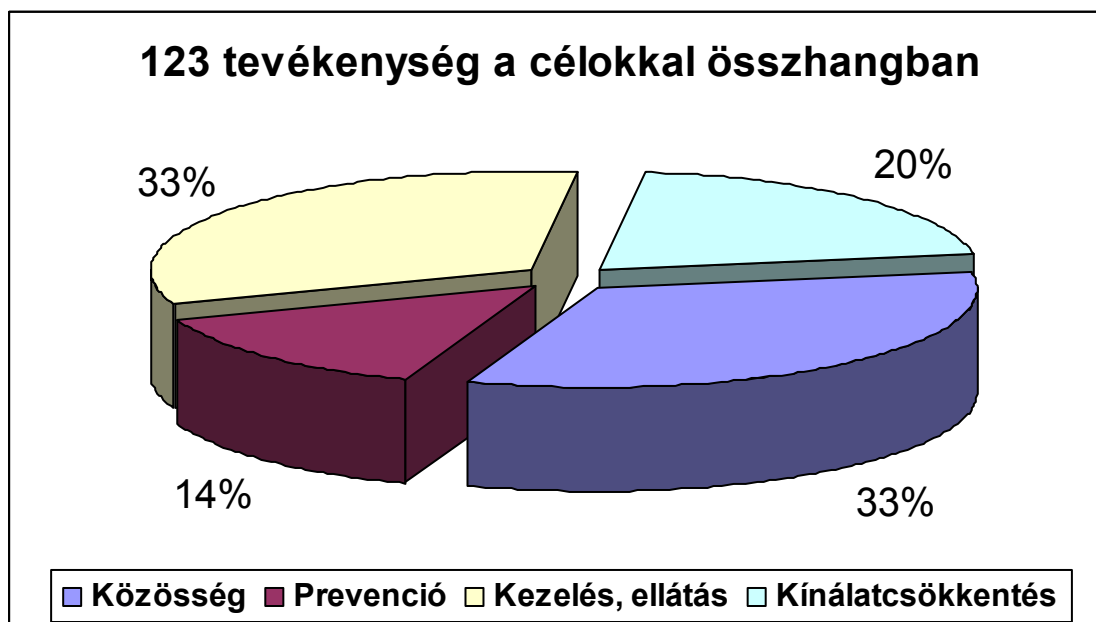
Az azonosított tevékenység megnevezése és a forrás megadása mellett megvizsgáltuk azt is, hogy az adott célkitűzéssel összhangban volt-e, milyen eredménnyel járt, részleges teljesülés esetén mi nem teljesült valamint milyen szervezethez köthető a vizsgált tevékenység. (V.ö. a 4. Táblázat fejlécével!)

EREDMÉNYEK

A stratégiai dokumentum 90 azonosított célkitűzéséhez kapcsolható tevékenységek dokumentumok alapján történő elemzése azt mutatta, hogy összesen 123 olyan tevékenységet sikerült azonosítani, melyek összefüggésben álltak a Stratégia céljaival. (4. Táblázat, 2. ábra)

A tevékenységek közül 17 több célhoz is kapcsolódott. A célkitűzések közül 14-hez nem sikerült egyetlen tevékenység sem hozzárendelni (*Közösség*: 1.4; *Prevenció*: 9., 11.; *Kezelés, ellátás*: 15., 19., 34., 38., 42.; *Kínálatcsökkentés*: 1., 4., 7., 8., 11., 12., 13.). Ennek oka néhány esetben talán a túlzottan általános megfogalmazása lehetett. Az azonosított tevékenységek közül 8 ellentétes volt a célkitűzésekkel, és ezek mindegyike a *Kezelés, ellátás* területén megvalósult tevékenység volt (3., 5., 6., 10., 11., 14.).

2. ábra: A drogstratégia célkitűzéseivel összhangban lévő tevékenységek megoszlása pillérek szerint



4. Táblázat: A drogstratégiához köthető tevékenységek

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
KÖZÖSSÉG	1. A droprobléma kezelése iránt érzékeny közösségek kialakulásának elősegítése. Különböző közösségi szintereken létrejövő beavatkozások			
	1.1. A családok érzékenyebbé tétele a droproblémák felismerésében.	Lásd kezelési tevékenységek		
	1.2. Munkahelyi drogpolitika kialakítása, drogmentes munkahely program kiszélesítése.	A Foglalkoztatási Hivatal kidolgozta a „Maradj a Zöld Zónában! A vállalatok és dolgozók mozgósítása a káros alkohol- és a kábítószer-fogyasztás megelőzésére” elnevezésű programot	igen	egyres munkahelyeken a program bevezetésre került
		Biztonságos Szórakozóhelyek Program	igen	biztonságos szórakozóhelyek feltételeinek kidolgozása
	1.3. Biztonságos szórakozási lehetőségek számának növelése:	PHARE program keretében "biztonságos szórakozóhelyek" címmel pályázatok	igen	a pályázat idején gyarapodtak a biztonságos szórakozás lehetőségei
	1.4. Biztonságos hazajutást segítő lehetőségek számának növelése	_____		
	1.5. Pszichoaktív szer hatása alatt bekövetkezett közúti balesetek számának csökkentése közúti ellenőrzések fokozásával	Részvétel a TISPOL nemzetközi közúti ellenőrző akciójában	igen	
	2. Speciális igényekkel bíró kockázati csoportok (büntetés-végrehajtási intézményből szabadultak, hajléktalanok, gyógyult, illetve fenntartó kezelés alatt álló drogbetegek) számára drogmentes és rendezett életmódot	A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatása c. pályázat (KAB-RE) keretében megvalósult programok	igen	2005-2008 között 97 projekt nyert támogatást (félutas házak létrehozására, munkavállalást segítő programok megvalósítására, védett munkahelyek/szállások létrehozására, stb.)

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
	lehetővé tevő lakhatási feltételek, védett munkahelyek, valamint reintegrációs és reszocializációs programok biztosítása			
	3. Helyi (városi, megyei, regionális) Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) rendszerének kiépülése, működésük jogi, közigazgatási feltételeinek javítása, helyi viszonyokra szabott drogstratégiák és akciótervek kidolgozása.	Pályázatok KEF-ek megalapítására és működtetésére (KAB-KEF)	igen	2008 őszén az NDI 84 KEF-fel tart kapcsolatot, többségük rendelkezik érvényes SZMSZ-szel és helyi stratégiával
	3.1. A droghasználókkal és/vagy az ilyen téren veszélyeztetett fiatalokkal foglalkozó intézményrendszer felmérése, értékelése, helyi szükségleteken alapuló ellátásszervezés.	Felmérés a magyarországi addiktológiai ellátó rendszerről	igen	Rendelkezésre álltak részletes információk a kábítószer-fogyasztók kezelésében résztvevő intézményekről (pl. személyi, tárgyi feltételek, kapcsolatrendszer, kezelési módszerek, stb.)
		Budapesti Corvinus Egyetem - Társadalom epidemiológia szakirányú képzés	igen	
		SOTE - Addiktológiai konzultáns képzés	igen	
		SOTE - Klinikai addiktológiai szakpszichológus képzés	igen	
		Mentálhigiénés Alapfokú továbbképzés Pedagógusoknak (30 órás képzés)	igen	
		A szenvedélykeltő szerek fogyasztásának visszaszorítása, iskolai egészségfejlesztés c. 30 órás képzés pedagógusoknak (drogkoordinátor képzés)	igen	
	4. Képzések számának és minőségének fejlesztése (graduális képzésbe beépített modulok).	A szenvedélybeteg gondozó képzés (600 órás), a szociális gondozó képzésre épülve megjelent az Országos Képzési Jegyzékben	igen	
		Az Igazságügyi Hivatal a pártfogó felügyelők számára alapképzést biztosít az addiktív problémákkal küzdő pártfogoltak szakszerű ellátása, gondozása, segítése érdekében.	igen	
		NARKOLÓGIAI kollégium a nappali tagozatos hallgatók számára a Rendőrtiszti Főiskolán	igen	
		Továbbképzések a gyermek-és serdülőgyógyászati területen dolgozó szakemberek számára	igen	

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
		„Jog és kommunikáció - a hatályos egészségügyi és adatvédelmi törvény és alkalmazása lélektani problémákkal, betegségekkel foglalkozó szakemberek részére” 3 napos továbbképzés (PszichoTrend Bt.)	igen	
		„Az ápoló, mint a kábítószer-fogyasztás elleni küzdelem résztvevője” pontszerző továbbképzést szakápolók, ápolók, egészségügyi szakdolgozók részére (ISZTI Szakképző és Továbbképző Iskola)	igen	
		5. Adatgyűjtés és kutatások újrászervezése:		
		KAB-KT pályázatok keretében megvalósult kutatások	igen	2000-2008 között 119 pályázat nyert támogatást 208,3 millió forint összegben
		Az SzMM által nyújtott egyedi támogatások keretében megvalósult kutatások	igen	2001 és 2007 között 7 kutatási projekt valósult meg, 29,5 millió forint értékben Így valósult meg pl. a 2007-es felnőtt populációs kutatás, a hajléktalanok drogfogyasztását vizsgáló kutatás, vagy a az iskolai prevenciók programok monitorozása
		Más intézmények által támogatott kutatások (pl. NDI, Drog Fókuszpont, OM, NIDA)	igen	
	5.1. Kutatások és adatgyűjtések a drogcénáról és annak változásairól	KEF-ek által támogatott (és koordinált) helyi kutatások	igen	Sok helyen rendelkezésre áll helyzetfelmérés
		OSAP adatgyűjtés fejlesztése	igen	
		EMCDDA kulcsindikátorainak bevezetéséhez és működtetéséhez szükséges adatgyűjtések átalakítása, fejlesztése (pl. TDI, OSAP, halálzási adatok, stb.)	igen	EMCDDA kulcsindikátorainak megfelelő működéséhez szükséges adatgyűjtések rendelkezésre állnak
		EMCDDA jelentési kötelezettségeinek teljesítése érdekében bevezetett adatgyűjtések (pl. kábítószer árak, tűcsere adatok, TBC betegek nyilvántartása)	igen	EMCDDA jelentési kötelezettségeinek teljesítéséhez speciális adatgyűjtések rendelkezésre állnak
	5.2. Kutatások és adatgyűjtések a helyi közösség által választott és megvalósított megoldási módokról, eredményességükről és azok alkalmazási feltételeiről	Az iskolai szinten tevékenykedő prevenciók programok átfogó monitorozása és értékelése kutatássorozat (2001 Budapest, 2003 országos). Prevenciók szolgáltatók feltérképezése, 7+8 program evaluációja	igen	szakemberek számára hozzáférhető prevenciók adatbázis (SzIP)

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
		KAB-KT pályázatok keretében megvalósult kutatások	igen	2000 és 2008 között 22 kutatás készült az intervenciók monitorozása témakörében
	5.4. A közösség számára használható hazai adatok összegyűjtése, nemzetközi adatbázisok hozzáférhetővé tétele.	2004 óta a Nemzeti Drog Fókuszpont végzi a kábítószer-probléma területén a hazai adatok összegyűjtését és terjesztését Nemzetközi adatbázisok bemutatása különböző konferenciákon, szakmai összejöveteleken, hírlevelekben (pl. EDDRA, EIB, ELDD, NREPP, ELISAD, stb.)	igen igen	a hazai kábítószer-helyzettel kapcsolatos információk egy helyen történő összegyűjtése Szakemberek megismerik a nemzetközi adatbázisokat
	5.5. Közösségi epidemiológiai kutatások kezdeményezése, az elkészült kutatások publikálása, az adatszolgáltatási rendszer hatékonyabbá tétele.	KEF-ek által támogatott (és koordinált) helyi kutatások	igen	Vannak helyi (közösségi) epidemiológiai kutatások
	6. Nemzetközi környezethez történő alkalmazkodás	"Az egészségfejlesztés alapelvei - az egészségfejlesztés nemzetközi alapidokumentumai" c. módszertani füzet és az egészségfejlesztéssel kapcsolatos további kiadványok megjelentetése	igen	nemzetközi dokumentumok hozzáférhetőek magyar nyelven
	6.1. Az Európai Unió, illetve a szakosított nemzetközi szervezeteknek (UNDCP, WHO) a drogproblémák helyi közösségi kezelését illető dokumentumainak hozzáférhetővé tétele, oktatása.	EMCDDA által megjelentetett útmutatók, protokollok lefordítása, megjelentetése (pl. prevenció, problémás drogfogyasztás) EMCDDA Bevált gyakorlatok portáljának és prevenciók ajánlásainak bemutatása különböző konferenciákon, szakmai összejöveteleken	igen igen	EMCDDA protokollok hozzáférhetőek magyar nyelven Szakemberek megismerik az EMCDDA ajánlásait, szakirodalmi összefoglalóit
	6.2. Nemzetközi szakmai szervezetek és főhatóságok által kidolgozott ajánlások, valamint jó gyakorlatok adaptálása	EMCDDA kulcsindikátorainak bevezetése és működtetése	igen	EMCDDA kulcsindikátorok működnek

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
	6.3. Nemzetközi kapcsolatok ápolása, Fókuszpont működtetése	A 28/2004. (II.28.) kormányrendelet alapján a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ (Drog Fókuszpont) 2004. január 1-jén megkezdte működését	igen	van aktívan működő Drog Fókuszpont, részvétel az EMCDDA munkájában
		Részvétel az ENSZ Kábítószerügyi Bizottságának (CND) ülésein	igen	Részvétel a CND munkájában
	7. Jogszabályi környezet elemzése és szükség szerinti módosítása	Részvétel a Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoport (HDG) havonta esedékes ülésein	igen	Részvétel a HDG munkájában
		Bilaterális szakmai együttműködés Romániával	igen	
		Részvétel CARD Twinning Projektben Macedóniával	igen	
		ORFK együttműködése az EUROPOL-lal és a DEA-val	igen	
		A 4/1997. (I.22.) Kormányrendelet az üzletek működéséről és a belkereskedelmi tevékenység folytatásának feltételeiről 2002. december 13. napi változatában a diszkó engedélyezése a következő szöveggel egészült ki: „Diszkó a különböző szeszes és szeszesmentes italok értékesítése palackozva és kimerve, étel, gépzene szolgáltatás. A működési engedélynek az abban felsorolt adatokon túlmenően tartalmaznia kell az üzlet befogadóképességét. Az üzletben az ingyenes és korlátlan mennyiségű ivóvíz elérhetővé tételét - mellékhelyiségen kívül is - biztosítani kell. A 300 főt meghaladó befogadóképességű üzletben a fentiek túlmenően folyamatos gépi szellőztetést, és a vendégek részére a szórakozóhely légtérétől elkülönülő, attól hűvösebb, csendes, pihenésre alkalmas, ülőhelyekkel ellátott helyiséget kell biztosítani”	igen	A jogszabály részben tartalmazza a biztonságos szórakozóhelyek feltételeit
PREVENCIÓN	1. Csökkenteni a droghasználók számának növekedési ütemét és elérni, hogy az emelkedő tendencia megforduljon.	Lásd Prevenációs tevékenységek		
	2. Meg kell állítani és fordítani azt a tendenciát, hogy az első alkalommal drogokat kipróbálók életkora csökken.	Lásd Prevenációs tevékenységek		

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
3.	A fiatalok számára ne legyen kulturálisan elfogadott a droghasználat.	Lásd Prevenációs tevékenységek		
		Az iskolai drogstratégia kialakítása és módszertana c. kiadvány megjelentetése	igen	Módszertani segítség rendelkezésre áll az iskolák számára
4.	Iskolai egészségstratégia kialakítása.	Egészségnevelési- és drogstratégia kidolgozása az iskolákban	igen	Tízből hét iskolában van kidolgozott egészségnevelési-, és az intézmények valamivel több, mint felében van drogstratégia
		KAB-PR pályázatok kiírása a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló komplex, az egészségmegőrzés/egészségfejlesztés különböző szinterein (pl.: szabadidő, munkahely, szórakozóhelyek, stb.) megvalósuló programok támogatására kiírt pályázat keretében megvalósított programok	igen	Több szinten léteznek/működnek egészség-megőrzési/egészségfejlesztési programok
5.	Működő egészségfejlesztő, droghasználat megelőzését tartalmazó programok mindazon a szinteken, ahol a fiatalok felnőnek.	OBMB által kiírt pályázatok keretében megvalósított programok	igen	Léteznek/működnek bűnmegelőzési programok droghasználat megelőzési célokkal is
		Alkohol- és droghasználat megelőzését célzó programok az ÁNTSZ intézeteinek szervezésében, főleg az általános- és középiskolák korosztály részére	igen	
		ALTERNATÍVA programok megvalósulása	igen	plázákban alacsonyküszöbű szolgáltatás fiatalok részére
		Speciális programok számára nyújtott egyedi támogatások keretében megvalósult programok	igen	
6.	A közoktatásban résztvevő fiatalok számára szervezett, az iskolák által igénybe vehető rendszerszerű megelőző programok pénzügyi támogatásának biztosítása.	SzMM-OKM közös iskolai egészségnevelési és droghasználat megelőzési programok támogatására kiírt pályázatok (KAB-IPP) az iskolai szinten megvalósuló megelőzési tevékenység támogatására	igen	Rendelkezésre áll pályázati rendszer az iskolákban folyó egészségnevelési és droghasználat megelőzési programok támogatására

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
	7. Szervezeti, koordinációs keretek kialakítása: KKB-Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság, prevenciósmunkacsoport; KEF-Kábítószerügyi Egyeztető Fórum, a prevencióban helyi szinten dolgozók képviselője.	KKB prevenciósmunkacsoportja létrejött	igen	KKB prevenciósmunkacsoportja létrejött
	8. Fel kell ismerni és meg kell valósítani a Magyar Honvédség drogstratégiája alapján a hadsereg keretein belül folyó prevenciósmunka lehetőségeit.	Az MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ 2007-ben indította el Egészségmegőrző Programját. A Magyar Honvédség (MH) drogprevenciósképzéseket, valamint programokat szervez állománya részére.	igen igen	Honvédségnek van egészségmegőrző programja Rendelkezésre állnak drogprevenciósprogramok és képzések a Magyar Honvédség állománya részére
	9. Felmérések a fiatalok droghasználat elterjedtségéről és ennek monitorozása, a standard ESPAD módszertan szerint. E kutatást a KKB keretein belül felállítandó Drogkutató Tanács figyeli.	ESPAD kutatások 1995-ben 1999-ben 2003-ben és 2007-ben készültek. Az ESPAD vizsgálatok éveiben, valamint 1998-ban, 2000-ben, 2002-ben és 2005-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek készültek az ESPAD kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával. Hazánk 1985 óta szintén részt vesz a HBSC kutatásokban. Ezekon kívül számos, a fiatalok droghasználatát vizsgáló kisebb megyei vagy városi szintű kutatás is készült	igen	idősoros adatok a fiatalok droghasználatáról rendelkezésre állnak
	10. Felmérések készítése a prevenciósmunkacsoportok elterjedtségéről és hatékonyságáról.	Az iskolai szinten tevékenykedő prevenciósprogramok átfogó monitorozása és értékelése kutatássorozat (2001 Budapest, 2003 országos). Prevenciósszolgáltatók feltérképezése, 7+8 program evaluációja	igen	szakemberek számára hozzáférhető prevenciósmunkacsoport adatbázis (SZIP)
	11. A prevenciósmunkacsoportok minőségbiztosítása, akkreditációja az érintett tárcák	A Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállításának előkészületei megtörténtek.	igen	

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
	szempontjai alapján. Ezt segítheti egy Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállítása.	Mentálhigiénés Alapfokú továbbképzés Pedagógusoknak (30 órás képzés)	igen	
	12. Egészségfejlesztéssel és drogpreevencióval kapcsolatos képzések szervezése, amelyek speciálisan a serdülő- és fiatalkor problémáival foglalkoznak.	A szenvedélykeltő szerek fogyasztásának visszaszorítása, iskolai egészségfejlesztés c. 30 órás képzés pedagógusoknak (drogkoordinátor képzés)	igen	
		Továbbképzések a gyermek-és serdülőgyógyászati területen dolgozó szakemberek számára	igen	
KEZELÉS, ELLÁTÁS	Specifikus célok az egészségügyi és szociális ellátás területén:			
	1. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a droproblémákkal küzdő egyéneket és családokat.	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		
	2. Megállítani és visszafordítani a droproblémákkal küzdők számának emelkedését.	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		
	3. Az egészségügyi és a szociális ellátás elérhetőségének, fogadókészségének és hatékonyságának növelése, a droproblémák (droghasználók és családtagjaik) kezelésében a kezelési spektrum teljes kiépülése, megfelelő kapacitással.	2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről	nem	A törvény meghatározza az ellátás legfontosabb szolgáltatásait (sürgősségi ellátás, nagyobb szakmai felkészültséget igénylő beavatkozások) adó súlyponti kórházakat és országos feladatú speciális intézeteket, valamint szakmacsoportonként a feladatok ellátásához minimálisan szükséges – ezért törvényben garantált- ágyszámukat, továbbá szakmacsoportonkénti bontásban régióként meghatározza az elosztható aktív és krónikus kapacitásokat. A törvény 1. és 2. melléklete meghatározza a 2007. április 1-je után működő aktív és krónikus, ezen belül a rehabilitációs ágyak számát.
		A Szociális törvény 2005. évi CLXX. Törvény szerinti változtatása (az alacsonyküszöbű	igen	

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
		szolgáltatások nevesítése a szenvedélybetegek közösségi ellátásán belül)		
	4. Növelni a segítő kapcsolatban, a kapcsolatfelvételtől a kezelésem át a reszocializációig résztvevő droghasználók számát.	2007. április 1-jétől a gondozóintézetek számára folyósított fix díjazás az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításának megfelelően az előző évi 50%-ára csökkent	nem	
	5. A segítő és kezelő intézmények kapacitásának növelése.	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek Csökkenés a pszichiátriai/addiktológiai fekvőbeteg ellátás ágyszámában Addiktológiai és TÁMASZ gondozók bezárása	nem nem	
	6. Rehabilitációs és reszocializációs intézmények kapacitásának növelése	A rehabilitációs szolgáltatók és drográpiás intézetek férőhelyeinek bővítése 132/2006. (VI. 15.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról	igen nem	1999-ben 11 rehabilitációs intézmény működött. 2007-ban 260 volt az OEP támogatást kapó férőhelyek száma 12 intézményben + 5 OEP-el nem szerződött intézmény 90 férőhelye A szakmai szorzók 2006. július 1-jétől történt módosítása a szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs pszichiátria finanszírozásának jelentős csökkenését eredményezte.
	7. Differenciáltság: azonosítani és alkalmazni kell azokat a beavatkozási formákat, melyek az adott állapot súlyosságának és típusának a leginkább megfelelnek.	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		
	8. Közösségi megközelítés	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		
	9. Az egészségügyi és szociális ellátások közötti együttműködés.	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		
	10. Alapvető cél a kapacitásfejlesztés olyan ellátó intézmények (ambuláns és fekvőbeteg-ellátó) esetében, amelyek fenntartója az állam, az	A pszichiátriai aktív fekvőbeteg szakellátásban megállapított törvényi normatíva alapján a pszichiátriai aktív ellátás (beleértve az addiktológiai aktív ágyak számát is) kapacitása (22,2%-kal) csökkent.	nem	

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
	önkormányzat vagy bármilyen egyházi vagy civil szervezet.	A krónikus fekvőbeteg szakellátásban a pszichiátria (13,1%-kal) és az addiktológiai krónikus ágyak száma (8,6%-kal) növekedett.	igen	
	11. Ambuláns ellátás megszervezése: drogambulanciák, TÁMASZ-gondozók. Megyénként minimum egy konzultációs központ és drogambulancia létrehozása indokolt.	Drogambulanciák létesítése és működése.	igen	2000 és 2007 között 16-ról 21-re nőtt a drogambulanciák száma (ebből 6 Budapesten)
		Addiktológiai és TÁMASZ gondozók bezárása	nem	
	12. Ópiát-fogyasztók kezelésében a szermentességet fenntartó gyógyszeres kezelés (naltrexon) biztosítása OEP támogatással és megfelelő lelki és szociális gondozási formákkal.	Buprenorfin-naloxone kezelés elindítása.	igen	2007-ben 333 fő vett részt ilyen kezelésben.
	13. Sürgősségi ellátás szükségességének jobb felismerése, megfelelő ellátás biztosítása.	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		
		A pszichiátriai aktív fekvőbeteg szakellátásban megállapított törvényi normatíva alapján a pszichiátriai aktív ellátás (beleértve az addiktológiai aktív ágyak számát is) kapacitása (22,2%-kal) csökkent.	nem	
	14. Fekvőbeteg ellátás kiszélesítése, régióként egy detoxikáló és addiktológiai részleg kialakítása. Modellkísérletként egy, a hagyományos kórházi struktúrától független, önálló addiktológiai osztály kialakítása.	A krónikus fekvőbeteg szakellátásban a pszichiátria (13,1%-kal) és az addiktológiai krónikus ágyak száma (8,6%-kal) növekedett.	igen	
	15. Különösen sürgető cél nappali kórházak létesítése súlyos kábítószer-problémákkal küzdők számára.	_____		
	16. Hosszúterápiás intézmények, terápiás közösségek létrehozása. Rövidtávon 200 ágyas fejlesztés.	A rehabilitációs szolgáltatók és drogterápiás intézetek férőhelyeinek bővítése	igen	1999-ben 11 rehabilitációs intézmény működött. 2007-ban 260 volt az OEP támogatást kapó férőhelyek száma 12

Pillérek	Célok	Stratégiahoz köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
				intézményben + 5 OEP-el nem szerződött intézmény 90 férőhelye
	17. Olyan közösségi programok szervezése, amelyeken volt drogbetegek és hozzátartozóik vesznek részt, ezzel kezdeményezve az önszerveződést elősegítő programokat.	A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatását végző szervezetek támogatására kiírt pályázatok (KAB-AL) keretében megvalósult programok A közösségi ellátás normatív állami támogatása Utcai szociális munka normatív állami támogatása A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatása c. pályázat (KAB-RE) keretében megvalósult programok	igen igen igen igen	2004-ben 2 szervezet nyert támogatást szenvedélybetegek és hozzátartozóik számára szervezett csoportok működtetéséhez 2006-ban 6,2 m Ft/szolgálat, a szolgálatok száma 161 2006-ban 5,750 m Ft/szolgálat, a szolgálatok száma 86 2005-2008 között 8 projekt nyert támogatást védett munkahelyek létesítésére
	18. Védett munkahelyek létesítése a foglalkoztatási reszocializáció érdekében.	A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatása c. pályázat (KAB-RE) keretében megvalósult programok A reintegrációt segítő programként megjelent a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv-ben a szociális foglalkoztatás fogalma (munka-rehabilitáció, fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás) és finanszírozása.	igen igen	2005-2008 között 3 projekt nyert támogatást önszervező közösségek létrehozására, fejlesztésére
	19. 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.	Gyermek- és ifjúsági drogbeteg-ellátás biztosítása	igen	Gyermek- és ifjúkorúak pszichiátriai ellátása 2007-ben 140 ágyon zajlott, a struktúraváltás előtti állapothoz képest ez növekedést jelent az aktív ágykapacitás tekintetében (2006-ban 116) gyermek- és ifjúsági drogbeteg-ellátást járóbeteg-ellátás keretében 2006-ban 36 szolgáltató, fekvőbeteg-ellátásként 10 intézmény biztosított

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
20. A büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül az egészségügyi részlegek bővítése, speciális elvonó, terápiás és utógondozó programok létesítése. Egyidejűleg biztosítani kell az őrizetes, az előzetes letartóztatásban lévő, a javítóintézetekben élő és a pártfogó felügyelet alatt álló droghasználók szakirányú ellátását is.		A büntetés-végrehajtás országos parancsnokának 1-1/62/2005. (IK Bv. Mell. 7.) OP intézkedése a fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésén, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételéről.	igen	
		Kábítószer-használatot kezelő más ellátás illetve megelőző-felvilágosító szolgáltatás biztosítása kijelölt bv. intézetekben	igen	2008-ban megelőző-felvilágosító szolgáltatást 11 bv. intézet biztosított, a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés végrehajtás 5 intézetben történt (IMEI, Kalocsai Fegyház és Börtön, Fiatakorúak Bv. Intézete Tökölön, Fiatakorúak Regionális Bv. Intézete Kecskeméten, Fővárosi Bv. Intézet)
		Bv. Intézetekben prevenciók körletek kialakítása	igen	2007-re 19 drogprevenciók körlet alakult
		Az OBmB által az "Alkoholfüggő, kábítószer-használó fiatalok elítéltek és pártfogó felügyelet alatt állók számára szakirányú segítségnyújtás szervezésére" kiírt pályázatok keretében megvalósított programok	igen	2004-2005-ben 5 program valósult meg
		Az OBmB által "A büntetés-végrehajtási intézetben lévők és a pártfogó felügyelet alatt állók társadalmi integrációját elősegítő tevékenység végzésére" kiírt pályázatok keretében megvalósított programok	igen	2004-2005-ben 14 program valósult meg
	Az OBmB által a "Szociális készségfejlesztő, munkaerő-piaci tréningeket, szakképzési, valamint készségfejlesztő programokat tartalmazó modellprojektek működtetése a pártfogó felügyelet hatálya alatt állók és az utógondozottak számára" kiírt pályázat keretében megvalósított programok	igen	2007-ben 2 program valósult meg	

Specifikus célok az ártalomcsökkentés területén:

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
21.	A droghasználat okozta társadalmi és egészségügyi ártalmak és károk csökkentése.	Lásd Ártalomcsökkentéssel összefüggő tevékenységek		
		Célzott szűrővizsgálatok az intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HBV, HCV, HIV) prevalenciájának felmérésére	igen	rendelkezésre áll információ az intravénás kábítószer-fogyasztó populáció fertőzöttségéről
22.	Meg kell előzni az intravénás kábítószer-használók között a HIV/AIDS megjelenését, és csökkenteni a hepatitisz (elsősorban a hepatitisz C) terjedését.	Tűcsere programok beindítása, működtetése	igen	2007-ben 17 szervezet foglalkozott tűcserével, a kiosztott injektorok száma évről-évre nő
		Bv. Intézetekben HCV kampány szűrővizsgálatok és felvilágosító előadások szervezése	igen	2007-ben 7 bv. Intézetben 2151 személy HCV, HIV fertőzöttségét vizsgáltak
23.	Csökkenteni kell a kábítószer-használók által elkövetett bűncselekmények számát különböző szociálpolitikai eszközök alkalmazásával is.	A szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatása c. pályázat (KAB-RE) keretében megvalósult programok	igen	2005-2008 között 97 projekt nyert támogatást (félutas házak létrehozására, munkavállalást segítő programok megvalósítására, védett munkahelyek/szállások létrehozására, stb.)
24.	Csökkenteni kell a hajléktalanok közötti kábítószer-használat mértékét, és biztosítani kell az egészségügyi ártalmak kezelésére alkalmas ellátásokat a hajléktalanokkal foglalkozó intézményrendszer minden területén.	A hajléktalanok drogfogyasztásának felmérése	igen	Rendelkezésre áll információ a budapesti hajléktalanok drogfogyasztási szokásairól és a drogfogyasztó hajléktalanok jellemzőiről
		Tűcsere szolgáltatást nyújtó megkereső programok beindítása, működtetése	igen	2007-re 9 tűcsere szolgáltatást nyújtó megkereső program működik az országban
25.	Megkereső programok biztosítása.	A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatását végző szervezetek támogatására kiírt pályázatok (KAB-AL) keretében megvalósult programok	igen	2006-2007-ben 6 megkeresést/elérést nyújtó projekt részesült támogatásban

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
	26. Helyettesítő kezelések biztosítása. Rövidtávon régióként minimum egy fenntartó kezelést biztosító centrum létrehozása és működtetése indokolt.	Methadon-helyettesítő kezelést nyújtó centrumok létrehozása. Buprenorfin-naloxon keverék hazai alkalmazásának beindítása	igen	2003 és 2007 között 1-ről 9-re nőtt a methadon kezelést nyújtó szolgáltatások száma, 314%-kal nőtt a kezelésben résztvevők száma
	27. Programok szervezése veszélyeztetett vagy speciális populációk részére.	_____		
	Specifikus célok a minőségbiztosítás területén:			
	28. Olyan ellátó helyek elérhetőségének fejlesztése, melyek korai kezelést is biztosítanak és szolgáltatásaikat a kliensek megbélyegzés nélkül igénybe tudják venni.	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		
	29. A kezelés hatékonyságának fejlesztése egy komplex bio-pszicho-szociális szemléleti keretben szemlélve.	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		
	30. A szenvedélybetegek szociális ellátásának fejlesztése, a differenciáltabb intézményi ellátások állami támogatásának elérése kiemelt cél.	A Szociális törvény 2005. évi CLXX. törvényben foglaltak szerinti változtatása (a közösségi ellátások eddigi feladatai közösségi alapellátásokként fogalmazódnak meg, továbbá a törvénymódosítás nevesíti az alacsony-küszöbű ellátást, mint speciális közösségi ellátást) Az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet, valamint a 188/1999. (XII.16.) Korm. rendelet módosítása (a módosítások tartalmazzák a közösségi ellátás szakmai programjával szembeni követelmények változását, a közösségi ellátás létszámkereteit, az	igen	
			igen	

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
	31. Komplex bio-pszicho-szociális szemlélet erősödése.	alacsonyküszöbű ellátás definícióját, a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása során nyújtható szolgáltatások körét, az ellátás során biztosítandó szolgáltatások minimum számát, az ellátás igénybevételének feltételeit) Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		
	32. Multidiszciplináris kezelőszemélyzet.	_____		
	33. Ki kell alakítani és alkalmazni kell a kábítószer-használókkal foglalkozó egészségügyi és szociális intézmények minőségbiztosítását és értékelését.	Módszertani levelek, szakmai protokollok megjelentek (lásd lejjebb 40. cél)	igen	rendelkezésre állnak terápiás protokollok
	34. A civil szervezetek minőségkontrolljának kialakítása.	_____		
	35. Újra kell gondolni a finanszírozás elveit: az OEP mellett más pénzforrásokat is be kell vetni a droghasználók és drogfüggők kezelésének finanszírozásába.	OEP-el nem szerződött rehabilitációs otthonok működése	igen	Léteznek nem OEP finanszírozott rehabilitációs otthonok
	36. A tudományos kutatások és ezek eredményeinek visszacsatolása.	Lásd Kezeléssel összefüggő tevékenységek		

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
	37. EU normákhoz igazodó adatnyilvántartó és statisztikai rendszer kialakítása, adatvédelmi biztosok kinevezése és felkészítése	2006-ban bevezetésre került az un. "Kezelési Igény Indikátor (TDI)", mely teljes mértékben megfelel az EMCDDA ajánlásainak	igen	Rendelkezésre áll a duplikációk kiszűrésére alkalmas, az addiktológiai, pszichiátriai tevékenységre vonatkozóan engedéllyel rendelkező járó- és fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók adatain alapuló adatgyűjtési rendszer az új kezeltekről
	38. Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság terápiával kapcsolatos szakbizottságainak együttműködése, a tárcaközi bizottságok együttműködésének biztosítása.	A KKB-nak Egészségügyi szakbizottsága és Szociális szakbizottsága alakult	igen	
	39. Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok létesítése és a helyi terápiás koordinációs szempontok kidolgozása	Pályázatok KEF-ek megalapítására és működtetésére (KAB-KEF)	igen	2008 őszén az NDI 84 KEF-fel tart kapcsolatot, többségük rendelkezik érvényes SZMSZ-szel és helyi stratégiával
	40. Folytatni a szakmai kollégiumok állásfoglalásainak kidolgozását a terápiás protokollokat illetően.	Megjelent: Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a methadon kezelésről, Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használatával összefüggő kórképek kezeléséről, Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a kannabisz használatával kapcsolatos zavarokról, Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használatával kapcsolatos betegségek kezeléséről	igen	rendelkezésre állnak terápiás protokollok
	41. Szükséges a pszichiátrián belül az önálló addiktológiai szakma megerősítése, illetve javasolt az önálló Addiktológiai Szakmai Kollégium létrehozatala.	Addiktológiai Szakmai Kollégium megalakult	igen	Létrejött önálló Addiktológiai Szakmai Kollégium
	Specifikus célok a képzés/ továbbképzés területén:			
	42. Növelni kell a droghasználók egészségügyi kezelésének társadalmi és szakmai elfogadottságát.			
	43. Létre kell hozni a szakmai - akkreditált, szükség esetén (pl. a szakorvosképzés területén)	Lásd 4. Képzések számának és minőségének fejlesztése (graduális képzésbe beépített modulok)	igen	

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
	pontszerző – továbbképzések széles választékát.			
	44. Graduális képzésben (orvos, pszichológus, szociális munkás, ápoló, diplomás ápoló képzés) speciális blokkokat szükséges bevezetni a kábítószer-problémák megismerésével és azok kezelésével kapcsolatban.	Lásd 4. Képzések számának és minőségének fejlesztése (graduális képzésbe beépített modulok)	igen	
	45. Háziorvosok droggal kapcsolatos továbbképzésének megszervezése.	Háziorvosoknak továbbképzések az OAI szervezésében	igen	
	46. Akkreditációs szempontok kidolgozása, összesítése.	—————		
	47. Oktatási programok kidolgozása és finanszírozásuk biztosítása.	Lásd 4. Képzések számának és minőségének fejlesztése (graduális képzésbe beépített modulok)	igen	
	48. A pszichiátria és az addiktológia különböző területein dolgozó szakemberek számára biztosítani kell a továbbképzést.	Lásd 4. Képzések számának és minőségének fejlesztése (graduális képzésbe beépített modulok)	igen	
KINÁLTATCSÖKKENTÉS	1. Hozzáférés csökkentése	A Schengen Alap pénzügyi forrásból céltámogatás keretében járművek és egyéb technikai eszközök kerültek beszerzésre	igen	
	2. Nemzetközi kereskedelem ellenőrzése	Prekurzor Kézikönyv készítése a kábítószerrel tiltott gyártáshoz is használt vegyi anyagok felhasználásának hatékonyabb ellenőrzéséhez	igen	
	3. Országon belüli termelés/előállítás ellenőrzése és visszaszorítása	Prekurzor Kézikönyv készítése a kábítószerrel tiltott gyártáshoz is használt vegyi anyagok felhasználásának hatékonyabb ellenőrzéséhez	igen	
	4. Kereskedelem visszaszorítása	Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. IV. törvény módosítása (2003. II. tv) 2002. évi I. törvény a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról	igen igen	
	5. Jogalkotási feladatok	26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól	igen	

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A	
			tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
6.	Bűnüldözési szervezeti hatékonyság növelése	2003. évi XIV. törvény a pártfogókra vonatkozó egyes törvények módosításáról	igen	
		142/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet. a kábítószerrel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről.	igen	
		153/2005. (VIII. 2.) Korm. r. A kábítószerrel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló 142/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet módosításáról	igen	
		Az Alkotmánybíróság 54/2004 (XII. 13.) számú határozata	igen	
		34/2005. (VIII.10.) ORFK intézkedés a kábítószer-bűnözés elleni rendőri tevékenység során végrehajtandó feladatokról	igen	
		266/2005. (XII. 14.) Korm. r. Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalról szóló 295/2004. (X. 28.) Korm. rendelet, a kábítószerrel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló 142/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet módosításáról	igen	
		2006. évi LI. törvény a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról	igen	
		1/2007.(V. 21.) Büntető jogegységi határozat a kábítószerrel visszaélés bűncselekménye megvalósulásának kritériumairól.	igen	
		1/2008. Büntető jogegységi határozat a kábítószerrel visszaélés bűncselekményének elkövetőjével szemben történő vagyonelkobzásról	igen	
		2005. évi XXX. törvény az egyes nemzetközi szerződések kihirdetéséről rendelkező jogszabályok, valamint a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról	igen	
		a Budapesti Rendőr-főkapitányság (BRFK) önálló Kábítószerellenes Osztályt alakított ki 60 rendőrrel	igen	
		Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának állásfoglalása (OBH 1916/2006) a	igen	A fogyasztókkal szembeni célirányos operatív akciók csökkenése

Pillérek	Célok	Stratégiához köthető tevékenységek megnevezése	A tevékenység összhangban volt-e a Stratégiával?	A tevékenység eredménye (a Stratégia eredményesség mutatói alapján, ha lehetséges)
		diszkrét razziaírókról		
		BSZKI laboratóriumainak korszerűsítése, átépítése	igen	„Hosszú átfutási idejű” ügyek arányának csökkenése
		BSZKI-ban kábítószer-vizsgálati ügyeleti rendszer újraindítása	igen	Előzetes szakértői vélemények gyorsabb elkészítése
		Decentralizált kábítószer-vizsgáló laborhálózat kialakítása	igen	
	7. Pénzmosás (szervezett bűnözés) csökkentése			
	8. Szervezett bűnözéshez kapcsolódó bűncselekmények csökkentése			
		Stratégiai megállapodás a Budapesti Rendőr-főkapitányság és a budapesti tűcsere központok között	igen	
	9. Interdiszciplináris együttműködés	Az ORFK Igazgatásrendészeti Főosztályon működő Központi Kábítószer Rendészet és a Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatallal közösen vett részt a kábítószer-prekurzorokkal tevékenységet végzők ellenőrzésén	igen	
	10. Bűnüldözési együttműködés	A VP Országos Parancsnoka és a BV Országos Parancsnoka közötti együttműködés alapján részvétel egymás képzéseiben, továbbképzéseiben	igen	
	11. Pártfogó felügyelet			
	12. Orvosszakértői tevékenység			
	13. Monitorozás	Országos Pártfogói Iktató és Nyilvántartó Program létrehozása, működtetése.	igen	A rendszer alkalmas a Be. 222. §-ának (2) bekezdése szerinti vádemelés elhalasztása esetén elrendelt pártfogó felügyelet adatain belül annak rögzítésére, hogy az érintett személy milyen jellegű ellátásban vesz részt, valamint az ellátást végző intézmény szervezet nevének rögzítésére

MELLÉKLET: FORRÁS-DOKUMENTUMOK LISTÁJA

Demetrovics Zsolt, Rácz József (szerk.) (2008). *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiscénában*. Budapest, L'Harmattan Kiadó.

Felvinczi Katalin, Nyírády Adrienn (szerk.) (2009) *Drogpolitika számokban*. Budapest, L'Harmattan Kiadó

Heylmann Katalin (2008) Megelőző –felvilágosító szolgáltatás a büntetés-végrehajtásban. Előadás: Lépés-váltás, megelőző-felvilágosító szolgáltatók országos konferenciája, 2008. november 18., Budapest

Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2000 (szerk. Ritter Ildikó) ISMertető sorozat 12. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2004 (szerk. Felvinczi Katalin és Nyírády Adrienn), Budapest, ICsSzEM 2004.

Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2005 (szerk. Borsi Éva, Portörő Péter), Budapest, ICsSzEM 2005.

Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2006 (szerk. Felvinczi Katalin, Nyírády Adrienn, Portörő Péter), Budapest, SzMM 2006.

Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2007 (szerk. Felvinczi Katalin és Nyírády Adrienn), Budapest, SzMM 2007.

Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2008 (szerk. Felvinczi Katalin és Varga Orsolya), Budapest, SzMM 2008.

KAB-AL, KAB-RE pályázatok nyertes listái

KEF Kézikönyv (2008), (szerk. Sebestyén Edit, Sós Ilka, Hábencius Judit), Budapest, NDI, 2008

Minisztériumi beszámolók a „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről” című kiadványhoz (EüM, SzMM, ÁNTSz, OKM, IRM, ORFK, VPOP)

Paksi Borbála - Demetrovics Zsolt (2002), A drogprevenációs gyakorlat megismerése - A budapesti drogprevenációs programok felmérése és értékelése. Budapest, L'Harmattan Kiadó, 2002.

<http://www.mat.org.hu/>

<http://www.bunmegelozes.hu/>

<http://www.oefi.hu/>

IV. MÉLYINTERJÚK SZAKPOLITIKUSOKAL, SZAKEMBEREKSEL

BEVEZETÉS

2009 februárjában a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) megbízásából az EgészségMonitor Nonprofit Közhasznú Kft. az Országgyűlés által 2000 decemberében elfogadott „Nemzeti Drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című stratégiai dokumentum megvalósulásáról és a jövőbeni elképzelésekről mélyinterjúkat készített a drog-problémához kapcsolódó jogalkotásban, a drogfogyasztók kezelésében érintett politikusokkal, szakpolitikusokkal és szakemberekkel. A tervezett interjúk száma 53 volt, melyből 45 készült el.

A mélyinterjúk során feltett kérdéseket egyeztettük az NDI vezető szakembereivel, figyelembe véve észrevételeiket és szakmai kéréseiket. A mélyinterjú vezérfonalát (az interjú során feltett kérdéseket) lásd az 1. és 2. számú mellékletben. A megkérdezetteknek megfelelően két típusú vezérfonal készült: az egyik a jogalkotásban, szakpolitikában részt vevő interjúalanyok számára, a másik a szakemberek számára. E két típusú kérdéslista között a különbség mindössze annyi volt, hogy a szakemberek számára az ellátás, kezelés témakörében több kérdést tettünk fel. A kérdezendő politikusok és szakemberek listáját a 3. számú melléklet tartalmazza (a listát az NDI állította össze). Esetenként a felkért személyek maguk helyett kompetensebbnek ítélt munkatársat ajánlottak; a személycseréket a listán jelöltük. Három esetben a felkért személyek nem szóbeli, hanem írásbeli válaszára vállalkoztak; őket ugyancsak megjelöltük a listán.

Figyelembe véve a politikusok és a szakemberek elfoglaltságát, az interjúkészítők maximálisan alkalmazkodtak időbeosztásukhoz és lehetőségeikhez. Sajnálatos módon 8 interjú így sem készülhetett el, mert az együttműködésre felkért személy (illetve segítő munkatársa) többszöri elektronikus és telefonos megkeresést követően sem adott időt vagy jelölt ki saját maga helyett kompetens munkatársat. Az interjút vállaló személyek együttműködése azonban jónak volt minősíthető, korrekt módon segítették az interjúkészítők munkáját.

A mélyinterjúkat lebonyolító munkatársaink valamennyien magasan képzett – többségükben – fiatal kutatók voltak, akik eddigi szakmai pályafutásuk során vagy állandó jelleggel, vagy alkalmanként foglalkoznak / foglalkoztak már kábítószer kérdésekkel és problémákkal. Valamennyien gyakorlott kérdezők, és jó kommunikációs készségekkel rendelkeznek, jól ismerve és alkalmazva a mélyinterjú technikát. A kutatást megelőzően a kérdezők az EgészségMonitor által szervezett személyes felkészítésen vettek részt az NDI-ben, ahol a technikai és szakmai információk mellett a kutatás céljairól is tájékoztatást kaptak az NDI vezetőjétől.

A fejezet szerkezete a következőképpen épül fel: a bevezetőt a módszertan bemutatása követi, majd a tapasztalatok összegzését kiemelt megállapításokként táblázatos formában ismertetjük, végül pedig a beszélgetések részletes tematikus bemutatása következik. A fejezet mellékleteként a mélyinterjúk vezérfonalaként használt kétféle szempontsort illetve az interjúalanyok névsorát csatoltuk.

MÓDSZERTAN

A mélyinterjú kutatási módszerről¹⁴

A mélyinterjú vizsgálat ún. kvalitatív módszer. A mélyinterjú módszert egy kutatás előkészítéséhez (feltáró, exploratív interjúk), vagy a már meglévő kutatási eredmények értelmezéséhez, továbbgondolásához (megerősítő, konfirmatív interjúk) alkalmazzák a kutatók. A mélyinterjú előnye, hogy a beszélgetés követi ugyan az előre kidolgozott szempontsor kérdéseit, a válaszadók azonban szabadon, saját szavaikkal mondhatják el véleményüket¹⁵. Így olyan témák, problémák, ötletek stb. is előkerülhetnek az interjúk során, amelyek egy más típusú, pl. kérdőíves vizsgálat során a kötöttebb forma miatt nem kerülnének szóba. Hátránya is van azonban, mivel a mélyinterjú kutatás eredményei számszerűsítésre nem, csak tendenciák jelzésére alkalmasak. Azaz nem lehet százalékolni vagy bármilyen statisztikai eljárásnak alávetni, és bizonyos számon túl áttekinteni sem. A mélyinterjúval nem végezhetünk reprezentatív vizsgálatokat, a megfelelő interjúalany kiválasztásával viszont az adott célcsoport véleményét jól „reprezentáltathatjuk”. A mélyinterjút önállóan is használhatjuk, amennyiben a kutatás céljaihoz e módszer jól illeszkedik. A mélyinterjú módszer tehát nagyon fontos kiegészítője a kérdőíves kutatásnak, de nem képes annak helyettesítésére.

A mélyinterjú – természetéből adódóan – személyes kérdezésen alapul. A kutatás során azonban három esetben el kellett tekintenünk a személyes adatfelvételtől, mivel vagy az interjúalany nem vállalta a személyes találkozást, csak a kérdésekre adott „önkitöltést”, vagy a kérdezett külföldön való tartózkodása akadályozta meg a kérdéses technikai kivitelezését. Módszertani megfontolások miatt ezekből két „interjút” – bizonyos fenntartásokkal – vettünk csak figyelembe az elemzés során, a harmadikat pedig tanulmány jellege miatt – ebben a kontextusban – nem tudtuk használni. Értékes jellege miatt azonban a Megbízó kérésére rendelkezésére bocsátjuk.

Adatkezelés

Az interjúkról – a kérdezett beleegyezésével¹⁶ – hangfelvétel készült. A hangfelvételekről nemcsak összefoglaló feljegyzés, hanem részletes írásos jegyzőkönyv készült, amely az elemzés alapját adta. Ezzel a módszerrel megelőzhető, hogy az interjúkészítők percepciója torzítsa a kiemelt megállapításokat. A hangfelvételeket az adatkezelési tervnek megfelelően a munka lezárását követő egy hónapig őrizzük meg. Szintén ezen adatkezelési tervben szabályozott, és a szakmai szabályoknak teljes mértékben megfelelő, hogy az interjúkból következő megállapításokat, esetleges szó szerinti idézeteket anonimizált módon közöljük.

¹⁴ Füzesi Zs.: A szociológiai módszerekről. In: Népegészségügyi Orvostan (szerk.: Ember I.) Dialóg-Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 2007. 552-556.

¹⁵ „Lehetőséget ad a kérdezett személyhez való alkalmazkodásra, egy-egy témába való belemerülésre, és jobb szituáció a komolyan vehető (tehát nem elhárító jellegű) válaszok kicsalogatására.” Solt (1978): Interjúzni muszáj. In: Méltóságot mindenkinek. Összegyűjtött írások I-II. Beszélő, Budapest, 1998.

¹⁶ Az interjú hangszalagra való rögzítésébe valamennyi személyesen megkérdezett interjúalany beleegyezett.

A tanulmány szerkezete

Az interjúkat elemző tanulmányban a következő fő szerkezetet követjük, az alábbi legfontosabb kérdésekre keressük a válaszokat.

- A. blokk: a stratégiai hosszú távú (kitűzött) **céljaihoz** képest milyen változások történtek, s ezekhez milyen eredményes és eredménytelen **tevékenységek** kapcsolódtak
- B. blokk: hogyan alakult a stratégiai megvalósítását segítő **erőforrások** mennyisége, összetétele, milyen volt a felhasználásuk és hasznosulásuk
- C. blokk: **hiányzó jogszabályok**, rendeletek és a **jogalkalmazás** gyakorlata
- D. **javaslatok** a következő stratégia előkészítéshez

Az elemzésről

A következőkben olvasható elemzés az elkészült interjúk felhasználásával igyekszik komplex képet nyújtani az e területen releváns szakemberek véleményéről a drogstratégiával és annak megvalósulásával kapcsolatban. Az elemzés tehát leír és összegez, de nem értékeli az egyes interjúalanyok szakmai ismereteit, szemléletét, javaslatait, azaz nem minősít és nem feltétlenül ért egyet azokkal.

Az elemzéshez ennek ellenére két megjegyzést fűzünk.

1. Figyelemre méltó, hogy a drogbetegek kezelésében, ellátásában dolgozó interjúalanyok tudása jóval szélesebb, mélyebb, hitelesebb a témában, mint az egyéb területen, a droghasználókkal közvetlenül nem érintkezőké. Ennek kedvezőtlen következményei annyiban lehetnek, amennyiben a döntéshozatalban elsősorban az utóbbiak vesznek részt, s a területen kompetens tudással, szakértelemmel, megoldási javaslatokkal rendelkezők döntés-előkészítési folyamatokban való részvétele csupán esetleges.

2. Az elemzésben résztvevő szakemberek egyike sem érintett foglalkozása vagy munkahelye révén a témában, ezért az elemzéshez szükséges tárgyilagosságra való törekvésünk biztosított volt.

KIEMELT MEGÁLLAPÍTÁSOK

A drogstratégia céljainak teljesülése az egyes pillérek szerint

<i>Kedvező változások</i>	<i>Megoldandó problémák</i>
1. Érzékeny közösségek kialakulása	
A társadalom általában érzékenyebb lett, a kábítószer-problémát közösen megoldandó problémának látják	Általános az elutasító viszonyulás, a fogyasztókkal szembeni bizalmatlanság, ez megnehezíti az ellátást és a reszocializációt
A fogyasztók tudatosabbak lettek mind orvosi, mind jogi értelemben.	Az állam kettős üzenetet küld: a fogyasztót hol bűnözőnek, hol betegnek tekinti
Helyi problémák kezelésére KEF-ek alakultak, jelentős szerepet játszhattak a szemlélet kedvező irányú változásában	A KEF-ek egy része nem képes a szemléletformálásra, mert csupán formális a tevékenysége
	A kábítószer-probléma a médiában ambivalens módon és sematikus módon jelenik meg, főképp a bűnüldözési „sikerek” kapnak publicitást, a problémák megoldási lehetőségei ritkán
Nagyon sokféle képzési lehetőség nyílt meg	Érdektelenség miatt kevés addiktológus végez, nincs ilyen irányú orvostovábbképzés
	Nem jelenik meg a kábítószer-probléma a társszakmák képzésében
	Továbbképzések, utánkövetés, esetmegbeszélések hiányában nem kellően hatékony a megszerzett tudás alkalmazása, frissítése
A kutatás egyre több releváns adatot, információt szolgáltat a kábítószer-probléma különböző, korábban érintetlen területeiről	A kutatások minőségi problémái mellett a nem a célcsoportoknak megfelelő bemutatás is gyakran akadályozza az eredmények hasznosulását
Kezd terjedni a tényekre, adatokra alapuló, a kábítószer-probléma megoldását célzó döntéshozatal	Nem megfelelő vagy hiányos a kábítószer-probléma és a megoldását célzó tevékenységek monitorozása
2. Megelőzés, prevenció	
Az iskolai prevenció programok megindulása jelentős eredmény	Az iskolai prevenció nem éri el a teljes célcsoportot, minősége – egyesek szerint – gyakran alacsony színvonalú és módszertana nem illeszkedik a célcsoport sajátosságaihoz
	Kábítószer-fogyasztás kockázatait bemutató passzív előadások helyett egészség-központú, a produktív életstílus kialakítását elősegítő megelőzési programok hiányoznak
	A többi, Stratégiában megjelölt 11 prevenció szintjén nem történt jelentős előrelépés
	Más korcsoportok illetve veszélyeztetett csoportok igényeinek megfelelő megelőzési programok hiányoznak
3. Ellátás	
A Stratégia kezdeti időszakában gyors fejlődés, kialakult a kezelési lánc valamennyi eleme	Az egészségügyi és szociális ellátások, különösen az addiktológiai ellátás nem integrálódtak egy rendszerbe, színvonaluk nem egy esetben elmarad a nemzetközi gyakorlattól
	A fogyasztók ellátására kritikus alacsony, földrajzilag egyenetlenül elosztott pszichiátriai, addiktológiai kapacitások állnak rendelkezésre, azokat kevesen és nem a leginkább rászorulóknak veszik igénybe
	Speciális csoportok (pl. terhes anyák, 18 éven aluli függők) igényeinek megfelelő ellátások hiányoznak
Jelentős előrelépés az alacsony-küszöbű ellátás kiépülése, s a szociális ellátások közé való megfelelő beágyazódása	Nem tudja az ellátásra szorulókat betelepíteni a rendszerbe a fejletlen, és sokszor alacsony színvonalú az utcai megkereső szolgálat
	Az igények csak kisebb hányadát elégítik ki a fenntartó kezelési kapacitások
Az ártalomcsökkentés területén sikerként értékelik a tőcsere programok megvalósulását	A tőcsere program hazai elterjedtsége még elmarad az európai átlagtól
	Az ártalomcsökkentés más területei kevésbé, vagy teljesen kiaknázatlanok
A szakmai protokollok és irányelvek megjelenése jelentősen emelte az ellátás színvonalát	Kezelési protokollok és működési minimum követelmények hiánya hozzájárul egyes ellátások alacsony szakmai színvonalához

Kedvező változások	Megoldandó problémák
	Az akkreditáció és a minőségbiztosítás egyéb eszközeinek alkalmazása lenne szükséges a KEF-ek működésének, a prevenciók programok hatékonyságának emeléséhez
4. Kínálatcsökkentés	
Egyes vélemények szerint a bűnüldöző szervek egyre inkább sikeresen szűkítik a piacot	Mások szerint a kábítószerhez való hozzáférés könnyebbé vált, a rendőrségi intézkedések inkább a fogyasztókat érintik, mint a terjesztőket
A kábítószer-prekurzorok területén kialakult a közösségi jognak megfelelő ellenőrzési rendszer	A terjesztés elleni tevékenység alacsony hatékonyságának egyik oka, hogy hiányzik a kábítószer-bűnüldözés országos egysége és a speciálisan kiképzett állomány
A rendőrségi vezetés szemléletében kedvező változások figyelhetők meg, a fogyasztó már nem „célszemély”	A rendőrség végrehajtói szintjén még nem tapasztalható átütő szemléletváltozás, továbbra is ellenségnek tekintik a fogyasztót

A drogstratégiához rendelt erőforrások hasznosulása

Kedvező változások	Megoldandó problémák
1. Az erőforrások mennyiségének, összetételének (pénz, idő, humán erőforrás) és a stratégia céljainak összhangja	
Más hasonló társadalmi problémával összevetve jelentősebb, de a Stratégia indulásától egyre csökkenő anyagi forrás állt rendelkezésre	A pályázati források kivételével mindegyik terület alulfinanszírozott
	A szakemberhiány a kábítószer-probléma visszaszorításához szükséges valamennyi területen kapacitáshiányt és a kívánatosnál alacsonyabb színvonalat, hatékonyságot eredményez
	A civilek, beleértve a fogyasztókat is, jelentősebb bevonása a kábítószer-probléma megoldását célzó tevékenységekbe nagymértékben javíthatna volna a Stratégia céljainak megvalósulását
2. Az erőforrások stratégiai célok szerinti felhasználása (eredmények, eredménytelenségek)	
A rehabilitáció és az alacsonyküszöbű ellátásokra valamint az ártalomcsökkentésre fordított összegeket jó befektetésnek ítélik	A Stratégiának megfelelő költségvetési prioritások ismeretében az anyagi erőforrások felhasználása hatékonyabb lehetett volna
	Az elterelésre és a kínálatcsökkentésre fordított források arányát – az eredményesség szempontjából – a többség túlzottnak tartja

Jogszabályok, rendeletek és a jogalkalmazás

Kedvező változások	Megoldandó problémák
Egyes vélemények szerint a jogszabályi keretek kellően kidolgozottak	Más szakértők szerint részben túlszabályozott, részben bonyolult és egyben nem világosan szabályozott a terület.
	Nem történt meg a közösségi jog kábítószer-problémával kapcsolatos valamennyi állásfoglalásának a magyar jogrendbe történő átültetése
	A Stratégia sikerességét jelentősen akadályozták a büntetőjognak fogyasztásra és megelőzésre vonatkozó tételei és a jogalkalmazók kapcsolódó értelmezése
	Egyesek nézetek szerint a kiskorúak ellátása nincsen megfelelően szabályozva
	Hiányoznak az egészségügyi és a szociális ellátási rendszer együttműködését, munkamegosztását, kapcsolódását szabályozó jogszabályok
Az elterelés megjelenése hasznos dekriminalizációs lépés	Aggályos a függés büntetőjogi eljárásban való megállapítása részben a fogalmak megfelelő meghatározása, részben az igazságügyi orvos szakértők megfelelő képzettségének hiánya (és feltételezett érdekei) miatt
	Az elterelés hatékonyságát lerontja, hogy azt nem a rászoruló célcsoport veszi igénybe, nem érzékeny az eltereltek sajátos igényeire, sok erőforrást emészt fel

Javaslatok egy következő drogstratégiához

1. Általános javaslatok
Tervezzen rövidebb távra, legyen kevésbé ambiciózus, kevesebb célkitűzést fogalmazzon meg, formailag is rövidebb, átláthatóbb, megvalósíthatóbb legyen
A kormányhatározatok mellett kapcsolódjanak akciótervek az új Stratégiához határidőkkel, erőforrással és felelősökkel, jogszabályi feltételekkel, koordinációval
Az új Stratégia megalkotásába vonják be az érintetteket
2. A célokat tekintve
Kevés változtatást látnak szükségesnek
Az új Stratégia alkalmazzon komplexebb megközelítést, kapcsolódjon az érintkező területekhez, mint pl. egyéb kockázati egészségmagatartás, hajléktalanügy, gyermekvédelem
Kezelje a büntetőjoggal kapcsolatban felmerült problémákat
Nagyobb hangsúlyt helyezzen az ártalomcsökkentésre
Vegye figyelembe a fogyasztói életkor növekedését
3. A tevékenységeket tekintve
Kiemelt tevékenységnek kell tekinteni a monitorozást
A rendszerszerű működés előnyeit vegyék figyelembe a tevékenységek tervezésekor, azaz a jelen helyzettől a jövőbeli célokhoz vezető megoldási alternatívák kiválasztásánál kalkuláljanak a kapcsolódó tevékenységek, a résztvevők együttműködésének lehetséges szinergiáira
Törekedjenek a nemzetközi tapasztalatokra épülő szakmai elvek érvényesülésére lehetőség szerint kiküszöbölve a pártpolitikai, ideológiai befolyást
Növeljék a KEF-ek szerepét
A prevenció területén a szelektív, indikált és a célcsoportok sajátosságaihoz illeszkedő, alternatív produktív szabadidős eltöltést kínáló formákat részesítsék előnybe, valamint vonják be a volt fogyasztókat, kortársakat a hatékonyság növelése érdekében
Fordítsanak figyelmet a prevenció minőségbiztosítására (mint pl. akkreditáció, monitorozás)
A sajátos igényű csoportokat mint célcsoportokat (terhes anyák, kiskorú függők, börtönlakók stb.) is számításba kell venni
Integrált, pszicho-szociális érzékenységgű addiktológiai ellátást előmozdító beavatkozások szükségesek
Fejleszteni érdemes az utógondozást
Különös figyelmet kellene szentelni a média pozitív szerepének erősítésére
4. Az erőforrásokat tekintve
Növelni kellene az erőforrásokat és egyben javítani az elosztásukon
Növelni kellene az erőforrás ráfordítást a kezelés, az alacsonyküszöbű ellátás, az ártalomcsökkentés illetve a prevenció területén, míg csökkenteni a kínálatcsökkentésre és az elterelésre fordított összegeket
A normatív finanszírozást kellene előnyben részesíteni a pályázati rendszer helyett
5. A kormányzati koordinációt tekintve
A kábítószer-probléma koordinációját a MEH-hez kellene delegálni a többi szenvedélybetegséggel/kockázati egészségmagatartással együtt
KKB döntés előkészítésben betöltött szerepét növelni kellene, ugyanakkor a döntés előkészítés szakmai része is megerősítést igényel
6. A jogalkotást tekintve
A fogyasztás büntetőjogi megítélését meg kellene változtatni (pl. szabálysértésre)
A jelenlegi bonyolult szabályozás egyszerűsítendő

A DROGSTRATÉGIA CÉLJAINAK TELJESÜLÉSE A PILLÉREK SZERINT

Érzékeny közösségek kialakulása

A drogstratégia egyik kiemelt céljának megvalósulását, mely szerint a társadalom váljon érzékenyebbé a drogz kérdések hatékony kezelése iránt, a válaszadók rendkívül eltérően értékelték.

Néhány válaszadó szerint a társadalom érzékenyebb, toleránsabb lett, mint 10 éve volt, s már nem csak félelemmel közelít a problémához. Mások azt emelték ki eredményként, hogy a drog témája bekerült a közbeszédbe, nem tekinthető többé tabutémának. A közösségek jelentős része ma már eljutott addig, hogy a kábítószer egy „élő probléma”, melyet nem lehet csak szemlélve figyelni – hangsúlyozták többen. Az interjúkban részt válláló szakemberek egy része kifejtette, hogy a társadalom összességében tudatosabban kezeli a drogz ügyet, és ezáltal a fogyasztó is tudatosabb lett, mind orvosi, mind jogi értelemben.

Több megkérdezett viszont az előzőektől eltérően azt vallja, hogy a társadalom érzékenyítése összességében nem történt meg, azaz nem volt átütő pszicho-educációs és szocializációs változás. Továbbra is élnek a drogzosokkal szemben kialakult sztereotípiák, előítéletek, a „hétköznapi” embernek irreális percepciói vannak a drogzhasználatról, és a közösség sem tekint differenciáltabban a drogzhasználókra. Egyes interjúalanyok szerint megdöbbentő a drogzhasználók társadalmi megítélése, melyet a különböző attitűdkutatások is alátámasztanak.

Sokszor elhangzott az interjúkban, hogy az előítéletek fenntartásáért a média is nagymértékben felelős.

A civil szervezetek képviselői arra hívták fel a figyelmet, hogy a társadalom elutasítása miatt továbbra is nehéz a „gyógyult” drogz betegek reintegrációja, diszkriminációjuk – az élet sok területén – napi gyakorlat.

Több megkérdezett kifejtette, hogy a stratégia szellemének megfelelő érzékenyítés azért sem történhetett meg, mert a kábítószerkérdést – még mindig – maga az állam is büntetőjogi kérdésként kezeli. A politika – különböző okoknál fogva – nem tesz erőfeszítéseket annak érdekében, hogy az addiktológiai problémákat jobban bemutassa, világosabbá tegye a társadalom számára. Egy szakember azt hangsúlyozta, hogy az állam a jelenlegi kétértelmű „üzenetével” csak összezavarja az embereket. Míg az egyik oldalon a büntetőjog által szigorúan lesújt a fogyasztókra (mint bűnözőkre), a másik oldalon – a stratégia nyomán – óriási pénzeket áldoz ellátásukra, azt közvetítve, hogy a drogzosok nem bűnözők, hanem betegek.

A közigazgatás egyik képviselőjének megállapítása, hogy maga a közszféra sem kellően érzékeny: először magukat a tárcákat, a jogalkotókat kellene érzékenyíteni, s utána lenne elvárható a társadalom, a közösségek érzékenyítése.

Más úgy látja, hogy e pillér célkitűzése jelenleg kissé irreális, így eleve megvalósíthatatlan, mert az egész társadalom inkább a széthullás irányába megy és nem az érzékeny közösségek felé. Társadalmi modell (és ezt megalapozó értékek) hiányában egyetlen területen sikereket elérni szinte teljesen lehetetlen.

Többen a nagy társadalmi kampányokat hiányolták az elmúlt években, illetve hiányolják ma is, melyek bemutatnák, hogy a szerhasználat csak „helyettesítő addikció”, a megküzdési képesség hiánya, s annak mélyen gyökerező társadalmi okairól, háttéréről is tájékoztatna.

Az egyik válaszadó véleményében jelenik meg, hogy a stratégia túlzottan csak az eredményre koncentrál, és nem próbálja meg felszámolni a fogyasztáshoz vezető okokat, a háttérben lévő összetett gazdasági és társadalmi problémákat.

Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (a továbbiakban KEF-ek) megalakulását a válaszadók jelentős része – külön kérdés nélkül is – a változások felsorolásakor, szinte elsőként említette, így ismertségük, elfogadottságuk megkérdőjelezhetetlen. A fórumok létrehozatalát a megkérdezettek mindegyike fontos lépésnek tekinti, különös tekintettel arra, hogy így módon a probléma kezelése helyi szinten az összes érintett bevonásával valósulhat meg. (Néhány véleményben ugyanakkor megfogalmazódott, hogy az ilyen és hasonló intézmények létrehozásakor a politika hajlamos „letudottnak”, s ezzel megoldottnak tekinteni a problémát, és ez veszélyes következményekkel járhat.)

Szinte egybehangozóak a vélemények, hogy a KEF-eknek fontos szerepük volt abban, hogy társadalmi konszenzust alakítottak ki a stratégiával kapcsolatban, és a különböző területekről érkező helyi szakembereket egy asztalhoz ültették a probléma megoldására. A KEF-ek igazi előnye, hogy a multidiszciplináris megközelítés miatt sokkal szélesebb rálátásuk van a problémára, hiszen a pedagógustól, az orvosig, a bűnmegelőzési szakembertől a bűnüldözőig mindenki részt vesz benne. Elhangzott, hogy ez elengedhetetlen, mivel a humán problémákat nem lehet szegmentáltan, szakágazatonként kezelni. A KEF-ek másik haszna, hogy olyan emberek figyelmét irányította a drogfogyasztás problémájára, akik előtte nem kerültek ezzel közvetlen kapcsolatba.

A KEF-ek működésének megítélése már ambivalens. A mélyinterjúban résztvevők többségének véleménye szerint szerepük területenként változó. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a KEF-ek a nagyobb városokban¹⁷ jobban, hatékonyabban működnek, a bevont szakemberek száma több, programjaik (pl. iskolai drogellenes nap stb.) figyelemfelkeltőek. A kisebb településeken azonban ténykedésük inkább formális, és aktivitásuk, sikerességük még erőteljesebben személyhez kötött, mint a nagyobb lélekszámú településeken.

Az interjúkban elmondottakból kiderült, hogy sokat segít egy-egy KEF működtetésében, ha az adott földrajzi területen meghatározó a civilek jelenléte, vagy erős állami ellátási, egészségügyi intézményi háttér van, akkor is, ha szinte „csak” melléktevékenységként vesznek részt a KEF-ekben. Ezen civil és állami intézményrendszerek ugyanis motiváltak, alapérdekük a társadalom érzékenyítése, hiszen hosszútávon ez klienseik érdekeit, beilleszkedését segíti.

Több interjúalany is utalt rá, hogy a KEF-ek hatékonysága, aktivitása alapvetően személyfüggő. Egy-egy lelkes pap, családsegítő, pedagógus, vagy egy elkötelezett önkormányzati vezetés jó eredményt tud elérni a területen, de nélkülük csak formális „kipipálandó” feladat marad a KEF létrehozása vagy működtetése. (Az egyik civil szférában dolgozó interjúalany ezt úgy fogalmazta meg, hogy a KEF mozgalomban megvannak azok a hiányok, amelyek a civil szervezetek felülről történő létrehozása

¹⁷ A megkérdezettek egyetlen regionális KEF működését említették a beszélgetések során.

során keletkeznek, hiszen egy alulról építkező civil rendszerben soha nem válik vezetőfüggővé a rendszer fennmaradása.)

Az interjúalanyok többsége hangsúlyozta, hogy a KEF-ek finanszírozása nem megfelelő, nem minősülnek önálló jogi személynek, így a pályázati struktúra miatt működtetésük nehezen tervezhető. (Elhangzott egy olyan megállapítás, hogy számuk¹⁸ finanszírozásukhoz kötött, vagyis annyi KEF működik ténylegesen egy évben, ahány éppen állami támogatást nyert.)

Néhány válaszadó kiemelte, az önkormányzatok kevés helyen motiváltak a KEF-ek „üzemeltetésére”, mivel amúgy is ezer más finanszírozást igénylő problémájukkal kell foglalkozniuk. Az önkormányzatok érdektelensége miatt még ott is csak „kirakat-intézkedések” történtek, ahol amúgy születtek helyi drogstratégiák. Jelentős önkormányzati források feltehetően sehol sem folytak be a területre. Egy szakember hangsúlyozta, hogy ez alapvetően a kormányzat felelőssége, azzal, hogy kezdeményezőbbben, erőteljesebben lép fel a stratégia helyi szintű megvalósítása kapcsán. Többen kifejtették, hogy jó lett volna ellenőrizni a KEF-ek tényleges működését, tevékenységüket.

A civil szféra egyik képviselője a KEF előnyeként említette, hogy adott esetben a jó média kapcsolatok miatt segítheti a drog téma közbeszédbe kerülését, társadalmasítását. Hangsúlyozta azonban ennek hátrányát, veszélyét is, nevezetesen hogy mivel a KEF csak az illegális drogok témájával foglalkozik a nyilvánosságban, túl nagy reflektorfényt kaphatnak a kábítószerrel foglalkozó fiatalok, s ez fel is nagyíthatja a probléma súlyát. Az alkohol, vagy a visszaélés szerűen szedett gyógyszerek fogyasztása sajnálatos módon nem kap elegendő figyelmet.

Néhány, az ellátásban dolgozó szakember azért megjegyezte, hogy a KEF ugyan nem haszontalan, de alapvetően először intézményalapításra kellett volna fordítani a költségvetési összegeket, akár úgyis, hogy ezen intézmények – a KEF-ek helyett – feladatként kapták volna meg a drogpolitikai közösség szervezést.

Média

Számos megkérdezett utalt a média felelősségére a közösségi drogmegelőzéssel, a társadalom érzékenyítésével összefüggésben.

Több válaszadó sérelmezte, hogy a sajtó felelőtlenül, előítéletekre építve kezeli a kérdést, például bármilyen kábítószerüggel kapcsolatos téma esetén intravénás droghasználókat mutat be. Ezzel a gyakorlattal a mai tömegkommunikáció csak rásegít a megbélyegzésre. Néhányan azt is kifogásolták, hogy a médiának, csak a haláleset, vagy egy nagyobb rendőrségi elfogás jelent hírt, míg a drogfogyasztásban történő előrelépések, erőfeszítések, prevenciók törekvések stb. nem kapnak publicitást.

Egy válaszadó kifejtette, hogy a média viszonyulása éppúgy ambivalens a kérdéshez, mint a társadalomé, igazából nem tudja, „hogyan is nyúljon” hozzá, hogyan jelenítse meg. Sajnálatos módon azonban a tömegkommunikációs eszközök érdemi befolyásolására nincs mód – véli a szakértő.

¹⁸ A KEF-ek számával kapcsolatosan nagyon eltérő adatok hangzottak el, így valós számuk kevésbé ismert még a szakemberek körében is.

Szakemberképzés

A szakemberképzésről az interjúalanyok viszonylag kevés említést tettek, amelynek oka feltehetően az e területről való alulinformáltságuk. A „van”, „biztosan jók”, „több kéne” általános típusú megjegyzések mellett, néhány vélemény emelhető ki csupán.

Néhány interjúalany arra hívta fel a figyelmet, hogy a nagyon sokféle és széles spektrumú képzési lehetőségek egyrészt jók, másrészt veszélyesek, hiszen nem garantált szakmai színvonaluk.

A kutatás egyik résztvevője kifejtette, hogy a KEF-ek által szervezett 3 napos képzéseknek nagy jelentősége van, mert sok embert érnek el, sok embernek beszélnek a problémáról és annak jelentőségéről.

A pedagógusok képzésének akkor van értelme – figyelmeztetett az egyik civil szervezet képviselője –, ha a képzést követően nincsenek magukra hagyatva. Azaz, a kiképzett szakemberek folyamatos „karbantartására”, megerősítésére van szükség, akár hálózatokba is szervezve őket.

Az addiktológus és a pszichiáterképzésről az e területen dolgozó interjúalany egészen másként vélekedik: addiktológus képzést szerinte az egyetemek azért nem indítanak, mert nincs, aki főállású addiktológusnak elmenne, és pszichiáter sem akar senki lenni a szakma leértékelődése és alacsony társadalmi presztízse miatt. Továbbképzések sincsenek sem az addiktológiában, sem a pszichiátriában.

Kutatás

A kutatások területét a válaszadók eltérően ítélik meg. Általánosságban megfogalmazódott, hogy számuk növekszik, és egyre több adat áll a szakma rendelkezésére.¹⁹ A legtöbben azt is jelezték, hogy ezek további folyamatos fejlesztése elengedhetetlen.

Az egyik interjúalany kifejezetten fontosnak érzi, hogy születnek felmérések, epidemiológiai vizsgálatok, attitűdkutatások, amelyek lényegében a társadalmi közösségeket próbálták felmérni. Álláspontja szerint ez nagy előrelépés, hiszen ezen a területen nem álltak rendelkezésre korábban tudományos adatok.

Néhány válaszadó szerint azonban a kutatásokat zárt szakmai körök készítik és minőségük sokszor megkérdőjelezhető, míg mások szerint jók, hozzáférhetőek, csak senkit nem érdekelnek.

Egyedi – politikusi – véleményt takar azon megállapítás, mely szerint a kutatásokat rossz helyen és rossz időben végzik, ezért eredményeik sokszor nem validak, valamint hiányzik a kutatások éves ismétlése.

A kutatás egyik résztvevője szerint sokkal pontosabb adatokhoz juthatnánk, ha a fogyasztást nem a büntetőjog szankcionálná, mert ez megakadályozza a fiatalokat abban, hogy beszéljenek drogfogyasztási szokásaikról.

Van aki a kutatási eredmények közérthető módon történő publikációját hiányolja a fiatalok által látogatott internetes fórumokról.

A megkérdezettek között van olyan, aki szívesen végezne maga is kutatásokat, de erre se támogatása, se ideje nincs a napi súlyos betegellátási feladatok mellett, és mások ez irányú igényeit sem képes kiszolgálni.

¹⁹ Konkrétan az ESPAD kutatásokat említették néhányan.

Megelőzés, prevenció

Iskolai prevenció általában

A mélyinterjúk elemzése alapján megállapítható, hogy szinte mindenki jelentős lépésnek tekinti, hogy megindultak az iskolai prevenció programok. Lényeges „mennyiségi” előrelépés tehát mindenképpen történt ezen a területen²⁰. Sokan már azt is eredményként értékelik, hogy egyáltalán megkezdődött egy dialógus a pedagógusok, a szakemberek és a diákok között.

A prevenció programok tartalmi, minőségi megítélése azonban nagy szórásokat mutat, szélsőséges álláspontokat tartalmaz: néhány civil szervezet képviselője szerint ez minősíthető a leggyengébben megvalósított pillérnek, míg mások itt tapasztalták a leglátványosabb eredményeket.

Több válaszadó jelezte azt is, hogy az iskolai prevenció még csak az iskolák bizonyos körét érinti, és nem nagyon vannak új belépők a rendszerbe. Problémának tartják egyesek, hogy a prevenció programok nem váltak önfenntartóvá, nem épültek be az oktatási rendszerbe. (Ezzel ellentétes véleményt alkotott az oktatási tárca képviselője, aki szerint a programok már beépültek az iskolai tanmenetekbe.)

Az iskolán kívül még 11 prevenció színteret említ a stratégia, ezek közül alig van ahol elindult valamilyen tevékenység (talán még a szabadidő területére sikerült kiterjeszteni).

A prevenciót egyszerűen nem lehet objektíven értékelni – figyelmeztet az egyik interjúalany (amellett, hogy meglehetősen szkeptikus a prevenció hatékonyságát illetően, figyelembe véve a ráköltött jelentős összegeket).

Az iskolai prevenció programok

Többen említették, hogy kevés program alkalmazza a kortárs csoportok képviselőit, pedig az ő hatásuk erőteljesebb lehet a közösség tagjaira, mint például egy rendőré.

Elhangzott, hogy jelenleg még kiaknázatlan az internet, mint prevenció eszköz alkalmazása, azaz az eszközök nem igazodnak a korosztály sajátosságaihoz.

Néhány interjúalany nagyon hiányolja az absztinens drogbetegek bevonását a prevencióba, mert véleményük szerint szinte csak ők minősülnek hiteles forrásnak a fiatalok számára.

Az egyik párt képviselője szerint a fiataloknak elsősorban nem információt kell adni, hanem sokkolni, elrettenteni kell őket a drogfogyasztástól. Az interjúalany a drogbetegeket is kifejezetten csak az elrettentés céljából „alkalmazná”, bemutatva maradandó egészségkárosodásukat, tönkrement életüket stb.

Egy megkérdezett szerint az oktatási tárcának kötelezővé kellene tennie a drogmeelőzési napokat az iskolákban, ahol modern, interaktív prevenció programokat lehetne megvalósítani. Álláspontja szerint a prevenció legjobb eszköze a film, amely bevonzza a fiatalokat, megüti ingerküszöbüket.

Több interjúalany is megemlítette a „Köztes Átmenetek” kiállítását, mint hatékony, valóban maradandó élményt és tanulságot nyújtó prevenció programot.

²⁰ Az elért diákok számát tekintve mindenki eltérő adatokat használ. Az egyik politikus szerint a prevenció programokban résztvevő gyermekek száma csak 6-7%.

A DADA program spontán említése és megítélése nagyon eltérő. Vannak, akik elhibázottnak, elavultnak tartják. Még a bűnüldözői szféra egyik képviselője sem látja ebben a hatékony megelőzés eszközt, sokkal inkább a rendőrség és az ifjúság nyílt kommunikációjának kialakulásában hisz. Mások szerint a DADA fontos és hatékony program.

Az iskolai prevenciók programok finanszírozása

A válaszadók közül többen is hangsúlyozták, mennyire helytelenek tartják, hogy az iskolai prevenció még mindig csak ad hoc módon, pályázati finanszírozással működik. A programok így nem kiszámíthatóak, hosszútávon nem tervezhetőek, mely a monitorozásnak sem kedvez. Egy véleményalkotó politikus szerint a programokat a drogmegelőzési normatíva néven finanszírozni kellene.

Az iskolai prevenciók programok hatékonysága, akkreditációja

Néhányan határozottan hisznek az iskolai prevenciók programokban, mások több kétséggel küzdenek a hatékonyságot illetően. Több szakértő állította, hogy a szerhasználat problémássá válásának megakadályozása szempontjából ezeknek a programoknak biztosan jelentős szerepe van.

Az interjúalanyok szinte egységes véleményt alkotnak a tekintetben, hogy az iskolai prevenciók programok hatékonyságát jelenleg senki sem méri, nincs megfelelő monitorozása, bár erre óriási szükség lenne a programok heterogenitása miatt. Többek közt emiatt sem mernék azt állítani, hogy a prevenciók programok sikeressége miatt nem nőtt jelentősen a drogfogyasztás Magyarországon, hogy emiatt csökken a fokozódás mértéke, vagy hogy a programok jelentősebb szerepet játszottak volna a fogyasztási szokások átstrukturálódásában.

Mind a civil szférában, mind a közszférában, vagy akár a politikában dolgozó válaszadók közül is többen figyelmeztettek arra, hogy rengeteg elavult, szakmaiatlan, minőségileg gyenge prevenciók program működik ezen a területen. Sérelmezték, hogy nem veszik figyelembe az európai kutatásokat, trendeket a programok kialakításánál, bár ott jóval előttünk járnak a hatékonyság kutatásában.

(Egyes állítások szerint ebben a pályázatok kiírói is hibásak, hiszen csak formai követelményeket írnak elő, tartalmi elvárásokat alig.)

Más megközelítést mutat, hogy néhány civil szervezet képviselője, és az egyik politikai oldal is hasonló véleményt fogalmazott meg a tekintetben, hogy a stratégia megvalósítása irreális, amikor pusztán az iskolai prevenciók foglalkozásokkal kívánja csökkenteni a droghasználók, kipróbálók számát. Véleményük szerint – a nemzetközi kutatások adatai alapján – ez még sehol sem sikerült. A cél itt az lehet, hogy tudatosodjanak a diákokban a droghasználat veszélyei, kockázatai, tisztában legyenek az ártalomcsökkentés módszereivel, mely által megelőzhető, hogy a drogokkal kísérletező kamaszokból problémás szerhasználó, illetve függő váljon.

Egyedi véleményként az egyik interjúalany azon meggyőződésének adott hangot, hogy a kipróbálók számának jelentős csökkentése azért is lehetetlen, mert ez a magatartás életkori sajátosságként fogható fel. Álláspontja szerint ezeket a drogfogyasztási magatartásokat szinte úgy hagyják el a fiatalok, mint „ahogy levágatják a hosszú hajukat”.

Hangot adtak sokan annak is, hogy sokszor fél-információk, hamis tények, sőt több ízben valamilyen ideológiával összeköthető gondolatok (pl. a szcientológusok

prevenációs programjai) kerülnek be az iskolai közösségekbe. Több szakember határozottan tiltakozik ezek ellen, hiszen ha a fiatalokhoz hamis információk kerülnek, akkor a későbbiekben a valós adatok, tények hitelességét is megkérdőjelezzük majd²¹.

Egy válaszadó véleménye szerint maga az iskolai keret semmisíti meg a hatékony prevenciót, kiöli belőle az interaktivitást, és bár az első időszakban ennek bevezetése fontos lépés volt, mára már túl kéne lépni ezen (is).

A megkérdezettek a hatékonyság, valamint a szakmai tartalom jelenlegi bizonytalanságai miatt üdvözlik a megindult akkreditációs folyamatot, bár ezt sokan sok tekintetben lassúnak és elkésettnek ítélik. Néhány véleményadó szakember felhívta a figyelmet arra is, hogy a lobbierdekek, illetve a különböző szemléletek, megközelítések miatt nehéz előrejutni ebben a kérdésben. Az akkreditáció szükségességét a minisztériumok képviselői is elismerték, sőt olyan vélemény is megfogalmazódott, hogy a saját programjaikban résztvevők szakmai felkészültségét sem ismerik jelenleg.

Egyéni véleményként hangzott el, hogy az akkreditációtól nem lesznek jobbak ezek az elavult programok. A válaszoló álláspontja szerint a „bemegek és megmondom” megközelítés helyett komplex, globális „egészséges iskola” programokat kell kialakítani, ami éppúgy koncentrál a testi, mint a mentális egészségre.

Az egyik válaszadó a folyamatos szükségletfeltárást hiányolja a prevenció tevékenységből, mely a hatékonyság alapköve lehetne. Többen is uniformizálnak, s nem a valós helyi viszonyokra reagálnak tartják e programokat.

A pedagógusok képzése

A korábban nagy számban lefolytatott tanárképzéseket, drogkoordinátor képzéseket sokan kidobott pénznek tartják, mivel nem igazán honosodott meg az oktatásügyben a drogprevenációs képzés, a programok kifulladások.

Egyes vélemények szerint szakembereket, tanárokat csak úgy érdemes ezen a területen képezni, ha azt követően van utánpótlás, esetmegbeszélés, elindul a hálózatok kiépülése és az állam forrást biztosít a foglalkoztatásukra. Többen is hiányolják a drogügyi koordinátori státusz létrehozását az iskolákban. (Ezzel összefüggésben az egyik politikus kifejtette, hogy a politikának választ kéne adnia arra a kérdésre, vajon végezhetnek-e a tanárok drogtesztet az oktatási intézményben.)

Egyéb prevenciószintek

Számos beszélgetés során elhangzott, hogy a szülők bevonása, a családok elérése még mindig nem történt meg. A szülőknek se információjuk, se tudásuk, se valós eszközük az otthoni „prevencióra”, vagy a már kialakult probléma kezelésére. A családok bevonására pedig a prevencióban óriási szükség lenne.

Többen utaltak arra is, hogy a prevenciót már nyugodtan lehetne korábbi életkorban kezdeni, akár az óvodákat is megcélozva.

Néhányan előrelépésként említették, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben prevenciószintek létesültek. Többen megállapították, hogy a büntetés-végrehajtás a prevenció tekintetében élénken és nyitottan próbál együttműködni a civil szférával, illetve a kábítószer problémájával foglalkozó szakemberekkel.

²¹ Ha azt állítjuk, hogy néhány száz marihuánás cigarettától már függővé válik, majd ezt elszívva ilyen hatást nem tapasztal, akkor az intravénás heroin használatáról hallottakat is megkérdőjelezzük majd a jövőben – figyelmeztet az egyik interjúalany.

Egyéb észrevételek

Többen kifejtették, hogy a véleményük szerint a stratégiában megfogalmazott produktív életstílus kialakításában nem történt előrelépés. Volt, aki az iskolai prevenció helyett a sportra és a művelődésre fordítana jelentős összegű támogatást, hiszen mindaddig, amíg nem ajánlunk alternatívát a fiataloknak, a droghasználat nem csökkenthető. Ezt a nézetet árnyalja az az álláspont, miszerint a drogfogyasztás kipróbálását a legdivatosabb prevenció sem tudja megakadályozni, ha ki szeretné próbálni a fiatal, milyen is füvet szívni, függetlenül attól, hogy a szabadidő eltöltésének milyen széles tárháza áll rendelkezésre.

Több szakértői vélemény hangsúlyozta, hogy csak a globálisan értelmezett prevenciónak van értelme, egy kiragadott szenvedélybetegség elleni fellépésnek nem. Minden káros rizikómagatartás ellen egyszerre kell tenni annak érdekében, hogy valóban kialakulhasson a „produktív életstílus”.

A droghasználat azzal, hogy sok társadalmi és családi problémára „reagál”, kizárólagosan iskolai prevencióval nem előzhető meg. A prevenció azonban szinte csak az iskolai színtérre és az iskolás korosztályra koncentrál, kimaradt belőle például a munkahely, mint háttér, vagy az iskolai pályafutását már befejező, valamivel idősebb (pl. a harmincas) korosztály.

A társadalom az elmúlt tíz évben jelentős átalakuláson ment át, nincsenek stabilan követhető értékek, értékrendek, életmódminták. Ezekkel a mélyebb problémákkal azonban senki nem foglalkozik igazán. A munkanélküliség, a szociális problémák, a családok szétesése tipikusan a droghasználat megelőzése ellen dolgozik, így a prevenciót sokkal szélesebb kontextusban kellene értelmezni. Ebben a körben fogalmazódott meg az is, hogy azokat is el kellene érni, akik valóban az életük összeomlása miatt nyúlnak droghoz. Tehát be kéne lépni egy kemény, közösségi, szociális munkának is a programokba.

Az egyik interjúalany utal arra, hogy talán pont a jobb információáramlás eredményeként a fogyasztók tudatosabbá váltak, így megjelent a kontrollált fogyasztás is. A rendszeres drogfogyasztó már nem feltétlenül veszíti el munkáját, lép ki a mindennapjaiból, hanem a kábítószer-fogyasztás a szabadideje részét képezi. Ez a jelenség sajnálatos módon terjed, eszkalálódik.

Néhány politikus alapvetően a nagy társadalmi kampányokat hiányolja a prevenció területéről is, mely javíthatná a kábítószerügy társadalmi kommunikációját.

3. Kezelés és ellátás

A válaszadók mindegyike elismerően szólt arról, hogy a 2003-2004-es időszakban jelentős fejlődés történt ezen a területen. Komoly eredményként értékelik, hogy a kezelési piramis minden szintje kialakult, és a különböző típusú ellátások elérhetőek Magyarországon. Kiemelték a drogambulanciák, rehabilitációs otthonok létrehozását, az alacsonyküszöbű ellátások sokszínűbbé válását, hozzáférhetőségük javulását.

Emellett úgy érzik, a fejlődés lendülete korán megállt, a problémák nem oldódtak meg, és a rendszer sincs teljesen kiépítve. Legtöbben azt emelték ki, mekkora károkat okoz, hogy az addiktológiai ellátások nem integráltak Magyarországon, sőt sok az ellenérdekeltség is ezen a területen.

Egyértelmű elégedetlenség a fekvőbetegellátásban érintett interjúalanyoknál regisztrálható: a pszichiátria szétverése, mint az egészségügyi reform egyetlen „sikerként” való felmutatása, az addiktológiai osztályok lehetetlen állapota, a

betegellátás elégtelen finanszírozása alapozzák meg ezt az elégedetlenséget. Úgy vélik, hogy a stratégia sem foglalkozott ezzel a területtel súlyának megfelelően, – és e pesszimizmus vetül ki a jövőre is – miszerint a következő stratégia sem fog.

Egészségügyi és szociális ellátások

Egészségügyi ellátások

Az ellátások kezdeti párhuzamos lendületes és látványos fejlődését ugyan minden válaszadó elismerte, de kivétel nélkül utaltak arra, hogy a 2007. évi egészségügyi reformoknak ez a terület óriási vesztese lett.

Bizonyos vélemények szerint a legnagyobb gondot az alkalmazott "fűnyíróelv" azért itt okozta, mert a reform nem vette figyelembe, hogy a különböző betegcsoportba tartozó betegeknek eltérő a viszonya az egészségügyi ellátórendszerhez²². Az addiktológiai beteg ugyanis nem keresi az ellátást, őt oda kell juttatni, mert betegségbelátása, betegségtudata korlátozott, vagy teljesen hiányzik. A másik probléma – a válaszadók szerint –, hogy ezen a területen olyan összeszokott, munkájukat megszállottként végző teamek estek szét, akikben a betegek megbíztak. Ketten arra is utaltak, hogy az egészségügyi reform következtében ezeken a helyeken kifejezetten csökkent az ellátott betegek aránya is.

A legjelentősebb elmaradást a kutatás résztvevői tehát a magasabb küszöbű addiktológiai ellátások, osztályok fejlesztése területén tapasztaltak. A legtöbb válaszadó szerint az egészségügyi ellátás még mindig akadozó, az addiktológiai osztályok száma a bezárások óta kifejezetten alacsony, kis kapacitású, és az ott dolgozók alapvetően felkészületlenek a droghasználókra. A pszichiátriai osztályokon belüli addiktológiai ellátások pedig – néhány vélemény szerint – inadekvátak a kezelésre. (Egy véleményadó állítása szerint, az OPNI óraszámait az ellátás tulajdonképpen csak 2011-ben fogja teljes egészében visszakapni.)

Többben is sérelmezik a gyermek- addiktológia hiányát, ami a stratégiában is csak az említés szintjén szerepel, bár a cselekvés egyre sürgetőbb lenne. Ebben a körben említették az amfetamin fogyasztás rehabilitációjának megoldatlanságát is.

Egy válaszadó a többféle szenvedélybetegséggel rendelkezők kezelésének kérdését tartja megoldatlannak.

Van aki szerint az egészségügy vezetőinek hozzáállást jól mutatja, hogy a tavaly nyáron 8 halálos áldozattal járó esetek után a szakembereket nem az Egészségügyi Minisztérium, hanem a rendőrség hívta össze.

Ellátásba kerülők száma

Az egyik interjúalany hangsúlyozta, drámáinak tartja, hogy a függőknek még mindig csak 10-20%-a kerül be az ellátórendszerbe, és ők sem igazán azok, akiknek erre valóban szüksége van.

E problémán alapvetően az segítene, ha az utcai megkereső munka fejlődne, ami az országban még nagyon gyerekcipőben jár – emelte ki az egyik szakember. Ezzel összefüggésben fejtette ki, hogy az ellátottak alacsony számának oka a rendőri fellépéstől való félelemben is gyökerezik. Ugyanez a rendőrségi szakértő arra is felhívta

²² Alig pótolható a megszűnt Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, az Addiktológiai Intézet, a Schöpf-Mérei kórház – hívják fel a figyelmet az interjúalanyok.

a figyelmet, hogy alapvetően a rendőröket kellene „megkereső szolgálatként” alkalmazni, hiszen ez hatékony is, és kézenfekvő is lenne.

Az ellátások elérhetősége

Az elérhetőség jelentősen javult a válaszadók szerint, de a civilek jelezték, hogy azért még mindig több alacsonyabban ellátott terület van (pl. Fejér megyében). A területi ellátási hiányosságok következménye, hogy sok drogbeteg nem tud segítséget kapni a korai fázisban.²³ Van, aki ezzel kapcsolatban a felméréseket hiányolta, vagyis, hogy senki nem is tudja, hol milyen ellátásokra lenne szükség igazából. Így, ahol van akarat, kedv és finanszírozás ott igénytől függetlenül is működtetnek intézményt. Több civil kifejtette, hogy a szükségletfelmérés nagyon nehéz, és tapasztalataik szerint, ahol beindulnak az ellátások, ott azért a droghasználók is „felbukkannak”.

A kezelésben dolgozók a drogambulanciák fejlődésével nem elégedettek és kiemelik, hogy három megyében még mindig nem működik ilyen intézmény.

A rehabilitációs intézmények nagyon jelentős és elismert fejlődése mellett az egyik válaszadó utalt arra, hogy ezek egy részének urbanizáltabb településektől való távolsága sok klienst visszatart a kezelés igénybevételétől, mivel a rehabilitáció hosszú folyamat, és nem biztos, hogy mindenki ki akar vonulni ilyen hosszú időre a „pusztába”.

Alacsonyküszöbű ellátások

A témához értő szakemberek mindegyike egyetértett abban, hogy a szociális ellátások területén sokkal nagyobb fejlődés tapasztalható, mint az egészségügyi ellátásban.

A legjelentősebb előrelépést az alacsonyküszöbű ellátások megvalósulásában látták. Sokan hangsúlyozták annak fontosságát, hogy ezek az ellátások, és a kábítószer-probléma kezelése beágyazódott a szociális ellátórendszerekbe. Az interjúalanyok többsége a túcsere programokat és fenntartó/szubsztitúciós kezeléseket említette többnyire.

Néhány szakértő a pontos definíciót hiányolta e területen, melynek következtében a spektrum nagyon széles: a telefonos segélyszolgálatról a túcsere programokig sok minden belefér.

A civil szervezetek képviselői közül néhányan utaltak csak az utcai megkereső szolgáltatásokra, pontosabban ezek hiányára, vagy azok alacsony szakmai színvonalára.

Egyes vélemények szerint az alacsonyküszöbű szolgáltatások finanszírozása normatív szintűvé (de nem normatívvá) vált, vagyis például a túcsere programra fordított központi források folyamatosan hozzáférhetővé váltak. A civil szféra néhány képviselője azonban továbbra is bizonytalannak látja e programok fenntarthatóságát a finanszírozás labilis, tervezhetetlen jellege miatt.

Az egyik interjúalany hiányként említette a szülőknek segítséget nyújtó ellátási formákat.

Néhány válaszadó jelezte, hogy a reintegrációs, munkaterápiás ellátások száma – az erőfeszítések ellenére – még mindig alig regisztrálható.

²³ Ahol széles spektrumú az ellátás, ott a tapasztalatok is jók: az ellátórendszer széles spektruma miatt például Pécsen nem alakult ki jelentős ópiátot és heroint használó csoport.

Fenntartó (szubsztitúciós) kezelések

Számos interjúalany kifejezte milyen nagy változást jelent, hogy az elmúlt években háromszorosára nőtt a szubsztitúciós kezelést nyújtó központok száma. Többen is hozzátették azonban, hogy a rendszernek legalább húsz ilyen intézményre lenne szüksége. A fenntartó kezelésekre (pl. methadon program) jelenleg rendkívül nehéz bekerülni, várólisták vannak, ezeknek pedig éppen az lenne a célja, hogy alacsonyküszöbűek legyenek. A methadon kezelésben részesülő 7-800 fő ellátását ugyan fontos eredménynek tekintik, de a valós igények ennek sokszorosát indokolnák. A kapacitáshiány (orvos, intézmény) ezt alapvetően akadályozza.

Egy válaszadó kiemelte, hogy nemcsak a hozzáférhetőség, hanem a terápiák hatékonysága is nőtt. A kezdeti időszakban a betegek általában két-három hónap alatt kiestek a kezelésből, míg ma már akár évekig is benn maradnak.

Többen is jelezték, hogy a széleskörűen ismert methadon program mellett megjelent a suboxon a heroin-betegek számára, de ennek jövője a kezelésben még bizonytalan. A gyógyszer alkalmazása a heroint használók számára jobb, mint a methadoné, adagolása is kedvezőbb a betegeknek, de nagyon drága.

Az egyik válaszadó elfogadhatatlannak tartja, hogy a büntetés-végrehajtás intézményrendszerében még mindig nem alkalmaznak methadon kezelést.

Volt olyan válaszadó is, aki a szubsztitúciós terápia helyett a radikális elvonás „népszerűsítésére” helyezné a hangsúlyt, mivel álláspontja szerint a szubsztitúciós terápia csak egy másik kábítószerre történő átszoktatás, mely sokba kerül a társadalomnak.

Hatékonyság

Az ellátások hatékonyságával kapcsolatban szinte minden szakemberben kétségek merültek fel. Többségük véleménye szerint erről szinte semmilyen információ nem áll rendelkezésre, mivel monitorozás, visszacsatolás nincs.

Sokan jelezték, hogy azt sem tudják pontosan definiálni mit is értünk hatékonyság alatt ebben a tekintetben. Nevezetesen azt, hogy valaki minél hosszabb ideig marad benn az ellátórendszerben, vagy azt, ha szermentessé válik?

Ebben a témakörben fogalmazódott meg az vélemény is, hogy a jól működő, kipróbált nemzetközi irányzatok, technikák még nem jelentek meg a magyar egészségügyben ezen a területen.

Finanszírozás

Az egészségügy jelenlegi finanszírozási rendszere ellehetetleníti a kábítószeresek gyógyításával foglalkozó intézményeket – emelték ki többen – hiszen a teljesítmény alapú finanszírozás itt nem járható út.

Egy interjúalany szerint a drogbetegeket más BNO kód alapján jelentik be, mivel így az intézmény több pénzhez juthat. Ennek következtében azonban képtelenség felmérni a valódi szükségleteket és a kapacitás-kihasználtságot.

Együttműködés

A válaszadók jelentős részének véleménye szerint az egészségügyi és a szociális szféra együttműködése jelenleg is csak esetleges, informális, és a személyes kapcsolatokon alapul. Nincs kidolgozott, vagy a gyakorlatban kialakult betegút, nem valósult meg az

integrált ellátás. Az átjárhatóság akadozó, így sokszor kiesik, elveszik a beteg a rendszerben.

Több, az ellátásban dolgozó szakértő kifejtette, hogy a kapcsolat informálisan szerencsére sok esetben megvan, de ennek formalizálása, szakmai szabályozása még nem történt meg. Hiányzik az a rendszer, amely szabályozná, hogy például melyik drogambulancia, melyik tőcsere programtól kap beteget, onnan melyik rehabilitációra küldi, majd azt követően ki segíti a beteg reintegrációját.

Az együttműködés márpedig azért is elengedhetetlen – hívta fel a figyelmet az egyik válaszadó – mert ez a betegcsoport általában nem önként, „az ajtót verve” jelenik meg az egészségügyi szférában, hanem ehhez hozzá kell segíteni.

Az egyik interjúalany véleménye szerint nagyon nehezen lehet motiválni a hagyományos rendszerben, így például az egészségügyben dolgozó szakembereket, mivel ők nehezen tudnak hálózatban, közösségben gondolkodni. Ehhez kapcsolódóan egy válaszoló azt is megjegyezte, hogy a szociális ellátások fejlődésével, és az egészségügy alulfinanszírozottságával párhuzamosan mintha az egészségügy próbálná kiszorítani a drogbetegeket az ellátásból.

Ártalomcsökkentés

A tőcsere programok megvalósulását, a szinte országos lefedettséget a megkérdezettek többsége rendkívül jelentős eredménynek értékelte. Véleményük szerint itt már az is óriási előrelépés volt, hogy ennek létjogosultságát a szakma többsége és a társadalom egy része nem kérdőjelezi meg. Sokan kiemelték mennyire fontos, hogy az ártalomcsökkentő szolgáltatások egyre kevésbé minősülnek a bűnüldöző szervek célpontjainak.

A kutatás egyik résztvevője azonban hangsúlyozta, hogy – míg a tőcsere a drogstratégiában egy kiemelt fontosságú területnek minősült – a kormányzat a tudatformálásban nem volt elég proaktív²⁴. Véleménye szerint még mindig bizalmatlanság és gyanakvás övezi ezeket a programokat mind a média, mind a szakemberek, az orvosok, vagy akár az önkormányzatok részéről. Álláspontja szerint itt a képzés, a szemléletformálás, a felvilágosítás hiányzik, az hogy a döntéshozók megértsék, a tőcsere nem a droghasználat legalizálását, népszerűsítését szolgálja, hanem az ártalomcsökkentést. Sérelmezte azt is, hogy a lefedettség még mindig nem éri el az európai átlagot.

Talán ennek is betudható, hogy a válaszokban néha megfogalmazódott a szakemberek azon hiányérzete is, mely szerint az ártalomcsökkentésnek nincs megfelelő szisztematikusan felépített rendszere. Ha valaki valamelyik településen „lelkessedést érez” és megszervezi, akkor van, ha nincs ilyen személy, akkor nincs.

Az egyik interjúalany felhívta a figyelmet a rendszer ellentmondásosságára is, nevezetesen, hogy az ártalomcsökkentésben elsősorban civilek dolgoznak, gyakran egészségügyi szolgáltatást nyújtva a szociális tárca pályázataiból finanszírozott módon.

Az ártalomcsökkentés jogi háttere mára rendezetté vált többek örömeire, hiszen a szociális törvényben megjelenik a szolgáltatás. Voltak azonban olyan válaszadók, akik szerint a jogi háttér még mindig bizonytalan, esetleges, és elsősorban az értelmezés terén vannak bizonytalanságok.

²⁴ Többet emlékeztettek arra, hogy a Legfőbb Ügyészség még 2005-ben is olyan tartalmú körlevelet adott ki, mely szerint a tőcsere bűnpártolás, a szociális munkás pedig bűnszegéd.

A mélyinterjú vizsgálat egyik ellátásban dolgozó résztvevője megfogalmazta, mennyire jelentősnek tartja, hogy ezen a területen is megvalósulhatott néhány kutatás, hiszen erről a területről korábban nem álltak rendelkezésre adatok. Példaként említette a szubsztitúciós kezelés felmérési hatékonyságával, a tűcsere programokkal, vagy az utcán élő drogfogyasztókkal kapcsolatban lefolytatott kutatásokat.

Néhány válaszadó megosztotta velünk azon kétségeit, mely szerint vajon az ártalomcsökkentő programoknak köszönhető-e, hogy a HIV fertőzöttség nem emelkedett jelentősen hazánkban, vagy inkább csak nagy a látencia ezen a területen. Többen riasztónak tartják azonban a Hepatitis „C” fertőzések meredeken emelkedő tendenciáját.

A megkérdezettek közül csak a politikusok egy csoportjának álláspontja szerint kellene kevesebb forrás, hangsúly és energia az ártalomcsökkentés területére²⁵.

Az ártalomcsökkentés területén néhány válaszadó kitért a társadalmi vagy szociális ártalomcsökkentés témakörére. Az egyik civil szervezet képviselője markánsan foglalt állást abban, társadalmilag mennyire károsnak tartja, hogy drogos ügyekben a gyanúsítottak sokszor több évet ülnek előzetesben, ahelyett, hogy ennek legalább egy részét terápiás rendszerben töltenék, elősegítve későbbi reintegrációjukat a társadalomba.

A fekvőbetegellátásban dolgozó egyik interjúalany kifejtette, hogy az elismerésre méltó eredmények mellett az ártalomcsökkentésben mégiscsak a leglényegesebb összetevő az orvosi kezelés lenne, amit – megítélése szerint – a drogstratégia nem tartalmaz.

Minőségbiztosítás

A legtöbb megkérdezett számára – elsősorban azoknak, akik nem dolgoznak közvetlenül a területen – ez a téma meglehetősen ismeretlen volt. A legtöbb megkérdezett szerint azonban hiányzik a széleskörű minőségfelmérés, értékelés.

Az érdemi választ adók közül sokan hangsúlyozták, hogy számos nagyon komoly és fontos szakmai protokoll született a területen (pl. ópiát-, amfetamin-, és cannabis-függőség, valamint methadon protokoll). Felmerült azonban az a kétely is, hogy vajon ezeket mennyire alkalmazzák, tartják be a rendszer szereplői.

Felhívták a figyelmet ugyanakkor a hiányzó szakmai protokollokra is, így a terhes anyák ellátásával kapcsolatos, vagy a büntetés-végrehajtási intézetekre vonatkozó kezelési protokollokra.

Egy szakember azt jelezte, hogy a szociális ellátások területén nem születtek még protokollok, bár már az is jelentős előrelépésként értékelhető, hogy irányelveket fogalmaztak meg a szenvedélybetegek közösségi, illetve alacsonyküszöbű ellátásának vonatkozásában.

Az egyik válaszadó kifejtette, ahhoz képest, hogy 2000-ig egyáltalán nem jelent meg a monitorozás, a visszacsatolás személete az egészségügyi vagy szociális szférában, előrelépés tapasztalható. A szempont fontossága már tudatosult, a megvalósítás azonban még akadozó.

Az egyik megkérdezett jelezte, hogy hiányzik az addiktológusok szakmai érdekképviselője, szakmai kollégiuma, mely a minőségbiztosítás felelőse lehetne.

²⁵ Megjegyezzük azonban, hogy e véleményformáló csoport csak és kizárólag a tűcsere programokat említette meg az ártalomcsökkentés területén, másra nem tértek ki.

Véleménye szerint az már bebizonyosodott, hogy ezen feladat ellátására a pszichiátriai szakmai kollégium egyáltalán nem alkalmas, sem szakmai tudását, sem hozzáállását tekintve.

Volt aki úgy vélte, hogy a szokásos minőségnek nevezett rendszernek megfelelnek (azaz mindent aláírnak és auditálnak), de annak semmi köze a minőséghez. Az addiktológiai osztályok számára még ÁNTSZ által elfogadott minimumkövetelmény sincs, ezért ennek a nem létező követelménynek nem nehéz megfelelni – jegyezte meg szarkasztikusan a válaszadó.

Képzés és továbbképzés

Abban a megkérdezett szakemberek egyetértenek, hogy a folyamatos képzések jelenléte ellenére a szakemberhiány még mindig óriási ezen a területen. Néhányan azt állították, hogy ez az egyik alapvető akadálya az intézményrendszer továbbfejlesztésének. (Például hiába lenne pénz még 10 drogambulancia megnyitására, ha nincs, aki működtesse.)

A legtöbben az addiktológus szakorvosok égető hiányát emelték ki, de hasonló hangsúlyt kapott más orvosok és az orvosi személyzet addiktológiai továbbképzésének szükségessége is. Erre azért is nagy szükség lenne – hangsúlyozta az egyik civil szervezet képviselője –, mert az egészségügy a drogosokhoz elutasító attitűddel viszonyul. Egy kutatásra hivatkozott, mely szerint a pszichiáterek közel fele elutasít mindenféle ártalomcsökkentő megoldást a drogfüggők kezelésében, ezért véleménye szerint a továbbképzéseknek alapvetően – az információátadás mellett – a szemléletformálásra kellene helyezni a hangsúlyt.

Többen megemlítették, hogy mivel az egészségügy ezen ellátási ága nem túl vonzó a szakemberek számára, ahhoz kormányzati intézkedések, plusz juttatások, kedvezmények kellene, hogy az emberi erőforráshiány csökkenjen, vagy megszűnjön. Emellett szükség van az e területen dolgozó szakemberek szakmai és társadalmi presztízsének növelésére, mert lassan senki nem fogja ezt a pályát választani.

Néhány vélemény szerint az addiktológus szakorvos, szakpszichológus képzés ugyan megindult 2000 után, de nem igazán működik jól. Ennek oka, hogy még mindig nincs ilyen tanszék, és kevés prominens képviselője van a szakmának, melyek összefüggenek a szakma leértékelődésével.

Volt aki azt állította, hogy egyáltalán nincs már továbbképzés az addiktológia területén, leszámítva egy-két kongresszust. Szükség lenne a külföldi tapasztalatok megismerésére is, erre azonban nincs lehetőség.

Kínálatcsökkentés

A kínálatcsökkentésben elért eredmények megítélése rendkívül heterogén véleményeket mutat az interjúalanyok körében.

A rendőrség kiemelkedően jól végzi a dolgát, sok elfogást produkál, minden eszközzel próbálja szűkíteni a piacot – ezek a megállapítások jelentik a kisebbségi véleményt.

Többen viszont azt hangsúlyozzák, hogy ma már bárki, bárhol tud kábítószerrel szerezni, venni. A nagy médiahírként közölt elfogásokat pedig meg sem érzi a piac, és semmiképpen sem befolyásolják a drogfogyasztást.

Volt, aki jelezte, hogy a rendőrség azért nem hatékony, mert még mindig nem azokat üldözi, akiket kellene, igaz erre se eszköze, se kapacitása nem lenne. Egy szakértő

szerint a rendőri szervek még mindig nem sikeresek abban, hogy a terjesztői típusú magatartásokra koncentrálnak dolgozzanak. A kábítószeres bűncselekmények kis százalékban érintenek terjesztőket, az ügyek rendre a fogyasztói magatartás megállapításával zárulnak. Egy interjúalany szerint a terjesztői típusú magatartások megállításában csak akkor lehetnének sikeresebbek, ha bizalom épülne ki köztük és a civil szféra képviselői között. A bizalom megalapozásához és fenntartásához azonban az kell, hogy a bűnüldözés teljesen felhagyjon a fogyasztók üldözésével.

Mások óvatosabban fogalmaznak, jelezve, nem lehet tudni, hol tartanánk most, ha nem kapott volna kiemelt jelentőséget ez a pillér is.

A megkérdezettek egy része a kínálatcsökkentés pillért és a hozzá kapcsolódó célokat a nemzetközi környezet tükrében, a schengeni határnyitásra figyelemmel egyenesen utópisztikusnak tartja.

A kutatásban résztvevő szakértők arra is utaltak, hogy a kínálatcsökkentés azért is nehezen értékelhető pillér, mert nincsenek megfelelő indikátorok hozzárendelve. A kábítószerrel való visszaélések évenként változó száma nem tükrözi és nem is tükrözheti vissza a valós helyzetet. Többen kétségüknek adtak hangot a statisztikák kapcsán, mert az alapján nem lehet megítélni, hogy a bűnüldöző szervek aktivitása, vagy valóban a kábítószerrel való visszaélés csökkent.

Az egyik rendőrségi szakértő szerint nagy hiányosság, hogy nem alakult ki egy országos kábítószer-bűnözés elleni egység, akár a cseh, a német vagy a lengyel példa alapján.

Több válaszadó utalt arra is, hogy a kínálatcsökkentés a keresletcsökkentés nélkül amúgy sem tud hatékony lenni, így felesleges kiemelkedően magas összegeket áldozni erre a pillérre.

Egyik interjúalany a kínálatcsökkentés kérdését az első pillérrel kötötte össze. Megítélése szerint, amíg a társadalom nem kellően érzékeny a drogproblémára, addig a dílereket sem fogja lebuktatni, vagyis véleménye szerint a kínálatcsökkentés nem kizárólag a rendőrség feladata és felelőssége.

Egy-egy interjúalany még az alábbiakat tartotta érdemesnek kiemelésre:

A kínálatcsökkentés mellékszálaként a büntetés-végrehajtási intézetek is jelentős összegeket költhettek csomagvizsgálókra, kábítószer kereső kutyákra.

A közösségi jognak megfelelően kialakult az az ellenőrzési rendszer és környezet, amelyet a kábítószer prekursorok területén eredményesen lehet működtetni.

A VPOP a stratégia nyomán 2003-ban a kábítószerrel elkövetett bűncselekmények kapcsán nyomozó hatósági jogkört kapott, mely jelentősen elősegítette az eredményes felderítést.

A rendőrség szemléletváltása

Többen is eredményként értékelik, hogy a rendőrség jelentős szemléletváltáson ment keresztül az elmúlt években. „Fogyasztó-barátabb” lett, és ennek a magas beosztású rendőrök néhol már nyíltan hangot is adnak. Néhány válaszadó szerint óriási előrelépés, hogy ma már talán nem a „fogyasztó” a legfőbb célszemély a rendőrség szemében. (Itt emeljük ki, hogy a mélyinterjú kutatásban felkeresett rendőrségi szakértők szemlélete, véleménye, megfogalmazott mondatai szintén ezt az attitűdöt támasztották alá).

A szemléletváltást, a rendőri túlkapások megszűnését egyesek azonban inkább az időnek, mint a stratégia hatásának tudják be.

A rendőri szemléletváltásról a bűnüldöző szféra képviselői óvatosabban nyilatkoztak: megfogalmazódott, hogy amíg a vezetés érzékenyítése megtörtént, addig a végrehajtói szint sok esetben kifejezetten ellenségnek tekinti a fogyasztót. Tapasztalataik szerint a végrehajtói szint a törvényekre hivatkozik és nem veszi figyelembe az abban rejlő mozgásteret, a rendőri vezetés pedig ez ellen nem lép fel elég markánsan.

Pozitív példaként említette az egyik interjúalany, hogy a budapesti kerületi kapitányságokon a kapitányságvezetők a fogyasztókkal szembeni eljárásokat már visszaszorítják. Ez ugyanis sok pénzbe, időbe kerül, és mivel a vége úgymint elterelés lesz, így a rendőri munka szempontjából tulajdonképpen értelmetlen tevékenység.

Ebben a körben kerültek szóba a diszkó razziák is, melyek korábban „nagy népszerűségnek” örvendtek a rendőrség körében. Mára ezek – szinte minden válaszó szerint – szerencsére visszaszorultak. A bűnüldözői szféra egyik reprezentánsa elmondta, hogy egy évvel ezelőtt az országos rendőr-főkapitány utasítást adott ki a megyei kapitányok részére, melyben megtiltotta a diszkó razziákat. Az interjúalany szerint ugyan ez fontos lépés, de sajnálatos módon sem a drogszakma, sem az intézkedő rendőrök nem tudnak róla. Hozzátette azt is, hogy az utasítás indoklása is elhibázott volt, mivel nem annak társadalmi céljára, értelmetlenségére hivatkozik, hanem formáljogi vonatkozásokra, így ezzel továbbra sem „érezkenyíti” a rendőri állományt.

Míg az interjúalanyok többsége szinte egységesen üdvözölte a látványos rendőrségi akciók megszűnését, az egyik megkérdezett politikus éppen ezeket az akciókat hiányolta a drogellenes küzdelemből.

A DROGSTRATÉGIÁHOZ RENDELT ERŐFORRÁSOK HASZNOSULÁSA

Az erőforrások mennyiségének, összetételének és a stratégia céljainak összhangja

Költségvetési források

Minden válaszadó jelezte, hogy a pénz ezen a területen természetesen soha nem volt, de talán nem is lehet elegendő. (A válaszadók kisebb része említette azonban, hogy a kábítószerellenes küzdelemre elkülönített állami források Magyarország lehetőségeihez, illetve más hasonló társadalmi problémák kezeléséhez képest nem is voltak annyira alacsonyak.)

A kutatásban résztvevő összes interjúalany deklaráta, milyen jól mutatja a területre szánt költségvetési források folyamatos és meredek csökkenése a kábítószerügy kormányzati reputációjának csökkenését. Mindenki egyetértett abban is, hogy a források évről évre történő korlátozása nem tett jót a rendkívül ambiciózus stratégia megvalósulásnak. Egyes interjúalanyok szerint most a költségvetés az éppen elégséges, a működtetéshez szükséges kritikus szinten van már.

Ezen a kérdéskörön belül többször elhangzott, hogy az egészségügyi reform nyomán még inkább alulfinanszírozottá váltak az addiktológiai ellátások, melyek előtte sem dúskáltak a forrásokban.

Elsősorban a közigazgatási szféra képviselői hangsúlyozták pozitívként, hogy a nem elegendő finanszírozás mellett a pályázati források legalább minden évben rendelkezésre álltak, és a rendszer alapvető működése biztosított volt.

Szakemberek

A rendelkezésre álló humán erőforrást a válaszadók, az általuk képviselt területeknek megfelelően eltérően ítélik meg.

A legtöbb interjúalany elsőként az egészségügyben tapasztalható szakemberhiányra utalt, ezen belül is elsősorban az addiktológus szakorvosok hiányát kifogásolták (ld. a kezelés, ellátás fejezetet).

Elhangzott az is, hogy döbbenetesen alulképzettek, alulinformáltak az ellátás alapszintjét képező háziorvosok ezen a területen, de hiányzik az egészségügyi személyzet továbbképzése is.

Több válaszadó határozottan hiányolja, hogy nem jelenik meg számos olyan alapképzésben a kábítószerügy, ahol a kiképzett szakemberek valamilyen formában találkozhatnak munkájuk során a drogfogyasztókkal (a jogász-, a pedagógus-, a védőnőképzés stb. területeit emelték ki elsősorban).

Más területeken jelentős képzési hullámokról (KEF képzések, NDI rendszeres képzései, tanárképzések stb.) számoltak be, bár többen is jelezték, hogy a képzés végeredménye sok tekintetben kétséges. Nem tudjuk, hogy kik, hányan és milyen minőségű képzést kaptak, valamint azt, hogy azokat mennyire képesek alkalmazni a mindennapi

munkájukban. (Egy szakértő szerint, így mielőtt újabb képzési hullámok indulnának meg, érdemes lenne ezeket felmérni.)

A kutatás egyik résztvevője elmondta, hogy a nagy pedagógusképzési hullámok ellenére a tanárok ma is épp olyan tudatlanok, mint 10 évvel ezelőtt voltak, pedig ha valakinek, nekik naprakész információkkal kellene rendelkezni a kábítószerekkel kapcsolatban.

Egy megkérdezett kiaknázatlan humánerőforrásnak ítélte a kortárs csoportok, mint prevenció „szakemberek” tömeges alkalmazását. Más kiemelte, mennyire sajnálatos, hogy a kortárs csoport alkalmazásakor csak a fiatalokra (leginkább iskolai környezetben) gondolunk.

Az egyik interjúban résztvevő rendőrségi szakértő tapasztalatai szerint speciálisan kábítószer elleni harcra kiképzett rendőri állomány még mindig nincs, ellentétben például a gazdaságvédelemmel.

Néhány interjúalany utalt arra, hogy a drogszakma túlságosan zárttá vált a szakemberek tekintetében. Állításuk szerint ugyanazok az emberek, ugyanazon álláspontokat hangoztatják minden fórumon, elzárva ezzel új irányzatok, nézőpontok, szinergiák betörését a területre.

Civilek

A civilek szerepét kivétel nélkül minden interjúalany nagyon jelentősnek ítéli, hangsúlyozva, hogy nélkülük a stratégia megvalósulása „sehol sem tartana”.

Az egyik álláspont szerint gyakorlatilag a civilek „viszik a hátukon” az ellátást, ezért számukra kiszámíthatóbb feladat finanszírozás kell. Azokat a civileket kell nagyon támogatni, akik állami feladatot vállalnak. Korrekten, kiszámíthatóan és szektorsemlegesen kell finanszírozni, vagyis azt kapja meg egy civil is, amit egy egyházi, vagy egy önkormányzati intézmény is megkap ugyanazért a feladatért, mert az többszörösen megtérül.

Más, hasonló álláspont szerint, kifejezetten pozitívan kellene diszkriminálni azokat a szervezeteket, akik már bizonyítottak munkájukkal.

Többben – főleg az ellátás és a prevenció programok területén – utaltak azonban a szakmai kontroll fontosságára, a minőségbiztosítás kialakítására, a tevékenységükhöz rendelt objektív mérőrendszer bevezetésére is.

Az erőforrások stratégiai célok szerinti felhasználása (eredmények, eredménytelenségek)

Az erőforrások felhasználásának megítélésére, véleményalkotásra a válaszadók igen kis százaléka vállalkozott csupán. Állításuk szerint erről nincsenek információik, melyért részben a hiányos monitorozás okolható.

A legtöbb interjúalany egyetértett azonban abban, hogy a források felhasználásának mindenhol van eredménye, és pazarlásokról aligha tudnának említést tenni a területen. Többben megfogalmazták, hogy itt „annyi lyuk van, hogy aligha lehet mellélőni”.

Néhány szakember jelezte, hogy a rendelkezésre álló költségvetési források eredményesebb felhasználását a prioritások világos kijelölésének hiánya részben akadályozta.

A pazarlóként említett forrás felhasználási területek közül a kínálatcsökkentés emelhető ki, de a nézetek közel sem homogének. A legtöbben teljesen feleslegesnek tartották, hogy a kínálatcsökkentésre nagyságrendekkel több pénz – egyes vélemények szerint a források 80%-a – áramlott. Az álláspontok szerint ez csak egy feneketlen hordó, ami minden pénzt benyel, és mérhető eredményei alig regisztrálhatóak. (Sokan aránytalannak érzik például, hogy egy nagyobb diszkó-razziára több pénz ment el, mint egy drogambulancia éves költségvetése.) Néhányan azonban inkább tovább növelnék a kínálatcsökkentésre fordított forrásokat, mert ebben látják a drogfogyasztás elleni küzdelem megoldását.

Legeredményesebb befektetések

Szinte minden megkérdezett megtérülő, eredményes befektetésnek tartja a rehabilitációra és az alacsonyküszöbű ellátásokra fordított kiadásokat.

Hasonlóan az előzőekhez, az ártalomcsökkentést is szinte egységesen, megtérülő befektetésnek ítélik. Egyedül a politika egyes képviselői érzik ezt eredményeihez mérten drága a „szolgáltatásnak“.

Felesleges ráfordítás

Egyes válaszadók az elterelés intézményét jelenlegi formájában az egyik legnagyobb pénzkidobásnak tekintik.

Van olyan válaszadó, aki a tanárképzéseket ítéli feleslegesnek, hiszen azok eredményei nem épültek be az oktatási rendszerbe, hatásai nem mérhetőek.

Egyes válaszadók általában a szóróanyagokat tartják pénzkidobásnak, azok hatástalan volta miatt.

JOGSZABÁLYOK, RENDELETEK ÉS A JOGALKALMAZÁS

A jogi szabályozás megítélése rendkívül eltérő a mélyinterjúk kutatásba bevont szakemberek, politikusok, döntéshozók körében.

Több megkérdezett rögzítette, hogy a jogi háttér kellően kidolgozott. A közigazgatásban dolgozó egyik interjúalany szerint sokszor a szabályozás elébe is megy a valós viszonyoknak, ami nem feltétlenül jó, hiszen ha nincsenek meg a megfelelő feltételek, úgymint pénz, szakember, megfelelően érzékenyített társadalmi környezet, akkor a jogi norma teljesen hatástalan marad.

Egy jogász válaszó határozottan érvelt amellett, hogy a terület túlszabályozása kifejezetten káros lehet, hiszen korlátok közé szoríthatja az élethez alkalmazkodó kreatív megoldásokat. Egy másik jogi háttérű interjúalany szerint a területen túl sok jogszabályt, túl sokszor módosítottak. Ezt gyakran átgondolatlanul tették, s így egy részük életképtelenné vált.

A hiányzó szabályozások számbavételénél sokan utaltak az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos szabályozás elhúzódására. Néhányan ugyan fontos előrelépésnek tekintik, hogy az alacsonyküszöbű szolgáltatások bekerültek legalább a szociális törvénybe, de egyes nézetek szerint a téma fontosságára való tekintettel ezt akár külön törvényben is lehetett volna szabályozni. Mások üdvözlik ugyan, hogy ezzel legalább a tűcseré programok dolgozói védeltséget kaptak, de hiányolják a droghasználók fokozott védelmét is, hiszen ma az ő letartóztatásuk elmaradása csak a rendőrség szemléletének változásán, illetve „jóindulatán” múlik.

Többen hiányként értékelik az egészségügyi és a szociális szféra hatásköreit, összekapcsolódási pontjait rögzítő jogszabályokat.

Egy szakértő az Európai Unió egyik drogokkal kapcsolatos állásfoglalásának átültetését is hiányolja az elmúlt évek jogalkotói tevékenységéből. Ez alapján elsősorban – a kereskedői típusú magatartások vonatkozásában – azt a differenciálást kellene végrehajtani, hogy melyek az egészségre különösen nagy (és már népegészségügyi) kockázatot hordozó szubsztanciák vagy szerek. Az EU a kábítószeres veszélyessége alapján történő differenciálást javasolja, miközben Magyarországon nincs ilyen megkülönböztetés. Ami a „listán” szerepel, az kábítószer, mindegy, hogy kannabisz vagy heroin, márpedig a különbségtétel nagyon is indokolt lenne.

A kutatás egyik résztvevője megemlítette, hogy gyakorta visszatérő vitakérdés az önálló drogtörvény létrehozása. Álláspontja szerint azonban hazánkban a probléma még nem olyan kiterjedt, hogy ezt önálló jogszabályként kellene szabályozni, más viszont éppen ezt a drogtörvényt hiányolja, mert pl. az ő területükön (büntetésvégrehajtásban) komoly problémát okoz annak hiánya.

Van, aki a biztonságos szórakozóhelyek program jogi háttérének kialakítását látná szívesen a meglévő jogszabályok között.

A kutatásban résztvevők közül sokan hangot adtak annak a meggyőződésüknek, hogy a stratégia egyik fontos hiányossága, hogy nem foglalkozik a droghasználó büntetőjogi megítélésének kérdésével, tulajdonképpen egyáltalán nem ad támpontot a büntetőjog kezeléséhez. Ebből következően is, kifogásolták, hogy a büntetőjog nem a stratégiával

párhuzamosan fejlődött, hanem mindig más, sokszor ellentétes tartalmat, de legalábbis üzenetet hordozott. Számos szakértő egységes álláspontja szerint a stratégiának 2000-ben el kellett volna döntenie, hogy milyen utat választ, és ezt következetesen végigjárnia.

Többen is kifogásolták, hogy nem hangzik el soha elég markánsan: a büntetőjog nem alkalmas a kábítószer-fogyasztás visszaszorítására, a kábítószer-fogyasztás csökkentése, megelőzése nem büntetőjogi kérdés.

Az egyik megkérdezett elmondta, bár a stratégia egyik fő alapelve, hogy a bűnüldözés és az igazságszolgáltatás a kábítószerkereskedelem haszonélvezői ellen irányuljon, ez a jogi szabályozás és a jogalkalmazás miatt korlátozottan és területileg eltérő mértékben valósult meg.

Néhány interjúalany erőteljesen hangsúlyozta, hogy sok tekintetben maga a büntetőjog akadályozta, akadályozza a stratégia megvalósulását, az elvek érvényesülését, érvényesítését.

Többen sérelmezték a kábítószerrel való visszaélés törvényi tényállásának érthetlenségét, hosszúságát. A megkérdezett egyik jogalkalmazó szerint a stratégia megvalósítását a jogi tényállás bonyolultsága, nehézkessége is akadályozta. Egyszerűsítés lett volna szükséges a jogi szabályozásban, figyelemmel arra, hogy ezt a rendkívül bonyolult tényállást mindenki máshogy értelmezte, és ebben a Legfelső Bíróság kötelező erejű jogegységi határozatai, illetve kollégiumi döntései sem segítettek.

Elhangzott olyan vélemény is, mely szerint a büntetőjogi szabályozás jól reagál a jelenlegi magyar viszonyokra, nem túl szigorú, de nem is túl megengedő.

Egyedi, politikusi véleményként pedig az is megfogalmazódott, hogy nem változtatni kell, hanem a jelenlegi jogszabályokat kell betartatni maradéktalanul. (Az interjúalany szerint, amíg büntetlenül lehet kendert bevinni egy magyar bíróságra, addig a jogszabályokat nem tartják be.)

A büntetés-végrehajtás képviselője és néhány civil kifejtette, hogy véleménye szerint a bíróságok sokszor nem tudják, hogy tulajdonképpen milyen következményei vannak az ítéleteiknek, hová is küldik a kábítószerrel való visszaélés elítélteit. Véleményük szerint nem gondolják végig ennek anyagi és – rövid, valamint hosszú távú – társadalmi következményeit.

Az egyik addiktológus arra hívta fel a figyelmet, hogy nincs rendezve a kiskorúak kezelésének jogszabályi háttere, pl. ezért nagyon nehéz lenne egy ifjúsági drogos osztályt nyitni. Nem tisztázott, hogy kié a felelősség, ha egy 17-18 éveset kellene kezelniük, ebbe hogyan lehetne a szülőket bevonni stb.

A szakértők problematikája

Több interjúalany (a jogalkalmazás és a civil szféra részéről) is felvetette az igazságügyi orvos szakértőkkel²⁶ kapcsolatos problémákat.

A civilek véleménye szerint a rendőrség csak olyan szakértőkkel dolgoztat, akik számukra megfelelő és azonnali szakvéleményt adnak, ami – néhány kezelésben dolgozó szerint – elfogadhatatlan. Elhangzott az is, hogy a jelenlegi szakértői rendszer teljesen a kezelés ellen dolgozik, vagyis a stratégiával ellentétes elveken alapul. Az

²⁶ Az ő szerepük kulcsfontosságú, hiszen ők döntenek arról, hogy a fogyasztó függőnek, vagy nem függőnek minősül, mely a büntetőeljárás kimenetelét alapvetően meghatározza.

egyik válaszadó sérelmezte, hogy nem szükséges addiktológus szakvizsga ahhoz, hogy egy szakértő kimondja, a gyanúsított függő, vagy nem.

A szakértőkkel kapcsolatos problematikára a jogalkalmazók is erőteljesen utaltak. Kifejtették, hogy nem történt meg a függés elemeinek orvos szakértői szempontból történő szakmai, tudományos definiálása, nem született egy átfogó, egységes módszertani levél a témában, jelenleg csak egy „torzszülemény” van hatályban. E nélkül azonban nem tisztázott, hogy a szakértők egységesen mit tekintenek függésnek, a testi és pszichés függést, vagy csak az egyiket stb. Sajnálatos módon a szakértői intézetek egyik vagy másik álláspont mellé „szakosodtak”. Az interjúalany állítása szerint az ítélkező bírók már tudják, hogy mely intézet nem ad ki soha „függő” szakvéleményt, illetve melyik „produkál” mindig függőséget.

A problémák kapcsán sokan hiányolják, hogy az orvos szakértői munka monitorozása egyáltalán nem valósult meg.

Elterelés intézménye

Szinte minden szakember egyetértett abban, hogy az elterelés jelenlegi formája nem igazán hatékony, átalakításra vár. Egyes vélemények szerint a változtatás elsődleges célja a differenciálás, mások szerint az intézmény megerősítése, tartalommal való megtöltése.

Az ellátás több képviselője, a jogvédők, jogalkalmazók és néhány politikus is megfogalmazta, hogy nem azoknak nyújt jelenleg a rendszer kezelést, akiknek erre szükségük van, hiszen az eltereltek többsége – néhány válaszadó szerint több mint 90%-a – alkalmi kannabisz fogyasztó. Néhány interjúalany szerint ez az idő és a pénz pocskolása mellett alkotmányos és emberi jogokat is sért, és nem utolsósorban teljesen szükségtelen. (Van, aki „enyhén szólva is” elhibázott prioritizálásnak tekinti, hogy míg a methadon programokra várólista van, addig az alkalmi, nem függő fogyasztók értelmetlen kezelése tömeges mértékű.)

A kutatás egyik résztvevőjének véleménye szerint az intézmény jelenlegi formájában, csak azt a „politikai gyávaságot” próbálja eltussolni, mely nem meri nyilvánosan vállalni azt, hogy a fogyasztók nem bűnözők. Ez a magatartás azonban nagyon sok pénzt emészt fel.

A Legfelső Bíróság értelmezései is akadályozták az elterelés tényleges, céljának megfelelő működését – figyelmeztet az egyik válaszadó. Ha egy bíróság az LB iránymutatása alapján járt el, akkor pont azok esetében nem vált lehetségessé az elterelés többnyire, akiknek ezt a jogalkotó szánta.

Egyes nézetek szerint elfogadhatatlan, hogy az elterelés uniformizált, vagyis mindenkire a féléves, kéthetente két óra rendszert alkalmazza. Itt addiktológiai, vagy pszichiátriai döntésre lenne szükség a kezelés formájával, tartalmával, gyakoriságával, időtartamával kapcsolatban, melyet a bíró vagy az ügyész csak jóváhagyna.

Bizonyos nézőpont szerint az intézmény mostani formájában azért is káros, mert az ellátás a büntető igazságszolgáltatástól várja a klienseket, „függővé vált tőle”, ahelyett, hogy „vonzó” szolgáltatásokat nyújtana a drogfogyasztóknak, és azok azt maguktól keresnék fel. Több ízben megfogalmazódott az a gondolat is, mely szerint az elterelés intézményrendszerére a kezelő intézmények fenntartása miatt van szükség. Bizonyos intézményeket – néhány válaszadó állítása szerint – kizárólag az elterelteknek tartanak fenn.

Eltérő álláspontot képviselt a megkérdezettek kisebb része azzal, hogy az elterelést a fogyasztók rendszerbe kerülésének szempontjából nagyon hasznosnak ítélte.

Egy válaszadó szerint maga a szakma túl megengedő a „puszta” fogyasztókkal szemben. Úgy érvel, ha már elterelésre került sor vele kapcsolatban, akkor valami probléma biztosan húzódik a háttérben, amivel foglalkozni kell.

Más interjúalany szerint az intézményt a civilek erősíthetnék meg azzal, hogy szakembert és kapacitást biztosítanak.

A politikusok egy része is jónak tartja az intézményt, csak a működését kellene javítani, valóssá tenni – jelezték néhányan közülük.

JAVASLATOK EGY KÖVETKEZŐ DROGSTRATÉGIÁHOZ

Általános javaslatok

A vizsgálatban felkeresett személyek közül sokan hangsúlyozták, hogy egy jövődó stratégiának rövidebb távra kell készülnie, valamint kevésbé ambiciózusnak kell lennie. Fontos, hogy konkrétabb, formailag is rövidebb, megfoghatóbb legyen és jóval kevesebb célkitűzést tartalmazzon, ahelyett, hogy „egy nagy álmot kívánjon” megvalósítani. Volt aki ezt úgy fogalmazta meg, hogy legyen operatívabb, koherensebb, átláthatóbb, megvalósíthatóbb.

A különböző területek képviselői közül több válaszadó is utalt arra, hogy a stratégia mellé konkrét akciótervek kellenek, felelősökkel, határidőkkel, mert a kormányhatározatok erre az elmúlt időszakban nem voltak alkalmasak. (Már csak azért sem – tették hozzá –, mert a stratégia megvalósítása nem csak a kormányzat feladata.)

Az egyik szakember álláspontja szerint rendkívül fontos lenne a stratégia megalkotásának folyamatába az érintett függőket, gyógyult drogbetegeket, illetve hozzátartozóikat is bevonni, hiszen nézőpontjuk más megvilágítást adhat a problémának.

Bár ez a vélemény nem jellemző, van aki úgy gondolja, hogy a kutatások ellenére²⁷ még mindig nem látunk egyáltalán tisztán drogügyben.

A célokat tekintve

A legtöbb válaszadó a célokat alig változtatná, csak kisebb korrekciókat, hangsúlymódosításokat javasolna. A pillérekkel szinte mindenki elégedett volt, azokat korszerűnek és arányosnak ítélték.

Az eredményesség növelésének kulcsát szinte mindenki a megvalósítás formáiban látja, vagyis, hogy legyen a célokhöz rendelt megfelelő akcióterv, felelősök, határidők, koordináció, jogi háttér és finanszírozás.

Sok válaszadóban felmerült, hogy egy drogstratégia izoláltan nem működtethető, kapcsolódnia kell más stratégiákhoz, társterületekhez (hajléktalan ügy, prostituált ügy, gyermekvédelem stb.), valamint egyéb szenvedélybetegségek problematikájának kezeléséhez (alkohol, cigaretta, játékszenvedély stb.). Önmagában egy különálló stratégia – legyen az bármilyen korszerű – nem alkalmas a háttérben meghúzódó jelentős társadalmi és gazdasági problémák feltárására és megoldására. Összességében tehát komplexebb megközelítést kell alkalmazni a közös gyökerű és társadalmi méretekben jelentkező problémák megoldására. Volt olyan szakértő, aki egy átfogó mentális egészségstratégiát dolgozna ki a drogstratégia helyett.

Az interjúalanyok közül sokan reális kimeneti célokat szeretnének, ami nem utópisztikus. Azaz, ne azt tűzze ki célul a stratégia, hogy ne legyen kábítószer-

²⁷ Az interjúalany ellentmondásokat tartalmazó véleményében még az is megfogalmazódik, hogy a kérdezettek amúgy sem mondanak igazat a kutatások során. Arra vonatkozóan nem fogalmazott meg azonban elképzelést, hogy akkor ezt hogyan lehet jobban mérni.

fogyasztás Magyarországon, hanem azt, hogy hány százalékkal kevesebb legyen a heroinhasználó.

Nagyon sok interjúalany (elsősorban a szakemberek) hiányolta a stratégiából a kábítószer-probléma és a büntetőjog viszonyának tisztázását. Emiatt kiemelten javasolták, hogy erre a következő stratégia mindenképpen tegyen kísérletet. A politikusok ezzel ellentétben azt hangsúlyozták, hogy a büntetőjognak a „belekeverésével” nem lenne egységesen, minden párt által támogatott a stratégia, tehát ennek megvalósítására gyakorlatilag nem látnak esélyt.

A stratégiának a gyermekek mindenek felett álló érdekét is meg kellene jeleníteni, – javasolja az egyik interjúalany – melyet a büntetőjog, a büntetőeljárás jelenlegi formájában biztosan nem szolgál.

Az egyik megkérdezett azt képviselte, hogy az „egyszerű” fogyasztás dekriminalizációja mellett a problémás drogfogyasztókkal való – akár kezelési, akár rendészeti szempontú – intervenció hatékonyabbá tételén kellene dolgozni, abban kellene célokat megfogalmazni. Véleménye szerint a társadalmat sem az zavarja, ha valaki elszív egy füves cigit lefekvés előtt, hanem az, ha a heroin fogyasztó naponta betör valahová, mert az már komoly társadalmi probléma.

Olyan válaszadó is volt, aki a hagyományos kereslet-kínálatcsökkentés paradigmáján nyugvó drogpolitikától eltávolodna és az ártalomcsökkentésre, a drogpiaccal szükségszerűen együtt járó társadalmi és egészségügyi károk csökkentésére helyezné a hangsúlyt. Utópisztikus célkitűzésnek tartja az olyan célok megfogalmazását, mely százalékos csökkenést tervez a droghasználatban, vagy a hozzáférésben.

Volt, aki felhívta a figyelmet arra, hogy a stratégia jelenleg szinte csak a fiatalokat (az iskolai oktatásban résztvevőket) tekinti célcsoportjának. A következő stratégiának figyelemmel kell lennie arra is, hogy felnőtt korban egy generáció, aki adott esetben még kimaradt a prevencióból, de most a harmincas éveit taposva találkozhat a kábítószerrel.

Az ártalomcsökkentésre nagyon sokan kiemelt célként, jóval nagyobb hangsúlyt helyeznének.

A tevékenységeket tekintve

Az interjúalanyok közül sokan utaltak arra, hogy bármilyen tevékenységek is kerülnek a következő drogstratégiába, azok sokkal rendszeresebb monitorozása, pontosan meghatározott indikátorok szerinti nyomon követése alapkövetelmény kell, hogy legyen.

Minden pillér tekintetében szükségesnek vélik az együttműködés kialakítását, fokozását, rendszerszerű alkalmazását, melybe magukat az érintetteket is be kell vonni.

Olyan csoportokra is ki kell terjeszteni a tevékenységeket, akik eddig nem képeztek markáns célcsoportot, mint pl. a prostituáltak, a bevándorlók, és olyan tevékenységekkel is össze kell kapcsolni a drog elleni küzdelmet, amelyek eddig háttérben voltak (mint pl. a HIV, az AIDS prevenció).

A kábítószer terület átpolitizáltságát meg kell szüntetni, itt egyedül a szakmai érveknek és megfontolásoknak, nem pedig az ideológiáknak van helyük.²⁸

KEF-ek

A KEF-eket, mint kialakult, létező intézményrendszert mindenképpen fenn kell tartani, de működésüket támogatni kell (pl. normatív módon, pántlikázott finanszírozással), akár a civil szféra hatékonyabb bevonásával is. Fontos lenne hatáskörüket kiterjeszteni, elsősorban a más pszichoaktív szerekkel (alkohollal, gyógyszerrel) kapcsolatos problémákra is.

Prevenció

Számos interjút adó szakember jelezte a szelektív prevenció, az indikált prevenció irányzatok szükségességét. Célzott populációnak, célzott üzeneteket kell eljuttatni, melyekkel az iskolán kívüli prevenció területet is meg kell célozni, úgymint a közösségi vagy szabadidős színterek²⁹, és legfőképpen a szülő, illetve maga a család. Ez utóbbiak eléréséhez speciális programok és megfelelő intézményrendszer szükséges.

Többen javasolták, hogy a prevencióval már az óvodás korcsoportot is meg kell célozni.

Az információátadás mellett több fókuszra kell kapnia az indirekt és interaktív – az érzelmi nevelésen alapuló, a szociális kompetenciákat fejlesztő – prevenció programoknak. Nem csak a direkt prevenció programokat kell tehát támogatni, hanem azokat a programokat, kezdeményezéseket is, amelyek valódi alternatívát adnak a gyermekek számára.

A prevenció programok akkreditációját ki kell dolgozni annak érdekében, hogy valóban hatékony programokra költsek a meglévő erőforrásokat. Néhány válaszadó felvetette, hogy a prevenció programok minőségének ellenőrzéséhez szükséges lenne – a kétéves periódusok helyett – hosszú távú utánkövetési rendszereket felállítani.

Egy válaszadó a romák speciális szükségleteire reagáló prevenció programok kidolgozásának szükségességét hangsúlyozta.

Az iskolában drogügyi koordinátori munkakör kialakítására lenne szükség – vélik néhányan.

Kezelés, ellátás

Integrált addiktológiai ellátást kell megvalósítani, ahol minden elem valamely közös eszmeiségben szerveződik, valamint transzparencia és átjárhatóság van a rendszeren belül.

Létre kell hozni egy önálló addiktológiai szakmai kollégiumot, mely a minőség biztosítását garantálná.

Ahol nincs ellátás, oda – ha helyben nincs elegendő szándék vagy motiváció – akár felülről kell „telepíteni“, megfelelően képzett szakemberekkel és finanszírozással, azért, hogy ne legyenek fehér foltok az ellátásban (pl. Dunaújvárosba).

Meg kell találni a szociális és az egészségügyi szféra együttműködésének jelenleginél hatékonyabb formáját, és ki kell dolgozni az egészségügyi személyzet motiválásának

²⁸ Az egyik szakpolitikus felhívónak tartja, hogy már a drogterület szakértői is azonosulnak néhányan az őket felkérő pártok eszmerendszerével.

²⁹ Az interjúalanyok a Pláza-programokról is beszéltek.

útjait. Hálózatokat kell kialakítani, együtt dolgozni és együtt gondolkodni a drogprobléma megoldásain.

Külön szükséges foglalkozni a terhes anyák ellátásával, a 16 éven aluli függők és a börtönlakók gondozásával.

Hangsúlyt kell helyezni a hosszabb távú eredmények elérése érdekében a medikális orvosi ellátás mellett, a kezelés pszicho-szociális részére is.

Definiálni kell az ellátás hatékonyságának fogalmát, és monitorozási rendszereket kell kiépíteni.

Az utógondozás rendszerét is ki kell dolgozni, hogy a rehabilitáción átesettek visszaesését megakadályozzák. Ebben az utógondozásban a félutas házaknak éppúgy szerepük van, mint pl. a reszocializációt támogató szolgáltatásoknak.

Az anonim alkoholisták klubjaihoz hasonlóan az anonim drogbetegek klubjait mozgalommá kellene szervezni, ezáltal segítve visszailleszkedésüket a társadalomba.

Ártalomcsökkentés

Ezen a területen a társadalom érzékenyítése a legfontosabb feladat, azaz annak elfogadtatása, megértetése, hogy miért fontos a „drogosok segítése”. Az ártalomcsökkentés a prevenció egy speciális területe, attól nehezen lenne elválasztható.

Minőségbiztosítás

A pályázatokhoz kapcsolódó már-már az ellátást veszélyeztető adminisztrációs terheket meg kell szüntetni, melynek helyére a minőségbiztosítás vonulhatna be.

A büntetés-végrehajtási intézetekben pedig a stratégia írja elő, hogy speciálisan milyen módon és milyen ellátást kell nyújtani az ott lévő drogbetegeknek.

Média

A közösségi drogmegelőzésben a média pozitív szerepét kellene erősíteni. Erre nemcsak országos szinten, hanem akár a kisvárosokban is érdemes lenne odafigyelni.

Szakértők

A szakértőkkel kapcsolatos fentiekben részletezett problémát sokak szerint rendezni kell. Elhangzott olyan javaslat, mely szerint nemzetközi gyakorlatot, pl. a portugál szakértői teamek példáját kellene követni. Portugáliában egy pszichiáter-addiktológusból, egy szociális munkásból és egy pszichológusból áll a csapat, s ők együttesen döntenek arról, hogy függő-e a fogyasztó. De felmerült olyan ötlet is, hogyha fél évig már kezelésben volt a kliens, akkor a szakértőt kiválthatná a kezelő intézmény véleménye is. Ez egyúttal növelné az ellátásra jelentkezők számát is.

Az erőforrásokat tekintve

Szinte minden megkérdezett megjegyezte ugyan az interjúk során, hogy forrásnövelésre lenne szükség, de többen kiemelték, hogy az ország helyzetére is figyelemmel inkább az elosztást kellene átalakítani.

A fentiekől markánsan eltérő nézetet fogalmazott meg az egyik szakember azon kijelentésével, mely szerint a drogkérdés kezelésére fordított erőforrások növelése szükségtelen, hiszen népegészségügyi jelentőségéhez képest így is kiemelt figyelmet és költségvetési forrást kap.

Minden válaszadónak megvan a saját maga által favorizált területe abban a tekintetben, hogy melyik tevékenységnek biztosítana többlet forrásokat, így ebben a kérdésben nehéz markáns tendenciákat felállítani. A legtöbbször a kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés, illetve a prevenció területét említették a kutatásba bevontak³⁰.

Felmerült, hogy az elterelés átalakításával például jelentős összegeket lehetne átcsoportosítani a problémás droghasználók kezelésre.

Több válaszadó javasolta, hogy a jövőben már több helyen át kellene alakítani a pályázati rendszereket normatív finanszírozássá, hogy kiszámíthatóságuk, tervezhetőségük kapcsán minőségük, hatékonyságuk is növekedjen.

A civilek egyik képviselője határozottan amellettt érvelt, hogy meg kell fordítani az arányt az ellátás és a büntető-igazságszolgáltatás költségvetési forrásai között, vagyis kétszer annyit kellene költeni az előbbire, mint az utóbbira.

Nagyon sokan egyértelműen a kínálatcsökkentésre fordított összegeket csökkentenék, mégpedig nagyságrendekkel.

Néhányan a KEF-ek működtetését kötelező önkormányzati feladattá tennék, ehhez rendelt normatív finanszírozással.

Sok válaszadó hangsúlyozta a kezelés, ellátás kiemelt költségvetési támogatásának jövőbeli szükségességét. Mások azonban egyértelműen a prevenciót és a társadalom érzékenyítését finanszíroznák erősebben, akár a többi pillér rovására is.

Több olyan megkérdezett van, aki elsősorban ellátási és prevenció térképet készítené, felmérné az adott földrajzi terület eltérő szükségleteit, hogy ezáltal tudatosabb és differenciáltabb lehessen a forráselosztás.

Az alacsonyküszöbű ellátások fejlesztését sokan helyeznék magasabb szintre az erőforrás elosztási hierarchiában, mégpedig azért, mert ez nagyon sok embert tud elérni. A rendszerbe gyakorlatilag ezzel lehet beléptetni a drogbeteget, anélkül nem működik a többi ellátás sem.

Az egyik interjúalany a folyamatos felmérést és monitorozást helyezné a forráselosztás középpontjába. Álláspontja szerint évente reagálnia kell a forráselosztásnak is az élet, a változó világ által produkált problémákra.

A kormányzati koordinációt tekintve

A terület kormányzati koordinációja, szakmai vezetése a válaszadók szinte egységes véleménye szerint 2003-tól meredeken hanyatlik.

A koordináció helyére, formájára és szintjére számos ötlet hangzott el. A válaszadók jelentős része a területet a Miniszterelnöki Hivatalhoz helyezné³¹ és szakállamtitkárságot alakítana ki a feladat ellátására. Több interjúalany ezen államtitkárság hatáskörébe helyezné egyúttal az összes szenvedélybetegség

³⁰ Választásuk erőteljesen függ az általuk reprezentált szférától, illetve azon meggyőződésüktől, hogy igazából lehet-e jelentős hatást várni a prevenció programoktól a drogügy területén.

³¹ Egy-egy válaszadó említette csak az egészségügyi tárcát és a szociális tárcát.

koordinációját. Ennek háttérében az áll, hogy a mai magyar közigazgatásban a rang érdekérvényesítési képességet is rejt – indokolták a kérdezettek javaslatukat.

Más úgy fogalmazta meg az e területtel kapcsolatos javaslatát, hogy mindegy hova kerül, de az stabil legyen, amely nem változik állandóan, még egy következő kormány esetén sem³².

A KKB működését, jelenlétét a válaszolók mindegyike pozitívként értékelte, bár hatékonyságának megítélése már eltérő volt. A civilek bevonásával is szinte mindenki egyetértett, hiszen új nézőpontjuk segíti a munka előremozdulását, a kreatív megoldások megtalálását. Egy válaszadó utalt arra, hogy fontos lenne azonban kifejezetten drogbetegeket is bevonni a bizottságba. A terület leértékelődését az utóbbi időben jól tükrözi a tárcák által küldött képviselők „rangja” – emelték ki többen.

Markáns véleményt alkotott a közigazgatás egyik képviselője, amikor kifejtette, hogy véleménye szerint, ha a döntés és a koordináció nem egy helyen van, akkor a koordináció csak egy „jóízű” beszélgetés. A drogügyet tehát oda kéne tenni, ahol a döntések vannak, s ha ez egy kancellária típusú közigazgatás, akkor a kancelláriához. Néhány vélemény szerint egy erős szakmai előkészítés kell, de ennek a minisztériumi hierarchia jelenlegi formája nem kedvez. A szakmai előkészítés után jöhetne a politikai szint, de jelenleg sajnos a politika rángatja a szakmát.

A jogalkotást tekintve – kiemelt tekintettel a büntetőjogra

A büntető törvénykönyv módosítását sokan sokféleképpen ítélik meg.

Több válaszadó egyszerűsítene, „liberalizálna” a jogalkotásban, hogy a jogi környezet is megfeleljen végre a stratégia szellemiségének. Mivel a drog nem csak egy élvezeti cikk, hanem használata mögött rengeteg társadalmi probléma van, akkor a megoldás is csak társadalmi lehet, semmiképpen sem büntetőjogi – hangzott az érvelés.

A Btk. módosításának hívei akár civil, közigazgatási, vagy politikai oldalt képviselnek, a fogyasztást, a kábítószer-használat alapesetét nem tekintenek bűncselekménynek, hanem kivennék a büntetőtörvénykönyvből és szabálysértésnek minősítenék. Véleményük szerint ez pozitívan hatna a prevencióra, az ártalomcsökkentésre, és a kezelésre. (Többen érvként hozták fel azon statisztikát, mely szerint Európa legszigorúbb kábítószeres tényállásának hatálya alatt sem csökkent soha a kábítószer-fogyasztás.)

A megkérdezett jogalkalmazó a kábítószer-fogyasztás bűncselekményét, az elterelésre lehetőséget adó esetekben szintén szabálysértésnek nyilvánítaná. Ezáltal egy rendkívül költséges és hosszadalmas bírósági ügy egy gyors és olcsó rendőrségi hatáskörbe tartozó üggyé alakulna. Így a nehézkes és sokszor nem szakszerű szakértő bevonására sem lenne szükség.

Volt olyan válaszadó, aki a szabálysértéssé nyilvánítás indokaként azzal is érvelt, hogy bár a fogyasztók többsége úgyis elterelésre kerül, a vizsgálat alatt büntetőjogi intézkedések sújtják, mely felesleges és káros.

Az egyik interjú résztvevője kifejtette, hogy amennyiben nincs lehetőség a szabálysértéssé nyilvánításra, akkor érdemes lenne, legalább olyan eszközt adni az eljáró rendőr kezébe, hogy az jogszerűen eltekinthetne az eljárás megindításától. Ez egy német modell, mely alapján – bár a kábítószer-fogyasztás bűncselekmény – a

³² Az interjúalany szemléletesen a „csen-csen gyűrű” nevű játékhoz hasonlította az elmúlt időszak történetét e tekintetben.

rendőr dönthet úgy – a körülmények figyelembevételével és mérlegelésével –, hogy nem indít eljárást.

Elhangzott olyan szakértői álláspont is, mely szerint a függést, mint enyhítő körülményt ki kellene iktatni a büntető jogból. Ez ugyanis nem büntetőjogi kategória, és figyelembe kell venni azon tapasztalatokat, hogy ezt a szabályozást gyakorlatilag a terjesztői hálózatok használják ki: függőket alkalmaznak, használnak ki üzleti céljaikra, mivel ők úgyszintén enyhébb büntetést kapnak.

A jogászok szinte kivétel nélkül egyetértenek abban, hogy a jelenlegi bonyolult szabályozás nem megfelelő. Ezt egy keret jogszabályként működő, könnyen értelmezhető, kínálati oldalt célzó tényállással kell helyettesíteni, hogy minden hatóság ugyanazt értse alatta és ne legyen szükség a Legfelső Bíróság értelmezésére.

Javaslatként hangzott el az is, hogy szükséges egy költségkímélőbb eljárás bevezetése, így például a szakértői vélemény helyett legyen elég egy egyszerű drogteszt alkalmazása.

A jogi környezet egyszerűsítésének hívei több ízben is hangsúlyozták, hogy javaslataikat semmiképpen nem tekintik a kábítószer-fogyasztás legalizálásának.

Számszerűen jóval kevesebben amellet érvelnek, hogy most már nem módosítanák a Büntető Törvénykönyvet. Az indokok sokrétűek:

Egyesek szerint ezzel elkerülhető a kérdés ismételt átpolitizálása, míg más álláspont azt emeli ki, hogy egy bíró képes választani a megrovástól szabadságvesztésig terjedő büntetési skálán a cselekmény súlyának megfelelő büntetést.

A büntetőjogi kezelés más hívei szerint ezzel a jogalkotó fontos üzenetet közvetít, vagyis felhívja a társadalom figyelmét arra, hogy ez egy elítélendő és káros magatartás, míg a szabálysértéssé nyilvánítás inkább a legalizáció irányába mutató üzenet lenne.

1. MELLÉKLET: KÉRDŐÍV SZAKPOLITIKUSOK SZÁMÁRA

NEMZETI STRATÉGIA A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA VISSZASZORÍTÁSÁRA értékelésének elkészítését segítő mélyinterjú vezérfonala

Jogalkotásban, szakpolitikában részt vevő interjúalanyok számára

Kérdező! Ismertesd a kérdezendő személlyel az alábbi szöveget!

Mint ismeretes, az idén kerül sor az Országgyűlés által 2000-ben elfogadott, *„Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására”* című dokumentum értékelésére, és – a tervek szerint – az értékelés eredményei alapján még 2009-ben sor kerül az új Stratégia kidolgozására. A Stratégia értékelésének egyik kiemelt fontosságú lépése a jogalkotók, szakpolitikusok valamint a drogszcénában dolgozó szakemberek reprezentánsainak megkeresése, véleményük kikérése. A beszélgetések során összegyűjtött és anonimizált vélemények alapján, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából az EgészségMonitor készíti el azt az elemzést, amely a Stratégiát értékelő dokumentum egyik fejezete lesz. Véleményével, javaslataival ekképpen hozzá tud járulni az új drogstratégia kialakításához. Kérem, engedje meg, hogy véleményének pontosabb lejegyzése érdekében a beszélgetés alatt hangfelvételt készítsék! Köszönöm.

Kérdező! Az első blokk célja annak vizsgálata, hogy a Stratégia hosszútávú céljaihoz képest megfelelő irányú és mértékű VÁLTOZÁSOK történtek-e.

- 1. 2000. decemberében az Országgyűlés Nemzeti Stratégiát fogadott el a kábítószer-probléma visszaszorítására. Ön hogy látja, történtek-e jelentős változások az azóta eltelt időszakban ezen a területen?**

Kérdező! Először hagyja spontán beszélni az interjúalanyt, s csak utána térjen rá a konkrét kérdésekre.

Most, az egyes – a Stratégiában külön kiemelt – területekről, un. pillérekről szeretném kérdezni.

- 2. A Stratégia kiemelten foglalkozik a drogprobléma kezelése iránt ÉRZÉKENY KÖZÖSSÉGEK kialakulásának elősegítésével: „A társadalom váljon érzékenyebbé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában” fogalmaz a Stratégia. A cél elérése érdekében helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) működését, szakemberképzést, a helyzet pontosabb megismerését lehetővé tevő kutatások szervezése szerepelt a Stratégiában. Véleménye, tapasztalatai alapján**

történtek-e ezeken a területeken változások és ha igen, ezek milyen irányúak voltak?

- 3. A Stratégia másik kiemelt területe a MEGELŐZÉS, A PREVENCIÓ. „Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására”- áll a dokumentumban. Mit gondol, ebben mennyire volt eredményes az elmúlt 7 év? Miben sikerült előrelépni és miben nem a megelőzés és a prevenció területén?**

Kérdező! Itt elsősorban a prevenció eredményére vagyunk kíváncsiak az interjúalanytól: csökkent-e a droghasználók és kipróbálók száma, növekedett-e a működő (hatékony), egészségfejlesztő, drogprevenciót tartalmazó programok száma, volt-e ehhez megfelelő szervezeti keret, elegendő pénz, képzések, működő monitoring rendszer, folyamatos kutatások stb. Ha ezeket nem említi a kérdezett spontán, kérdezzen rá!

- 4. Ön bizonyára jól ismeri, hogy a Stratégia a kezelés és ellátás területén belül az (1) egészségügyi és szociális ellátásokkal, (2) az ártalomcsökkentéssel, (3) a minőségbiztosítással, valamint (4) a képzéssel, továbbképzéssel kapcsolatban fogalmaz meg célkitűzéseket: „Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drog-problémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció)”. Ezek között szerepel az ELLÁTÁSOK ELÉRHETŐSÉGÉNEK javítása, az ELLÁTÓK FOGADÓKÉSZSÉGÉNEK és az ELLÁTÁS HATÉKONYSÁGÁNAK növelése. Ön szerint ezek a célkitűzések hogyan teljesültek?**

- 5. A kínálatcsökkentés, azaz a drogokhoz való hozzáférés lehetőségének csökkentése a Nemzeti Stratégia utolsó kiemelt területe. Ebben véleménye szerint sikerült-e előrelépni?**

Kérdező! A következő blokk tartalma annak vizsgálata, hogy a Stratégia kitűzött hosszútávú céljaihoz köthető TEVÉKENYSÉGEK közül melyek jártak eredménnyel, melyek nem és miért igen vagy miért nem? Ha ezekre már az előző blokkban kitért az interjúalany, saját szavait tükröztesse vissza és – értelemszerűen – úgy tegye fel a kérdéseket!

- 6. Összességében tehát Ön szerint közelebb jutottunk a Stratégia céljaihoz vagy nem?**
- 7. Mi az, amiben véleménye szerint a leginkább előre léptünk a Stratégia megvalósításában? (Mivel elégedett a leginkább?) Mit gondol, miért ez a terület (ezek a területek) a legsikeresebb(ek)?**
- 8. És mi az, amit a leginkább hiányol a stratégiai célok megvalósulásából? (Mivel elégedetlenebb a leginkább?) Mit gondol, miért ez a terület (ezek a területek) a legkevésbé sikeres(ek)?**
- 9. Ön szerint milyen tevékenységek lettek volna alkalmasabbak ahhoz, hogy a Stratégiában megfogalmazott célok eredményesebben teljesüljenek? Esetleg tudna konkrét példákat is mondani erre? Miért gondolja ezt?**
- 10. Van-e olyan probléma amit a Stratégia egyáltalán nem kezel, pedig szükséges lenne? Mi ez?**

- 11. Tudna esetleg említeni olyan stratégiai célt, amelynek szerepelnie kellett volna a 2000-ben megfogalmazott célok között?**
- 12. Mit gondol, szükséges lett volna ez alatt a 7 év alatt új jogszabályokat, rendeleteket alkotni, vagy a meglévőket módosítani?**

Kérdező! A következő blokkban a Stratégia megvalósítását segítő ERŐFORRÁSOK mennyiségéről, összetételéről, felhasználásukról és hasznosulásáról kérdezzük az interjúalanyt.

- 13. Mit gondol, a Stratégiában megfogalmazottak megvalósítására rendelkezésre bocsátott erőforrások mennyisége és összetétele megfelelő volt-e? Másképp fogalmazva: a Stratégia végrehajtására volt-e elegendő idő, pénz és humán erőforrás, illetve e kettő hogyan viszonyult egymáshoz?**
- 14. Az erőforrások felhasználása az Ön megítélése szerint összhangban volt-e a Stratégia célkitűzéseivel (arra használták-e, amire nagyon fontos volt)?**
- 15. Tud-e esetleg olyan területet mondani, ahol a ráfordítások konkrét eredménnyel jártak, azaz jól hasznosultak?**
- 16. És olyat, ahol a ráfordításoknak nem volt eredménye, azaz úgy tűnik a ráfordítás felesleges volt?**
- 17. Az erőforrások összetételében és nagyságában milyen változtatásokat javasolna a következő időszakra?**
- 18. Esetleg több pénzt biztosítana, vagy több szakembert képezne és azokat hosszú távon foglalkoztatná?**
- 19. Melyik területre adna több forrást? Miért?**

Kérdező! Ha megnevez olyan területet, amelyiken szerinte növelni kellene a támogatást, akkor tedd fel a következő kérdést.

- 20. Abban az esetben, ha nem állna többletforrás rendelkezésre a drogproblémák elleni küzdelemre, de az előbb megnevezett területre többet fordítana, mely területetektől vonna el támogatást? Miért?**

Kérdező! Az utolsó blokkban a következő Stratégiához gyűjtünk JAVASLATOKAT! Nagyon fontos, hogy erre a részre is jól felhasználható javaslatokat kapjunk.

- 21. Ha lehetősége lenne egy következő Nemzeti Drogstratégia kidolgozásában részt venni, mit javasolna a készítőknak?**
 - a CÉLOKAT tekintve: mik legyenek a legfontosabb célok, hová tegyék a legfontosabb hangsúlyokat (maradjanak-e a régi célok, vagy esetleg teljesen újakat kellene megfogalmazni)**
 - a célokhoz kapcsolható TEVÉKENYSÉGEKET tekintve: mik legyenek a legfontosabb tevékenységek, amelyekről a leghatékonyabb eredmények**

várhatóak (szükséges-e változtatni a most alkalmazott tevékenységeken, vagy csak a régiakat kell jobban alkalmazni?)

- az ERŐFORRÁSOKAT tekintve: növelni szükséges-e a ráfordításokat, és mely területeknek kell ebben elsőbbséget élvezniük?

22. A Stratégia eredményeit végigtekintve, véleménye szerint kellene-e változtatni a kábítószer-ellenes tevékenység kormányzati koordinációjának jelenlegi formáján?

23. Ismerve a kábítószer-probléma visszaszorítására ajánlott, gyakran ellentétes nemzetközi és a hazai véleményeket, Ön szerint szükségesek-e alapvető, jogalkotást is igénylő változtatások a hazai gyakorlatban, gondolva itt pl. a drogpolitika és a büntető politika kapcsolatára?

24. EGYÉB javaslatok

KÖSZÖNJÜK A BESZÉLGETÉST

2. MELLÉKLET: KÉRDŐÍV SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

NEMZETI STRATÉGIA A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA VISSZASZORÍTÁSÁRA értékelésének elkészítését segítő mélyinterjú vezérfonala

Szakember interjúalanyok számára

Kérdező! Ismertesse a kérdezendő személlyel az alábbi szöveget!

Mint ismeretes, az idén kerül sor az Országgyűlés által 2000-ben elfogadott, „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című dokumentum értékelésére, és – a tervek szerint – az értékelés eredményei alapján még 2009-ben sor kerül az új Stratégia kidolgozására. A Stratégia értékelésének egyik kiemelt fontosságú lépése a jogalkotók, szakpolitikusok valamint a drogszcénában dolgozó szakemberek reprezentánsainak megkeresése, véleményük kikérése. A beszélgetések során összegyűjtött és anonimizált vélemények alapján, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából az EgészségMonitor készíti el azt az elemzést, amely a Stratégiát értékelő dokumentum egyik fejezete lesz. Véleményével, javaslataival ekképpen hozzá tud járulni az új drogstratégia kialakításához. Kérem, engedje meg, hogy véleményének pontosabb lejegyzése érdekében a beszélgetés alatt hangfelvételt készítsék! Köszönöm.

Kérdező! Az első blokk célja annak vizsgálata, hogy a Stratégia hosszútávú céljaihoz képest megfelelő irányú és mértékű VÁLTOZÁSOK történtek-e.

- 1. 2000. decemberében az Országgyűlés Nemzeti Stratégiát fogadott el a kábítószer-probléma visszaszorítására. Ön hogy látja, történtek-e jelentős változások az azóta eltelt időszakban ezen a területen?**

Kérdező! Először hagyja spontán beszélni az interjúalanyt, s csak utána térjen rá a konkrétabb kérdésekre.

Most, az egyes – a Stratégiában külön kiemelt – területekről, az un. pillérekről szeretném kérdezni.

- 2. A Stratégia kiemelten foglalkozik a drogprobléma kezelése iránt ÉRZÉKENY KÖZÖSSÉGEK kialakulásának elősegítésével: „A társadalom váljon érzékenyebbé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában” fogalmaz a Stratégia. A cél elérése érdekében helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) működését, szakemberképzést, a helyzet pontosabb megismerését lehetővé tevő**

kutatások szervezése szerepelt a Stratégiában. Véleménye, tapasztalatai alapján történtek-e ezeken a területeken változások és ha igen, ezek milyen irányúak voltak?

3. A Stratégia másik kiemelt területe a MEGELŐZÉS, A PREVENCIÓ. „Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszaütésére”- áll a dokumentumban. Mit gondol, ebben mennyire volt eredményes az elmúlt 7 év? Miben sikerült előrelépni és miben nem a megelőzés és a prevenció területén?

Kérdező! Itt elsősorban a prevenció eredményére vagyunk kíváncsiak az interjúalanytól: csökkent-e a droghasználók és kipróbálók száma, növekedett-e a működő (hatékony), egészségfejlesztő, drogprevenciót tartalmazó programok száma, volt-e ehhez megfelelő szervezeti keret, elegendő pénz, képzések, működő monitoring rendszer, folyamatos kutatások stb. Ha ezeket nem említi a kérdezt spontán, kérdezzen rá!

4. Ön bizonyára jól ismeri, hogy a Stratégia a kezelés és ellátás területén belül az (1) egészségügyi és szociális ellátásokkal, (2) az ártalomcsökkentéssel, (3) a minőségbiztosítással, valamint (4) a képzéssel, továbbképzéssel kapcsolatban fogalmaz meg célkitűzéseket: „Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drog-problémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció)”. Ezek között szerepel az ELLÁTÁSOK ELÉRHETŐSÉGÉNEK javítása, az ELLÁTÓK FOGADÓKÉSZSÉGÉNEK és az ELLÁTÁS HATÉKONYSÁGÁNAK növelése. Ön szerint ezek a célkitűzések hogyan teljesültek?

5. A Stratégia azt is célul tűzte ki, hogy differenciált ellátást és intézményrendszert kell létrehozni, amely a kapcsolatfelvételtől a kezelésen, a rehabilitáción át a foglalkoztatási reszocializációig bezárólag segíti a drogproblémákkal küzdőket. A Stratégia szerint ehhez KAPACITÁSFEJLESZTÉS, valamint a különböző EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÓK KÖZÖTTI EGYÜTTMŰKÖDÉS szükséges. Hol tartunk most ebben az Ön tapasztalatai szerint?

6. Mint ismeretes, az ÁRTALOMCSÖKKENTÉS a droghasználat okozta egészségügyi és társadalmi károk csökkentését célozza, mint pl. a HIV/AIDS, a hepatitisz terjedésének megakadályozását, a droghasználók által elkövetett bűncselekmények számának csökkentését, a megkereső programok és a helyettesítő kezelések biztosítását. Mit gondol, milyen változások történtek ezen a területen?

7. A kezelés és az ellátás területén a harmadik „pillért” a MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS jelenti. Ide tartozik a droghasználókkal foglalkozó egészségügyi és szociális intézmények minőségbiztosításának, valamint a civil szervezetek minőségkontrolljának kidolgozása, az értékelés bevezetése, a tudományos eredmények felhasználása, a szakmai együttműködések és a terápiás protokollok fejlesztése is. Tudomása szerint megfigyelhető volt változás ezen a területen?

8. A Stratégia kitért a KÉPZÉS ÉS TOVÁBBKÉPZÉS, a kezelések szakmai és társadalmi elfogadottságának növelésére is. Történt ezen a területen véleménye szerint valamilyen előrelépés?

- 9. Összességében a kezelésben-ellátásban mely területen történt Ön szerint a legjelentősebb előrelépés?**
- 10. És mely területen a legjelentősebb az elmaradás?**
- 11. A kínálatcsökkentés, azaz a drogokhoz való hozzáférés lehetőségének csökkentése a Nemzeti Stratégia utolsó kiemelt területe. Ebben véleménye szerint sikerült-e előrelépni?**

Kérdező! A következő blokk tartalma annak vizsgálata, hogy a Stratégia kitűzött hosszútávú céljaihoz köthető TEVÉKENYSÉGEK közül melyek jártak eredménnyel, melyek nem és miért igen vagy miért nem? Ha ezekre már az előző blokkban kitért az interjúalany, saját szavait tükröztesse vissza és – értelemszerűen – úgy tegye fel a kérdéseket!

- 12. Összességében tehát Ön szerint közelebb jutottunk a Stratégia céljaihoz vagy nem?**
- 13. Mi az, amiben véleménye szerint a leginkább előre léptünk a Stratégia megvalósításában? (Mivel elégedett a leginkább?) Mit gondol, miért ez a terület (ezek a területek) a legsikeresebb(ek)?**
- 14. És mi az, amit a leginkább hiányol a stratégiai célok megvalósulásából? (Mivel elégedetlenebb a leginkább?) Mit gondol, miért ez a terület (ezek a területek) a legkevésbé sikeres(ek)?**
- 15. Ön szerint milyen tevékenységek lettek volna alkalmasabbak ahhoz, hogy a Stratégiában megfogalmazott célok eredményesebben teljesüljenek? Esetleg tudna konkrét példákat is mondani erre? Miért gondolja ezt?**
- 16. Van-e olyan probléma amit a Stratégia egyáltalán nem kezel, pedig szükséges lenne? Mi ez?**
- 17. Tudna esetleg említeni olyan stratégiai célt, amelynek szerepelnie kellett volna a 2000-ben megfogalmazott célok között?**
- 18. Mit gondol, szükséges lett volna ez alatt a 7 év alatt új jogszabályokat, rendeleteket alkotni, vagy a meglévőket módosítani?**

Kérdező! A következő blokkban a Stratégia megvalósítását segítő ERŐFORRÁSOK mennyiségéről, összetételéről, felhasználásukról és hasznosulásáról kérdezzük az interjúalanyt.

- 19 Mit gondol, a Stratégiában megfogalmazottak megvalósítására rendelkezésre bocsátott erőforrások mennyisége és összetétele megfelelő volt-e? Másképp fogalmazva: a Stratégia végrehajtására volt-e elegendő idő, pénz és humán erőforrás, illetve e kettő hogyan viszonyult egymáshoz?**
- 20. Az erőforrások felhasználása az Ön megítélése szerint összhangban volt-e a Stratégia célkitűzéseivel (arra használták-e, amire nagyon fontos volt)?**
- 21. Tud-e esetleg olyan területet mondani, ahol a ráfordítások konkrét eredménnyel jártak, azaz jól hasznosultak?**

22. És olyat, ahol a ráfordításoknak nem volt eredménye, azaz úgy tűnik a ráfordítás felesleges volt?

23. Az erőforrások összetételében és nagyságában milyen változtatásokat javasolna a következő időszakra?

Kérdező! Esetleg ráségítő kérdésekkel segítsen az interjúalanyak, hogy minél konkrétabb válaszok szülessenek.

24. Esetleg több pénzt biztosítana, vagy több szakembert képezne és azokat hosszú távon foglalkoztatná?

25. Melyik területre adna több forrást? Miért?

Kérdező! Ha megnevez olyan területet, amelyiken szerinte növelni kellene a támogatást, akkor tedd fel a következő kérdést.

26. Abban az esetben, ha nem állna többletforrás rendelkezésre a drogproblémák elleni küzdelemre, de az előbb megnevezett területre többet fordítana, mely területetektől vonna el támogatást? Miért?

Kérdező! Az utolsó blokkban a következő Stratégiához gyűjtünk JAVASLATOKAT! Nagyon fontos, hogy erre a részre is jól felhasználható javaslatokat kapjunk.

27. Ha lehetősége lenne egy következő Nemzeti Drogstratégia kidolgozásában részt venni, mit javasolna a készítőknél?

- a **CÉLOKAT** tekintve: mik legyenek a legfontosabb célok, hová tegyék a legfontosabb hangsúlyokat (maradjanak-e a régi célok, vagy esetleg teljesen újakat kellene megfogalmazni)
- a célokhoz kapcsolható **TEVÉKENYSÉGEKET** tekintve: mik legyenek a legfontosabb tevékenységek, amelyekből a leghatékonyabb eredmények várhatóak (szükséges-e változtatni a most alkalmazott tevékenységeken, vagy csak a régiakat kell jobban alkalmazni?)
- az **ERŐFORRÁSOKAT** tekintve: szükséges-e növelni a ráfordításokat, és az elosztásban mely területeknek kell elsőbbséget élvezniük?

28. A Stratégia eredményeit végigtekintve, véleménye szerint kellene-e változtatni a kábítószer-ellenes tevékenység kormányzati koordinációjának jelenlegi formáján?

29. Ismerve a kábítószer-probléma visszaszorítására ajánlott, gyakran ellentétes nemzetközi és a hazai véleményeket, Ön szerint szükségesek-e alapvető, jogalkotást is igénylő változtatások a hazai gyakorlatban, gondolva itt pl. a drogpolitika és a büntető politika kapcsolatára?

30. EGYÉB javaslatok

KÖSZÖNJÜK A BESZÉLGETÉST

3. MELLÉKLET: INTERJÚALANYOK LISTÁJA

NEMZETI STRATÉGIA A KÁBÍTÓSZER-PROBLÉMA VISSZASZORÍTÁSÁRA értékeléséhez felkért és abban résztvevő interjúalanyok névsora

	Bönde Zsolt	mb. főosztályvezető	Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága Fogvatartási Ügyek Főosztálya
	Brassói Sándor	főosztályvezető-helyettes	Oktatási és Kulturális Minisztérium
	Csányi Klára	osztályvezető	Önkormányzati Minisztérium
	Csorba József		Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége
	Dávidné Dr Hídvégi Júlia	irodavezető	Miniszterelnöki Hivatal Nemzetbiztonsági Iroda
	Demetrovics Zsolt		ELTE BTK Személyiség és Egészségpszichológiai Tanszék
	Felvinczi Katalin	igazgató	Nemzeti Drogmegelőzési Intézet
	Frech Ágnes		Fővárosi Bíróság
+	Funk Sándor		Nyíró Gyula Kórház, Addiktológiai osztály
	Fülöpné Csákó Ibolya	alezredes	Országos Rendőr-Főkapitányság Igazgatásrendészeti Főosztály
	Gábor Edina		Országos Egészségfejlesztési Intézet
X	Gérnyai Gábor	mb. főosztályvezető	Gazdasági és Közlekedési Minisztérium
	Gondi János	elnök	Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány
X	Gönczöl Katalin	szakállamtitkár	Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium
	Gusztos Péter		SZDSZ
	Halmi Gáborné		MSZP
	Heylmann Katalin	főosztályvezető	Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága Fogvatartási Ügyek Főosztálya
	Huszár László	főosztályvezető	Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága Fogvatartási Ügyek Főosztálya
+	Jáger István		Nemzeti Nyomozó Iroda
	Kály-Kullai Károly		Sziget Droginformációs Alapítvány
	Kanta Tünde	bűnügyi igazgató	Vám- és Pénzügyőrség Országos Parancsnoksága
	Kaufmanné Szirmai Katalin	főigazgató	Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal (Gazdasági és Közlekedési Minisztérium)
X	Kónya István	büntető kollégiumvezető	Legfelsőbb Bíróság
	Kovárik Erzsébet	államtitkár	Szociális és Munkaügyi Minisztérium
	Lajtár István	osztályvezető	Legfőbb Ügyészség
	Lévay Miklós		Alkotmánybíróság
	Medgyasszai Melinda	szakállamtitkár	Egészségügyi Minisztérium
X	Nagy Gábor	osztályvezető	Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet
	Németh Zsolt		Rendőrtiszti Főiskola
X	Oláh Attila		Magyar Pszichológiai Társaság
	Paksi Borbála		Corvinus Egyetem, TTK Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet
	Pettkó András		MDF
	Portörő Péter	főosztályvezető-helyettes	SZMM Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Osztály
	Rácz József		Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány
	Rétvári Bence		FIDESZ
	Ritter Ildikó		Országos Kriminológiai Intézet
	Sándor István	főosztályvezető	Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium Szakigazgatási Főosztály

	Sárosi Péter	programvezető	Társaság a Szabadságjogokért
	Sömjéni László	főosztályvezető	Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium Büntetőjogi és Rendészeti Kodifikációs Főosztály
	Spiák Ibolya		FIDESZ
X	Szabadka Péter		
	Szabó László	szakmai főtanácsadó	Pénzügyminisztérium
	Szemelyácz János	elnök	INDÍT Közalapítvány
X	Szilágyi Zsuzsanna	mb. preventív igazgató	MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság
o	Szomor Katalin		
X	Szűcs Erika	miniszter	Szociális és Munkaügyi Minisztérium
	Topolánszky Ákos	elnök	Magyar Dropterápiás Intézetek Szövetsége
+	Tóth István		MSZP
	Ulveczki Erzsébet	osztályvezető	Állami Népegészségügyi És Tisztiorvosi Szolgálat
	Vandlík Erika		Országos Addiktológiai Intézet
	Varga Orsolya	helyettes vezető	Drog Fókuszpont
o	Victorné Erdős Eszter		Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Dropterápiás Otthona
	Völgyes Gyöngyvér	vezető főtanácsos	Külügyminisztérium
o	Zajzonné Boruzs Hedvig	főosztályvezető-helyettes	Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal

X Jelöli azokat a személyeket, akikkel a felkérés ellenére nem sikerült interjút készíteni

+ Jelöli a felkért személy helyett interjút adó személyt

o Jelöli személyes interjút helyett írásban adott válaszokat

V. MÉLYINTERJÚK KEF-VEZETŐKKEL

MÓDSZERTAN

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok vezetőinek megkeresésére 2009. márciusában került sor. Az NDI által rendelkezésünkre bocsátott listán 20 KEF szerepelt. (A kérdezendő KEF-vezetők listáját a melléklet tartalmazza.) A tervezett 20 interjúból 17 valósult meg. Egy potenciális interjúalanyt egyáltalán nem sikerült elérni, egy fő nem tudta vállalni az interjút az adatfelvételi időszakban és nem ajánlott másik interjúalanyt maga helyett, egy KEF-vezető pedig lemondta a megbeszélt időpontot és a rövid adatfelvételi határidő miatt új időpont egyeztetésére már nem volt mód. Egy esetben a listán szereplő személy maga helyett kompetensebbnek ítélt munkatársat ajánlott (a személycserét, valamint a meghiúsult interjúkat a listán jelöltük).

Az adatfelvétel telefonos interjúkkal valósult meg. Az interjúkat – a válaszadó beleegyezésével – rögzítettük. A hangfelvételek alapján készült jegyzőkönyvek képezték az elemzés alapját.

A felesleges ismétlések elkerülése céljából a KEF-vezetőkkel készült mélyinterjúk fejezetének szerkezete eltérő a szakpolitikusokkal és szakemberekkel készített interjúkat ismertető előző fejezettől. Ebben a fejezetben nem volt szükség megismételni a bevezetést, és a mélyinterjú készítésére vonatkozó módszertani ismertetést. A beszélgetések részletes tematikus bemutatása helyett összefoglaló megállapítások előzik meg a kiemelt megállapításokat tartalmazó táblázatokat. A fejezet mellékleteként az interjúalanyok névsorát csatoltuk.

ÖSSZEFOGLALÓ MEGÁLLAPÍTÁSOK

A 2000-ben elfogadott nemzeti drogst stratégia célkitűzései a megkérdezett KEF-vezetők szerint részben teljesültek. Az interjúalanyok értékelése alapján részsikernek tekinthető a Stratégia megvalósulása a célok, az időbeli és a területi dimenzió tekintetében egyaránt.

- Célok

A KEF-vezetők szerint egyértelműen meghatározhatók olyan célkitűzések, amelyek esetében jelentős fejlődés ment végbe, más célok eléréséhez azonban nem sikerült közelebb jutni.

- Időbeli dimenzió

A Stratégia elfogadását és életbe lépését követően egy „fellendülési időszak következett be: kormányzati koordináció indult a területen, megalakultak a KEF-ek, melynek hatására elkezdődött a drogproblémával foglalkozó szervezetek, intézmények, szakemberek együtt gondolkodása és együttműködése *helyi szinten*, szakmai programok és pályázatok indultak). A kezdeti felívelést azonban visszaesés követte, ami – többek között – az alacsonyabb szintű koordinációban, a valódi szakmai tevékenységet folytató KEF-ek számának visszaesésében, a pályázati források csökkenésében stb. nyilvánultak meg. Mindezt az interjúalanyok egy része olyan „üzenetként” értelmezte, ami szerint megváltozott a probléma fontosságának megítélése más problémákhoz képest és csökkent a drogproblémák megoldása iránti elkötelezettség a döntéshozók részéről.

- Területi dimenzió

Az interjúalanyok folyamatosan hangsúlyozták a helyi nézőpont fontosságát, hiszen a stratégia gyakorlati megvalósítása helyi szinten történik. Felhívták a figyelmet arra, figyelembe kell venni a főváros és a vidéki területek különbözőségeit (eltérő problémák, szükségletek merülnek fel, amikre reagálni kell; hiába van több intézmény és szolgáltatás, ha azok Budapesten koncentrálnak, miközben egész megyék maradnak ellátatlanul).

Összességében azonban előrelépésként értékelték az elmúlt hét év eredményeit. Több interjúalany kiemelte, hogy a Stratégia megalkotása és életbe lépése már önmagában eredmény – még akkor is, ha magán viseli az első stratégia „gyermekbetegségeit” –, mert egyrészt ráirányította a figyelmet a drogproblémára és folyamatosan „felszínen tartja” a kérdést országosan és helyi szinten egyaránt, másrészt meghonosított bizonyos elveket, szemléletmódokat.

A kutatás során a KEF-vezetők felhívták a figyelmet az eredményesség értékelése körüli problémákra. Az egyik felvetés, hogy nincsenek pontosan tisztázva, mit tekintünk eredménynek. Eredményként kell-e értékelni az iskolai prevenciós programok számának növekedését és a prevenciós paletta szélesedését, vagy az iskolai prevenciós programok hatékonysága (pl. kevesebb kipróbáló) alapján kell-e megállapítani az eredményességet? Sikertelenségnek kell-e tekinteni, ha az eleve irreális célkitűzéseket nem sikerült megvalósítani? (Pl. a probléma növekedésének lassítása reális cél lehet, de a visszaszorítás és a drogmentesség elérése nem.) Az eredményességet nehéz

„általánosságban” megítélni – vélik az interjúalanyok –, csak a helyi problémák, szükségletek, és a helyi feltételek, lehetőségek tükrében lehet a Stratégia megvalósításának eredményességét megítélni (pl. lehet, hogy a kisebb vidéki városokban azért nincs tűcsere-program, mert az injektló drogfogyasztók száma nem indokolja, és nem azért, mert nem akarnak/tudnak ártalomcsökkentéssel foglalkozni).

A Stratégia megvalósulását részben a többi vizsgált célcsoporthoz hasonlóan, részben – főként a helyi dimenzió miatt – attól eltérően ítélték meg a KEF-vezetők.

Az alábbi területeken látták a legjelentősebb fejlődést a válaszadók (felsorolás, nem fontossági sorrend!):

- a KEF-ek létrejötte,
- a KEF-eknek köszönhetően *helyi szinten* is foglalkoznak a drogproblémával (a helyi szereplők tudatosítják a problémát, észlelik saját felelősségüket),
- a KEF-eknek köszönhetően javult a kábítószer-problémával foglalkozó szervezetek és intézmények együttműködése *helyi szinten*,
- sokszínű iskolai prevenciós programok indultak,
- ellátórendszer fejlődése, különösen az ártalomcsökkentés területén,
- civilek bevonásával rugalmasabb lett az ellátás,
- szakmai szervezetek száma nőtt,
- szakmai képzések kínálata bővült,
- elterelés lehetőségének megteremtése,
- adatgyűjtés, droghelyzet-monitorozás megindulása és folyamatossá válása, drogjelentések közzé tétele.

Kevésbé sikeres területek és a Stratégia célkitűzéseinek megvalósulást hátráltató, kedvezőtlen tényezők (felsorolás, nem fontossági sorrend!):

- a droghasználat terjedését nem sikerült megakadályozni,
- a kábítószer-kínálat és -választék nőtt,
- vidéken még nagyobb problémát okoz a szakemberhiány (addiktológus, pszichiáter), mint a fővárosban,
- az ellátórendszer nem igazodott olyan mértékben a szükségletekhez, mint kellett volna (vidéki „lefedetlen” területek, bizonyos szolgáltatások hiánya, vagy nehézkes elérése),
- „prevenciós-ipar” kiépülése minőségbiztosítás, minőségkontroll nélkül,
- nincs cselekvési terv a Stratégához, így a Stratégia megvalósítása sokszor kimerül a szlogenek „puffogatásában” a cselekvés helyett,
- az ideologizált, elvont célokat nehéz működésképesen átültetni a helyi stratégiákba,
- a Stratégia nem differenciál régióként, nem veszi figyelembe a Budapest-vidék különbségeket,
- nincs komplex szemlélet (komplex szenvedélybeteg-stratégia),
- a valódi szakmai tevékenységet végző KEF-ek számának csökkenése,
- a finanszírozás nehézségei (KEF-ek, civil szervezetek, ellátások, szolgáltatások, programok),

- kormányzati koordináció visszafejlődése,
- drogkoordinációban nem megfelelő a szakértelem és túlzott a hatalomkoncentráció (budapesti „vízfej“),
- a szakmai elveket sokszor felülírják a gazdasági és / vagy politikai szempontok,
- az egészségügyben és az oktatásügyben lejátszódó folyamatok hátráltatták a célok megvalósulását,
- általános anómiás állapot a társadalomban (a drogfogyasztás következmény, nem pedig ok),
- az eredményorientált szemléletmód eluralkodása miatt (az azonnali eredmények fontosak) nincsenek hosszú kifutású programok, amelyek nélkül azonban nem lehet attitűdöt, szemléletmódot formálni.

KIEMELT MEGÁLLAPÍTÁSOK

A drogstratégia céljainak teljesülése az egyes pillérek szerint

Kedvező változások	Megoldandó problémák
1. Érzékeny közösségek kialakulása	
A társadalom, a helyi közösségek, a különböző társadalmi intézmények – ha eltérő mértékben is, de – érzékenyebbek lettek, a kábítószer-fogyasztást megoldandó kérdésnek látják.	Az „érzékenyítéssel” kapcsolatos célkitűzések túl általánosak, megfoghatatlanok, szlogen-ízűek, operacionalizálásuk célszerű lenne.
	A közvélemény formálásában egyre nagyobb a média szerepe, melynek megközelítése gyakran torz, felületes, problémaorientált, előítéletes, ennek társadalmi hatásai negatívak (pl. lehetőségek, eredmények alig kapnak teret).
	A drogstratégia megvalósulásával kapcsolatos kommunikáció – tartalmában és intenzitásában is – alig érzékelhető.
	Az elutasító viszonyulás, a „nagy átlag” tájékozatlansága, a potenciális veszélyeztetettség/érintettség felismerésének hiánya miatt még mindig negatív attitűdök jellemzőek a droghasználókkal kapcsolatban.
	A közösségek érzékenyítésében jelentős szerepe van a drogstratégiában foglaltaktól független hatásoknak is (pl. kábítószeres halálesetek, drogfogásokról szóló rendőrségi „sikerjelentések” stb.), melyek irányultsága a stratégia szempontjából nem mindig kedvező.
	Az alapvető jelentőségű szocializációs, illetve közösségi színterek hatékony „érzékenyítését” nem sikerült megoldani (pl. családok, munkahelyek).
KEF-ek létrejötté elősegítette a drogprobléma helyi felismerését, a problémák kezelésében szerepet játszó szervezetek együttműködését, szemléletváltásukat és felelősségük tudatosítását.	A KEF-ek véleményét, javaslatát sok helyen nem kérik ki, illetve nem veszik figyelembe a helyi döntéshozók, így kevés eszközük van az „érzékenyítésre”.
	A KEF-ek működésének hatékonyságát sok helyen nem rendszerszerű, hanem eseti, személyi tényezők befolyásolják, így hatékonyságuk kiszámíthatatlan.
	A KEF-ek létrejöttét követő időszakra jellemző lelkesedés a finanszírozási problémák, az ingyen dolgozó szakemberek kifáradása, egyes helyeken a KEF-ek átpolitizálódása miatt a kifulladás jeleit mutatja.
	A KEF sok helyen csak formálisan működik.
	KEF-ek működése sem jogi értelemben (nem jogi személyiség, így pályázni nem tud), sem anyagilag nem biztosított tervezhető módon.
Sokféle központi és helyi képzési, továbbképzési lehetőség nyílt meg (pl. NDI képzései, pályázati támogatásoknak köszönhetően a felsőoktatásban is pozitív kezdeményezések indultak).	Kevés addiktológus végez, nincs ilyen irányú orvos-továbbképzés.
	A probléma felismerése, kezelése szempontjából fontos szerepet betöltő házi orvosok (finanszírozási okok miatt) sok helyen érdektelenséget mutatnak a drogproblémával kapcsolatos képzések, továbbképzések iránt.
	A képzések egy része alacsony színvonalú (különösen a

Kedvező változások	Megoldandó problémák
	megszerzett tudás gyakorlati alkalmazhatósága tekintetében), a megfelelő szakmai ellenőrzés, koordináció hiánya a jellemző.
	E területen is kialakult a „képzés-biznisz”, a képzők egy része csupán a megszerzhető pénz miatt jelent meg a területen.
	A képzések egy része a képzettek költségére történik (nincs pl. munkaidő-kedvezmény, sok esetben költségtérítés), ez a gyakorlat egy idő után kimeríti a képzendőkhöz lehetőségeit.
	Az ország egyes területei között nagy a különbség a képzések iránt mutatkozó igényekben (eltérő anyagi lehetőségek, motivációs háttér, eltérő problémák stb. miatt).
	Nem kellő hatékonysággal/intenzitással jelenik meg a kábítószer-probléma a társszakmák képzésében (különösen problémás: a pedagógus- illetve orvosképzés, bizonyos szempontból a szociális munkások esetében).
A kutatások egyre több információt szolgáltatnak a kábítószer-probléma nagyságáról, jellemzőiről, illetve megfelelő értelmezési keretet adnak a helyi problémák pontos értékeléséhez.	Az országos léptékű (néha Budapest-centrikus) kutatási eredmények helyben kevésbé relevánsak.
	Nincsenek tervezhető források helyi léptékű kutatások, monitorozások megvalósítására.
	A helyben végzett kutatások néha nagyon „dilettánsak”, monitoring jellegű vizsgálat kevés van.
	A kutatások nem mindig illeszkednek a Stratégia prioritásaihoz.
	A tudományos eredmények visszacsatolása a gyakorlatba nem megoldott (sokszor az alacsony színvonal miatt nem is lehetséges).
Más okok mellett a KEF-ek, illetve a KEF-eket alkotó szervezetek hatékonyabb működésének eredményeként terjed az adatokra támaszkodó, a kábítószer-probléma megoldását célzó döntéshozatal	A problémakör helyenként jellemző átpolitizálása akadályozza az adekvát, szakmailag is megfelelő színvonalú döntések meghozatalát (előfordulnak mindenféle szakmai hátteret nélkülöző, egy személyben meghozott politikai döntések is).
	Hiányzik, vagy nem megfelelő a kábítószer-probléma és a megoldását célzó tevékenységek monitorozása.
2. Megelőzés, prevenció	
A drogstratégia céljainak megvalósítása érdekében számos helyen kidolgozták és elkezdték megvalósítani az adott KEF/település prevenciók stratégiáját.	Hiányzik a hatékony prevenciók tevékenység megfelelő szakmai háttere, forrásai, illetve a jól kiképzett szakember-gárda.
Iskolai prevenciók programok indultak, nőtt a kínálati paletta.	Az iskolai prevenció nem éri el valamennyi veszélyeztetett, illetve speciális helyzetű célcsoportot, minősége gyakran alacsony színvonalú, módszertana nem illeszkedik a célcsoport sajátosságaihoz.
	Sok a didaktikus jellegű, kevés az indirekt megközelítésű, magatartás- és program alternatívákat kínáló, a célcsoportok sajátosságait kezelni képes prevenciók program (a választáskor nem mindig kéri ki a KEF-ek véleményét).
	A finanszírozás, illetve a feltételek egyre szűkülnek (egyre kevesebb a pénz prevenciók programokra, illetve az oktatási rendszer alakításai miatt felszámolták ezeken az intézményeken belül a humán-erőforrás bázist).
	A nagy társadalmi intézmények (média, egyház, munkahely, család) szinte teljesen kimaradtak a prevenciók tevékenységekből, a prevenciók tevékenység szinte teljes mértékben leszűkült az iskolákra.
	Az oktatási intézményeken kívül folyó prevenciók tevékenységre fordított erőforrások rendkívül szűkösek, elosztásuk módja ötletszerű, szakmailag gyakran nem minősíthető tevékenységeket eredményez, a programok kifutása sem biztosított.
	A prevenciók tevékenység központi szintű koordinációja problematikus, „a különböző szaktárcák, szintek közötti

Kedvező változások	Megoldandó problémák
	együttműködés rossz, nulla, néha egymás ellen dolgoznak”.
	Kialakult a „prevenciós iparág”, amely szakmai kontroll nélkül kínál egyszeri programokat, melyek hatékonysága megkérdőjelezhető.
	A finanszírozásra visszavezethető okok miatt a prevenciós programoknak gyakran nem áll rendelkezésre a szükséges idő.
3. Ellátás	
A Stratégia bevezetése óta kiépült (majd egyes elemeiben sorvadásnak indult) a kezelési lánc valamennyi eleme.	A fogyasztók ellátására földrajzilag egyenetlenül elosztott kapacitások állnak rendelkezésre.
	Az egészségügyi reform keretében egyes ellátási formákat / helyeket felszámoltak.
	Finanszírozási problémák
	Az ellátás színvonala sok helyen alacsonyabb a minimálisan kívánatosnál.
	Az addiktológus szakemberek száma országos léptékben is elmarad a szükségéstől, hiányuk vidéken még inkább jellemző.
	Speciális csoportok (pl. terhes anyák, romák, 18 éven aluli függők) igényeinek megfelelő ellátások hiányoznak.
	Esetenként szemléletbeli problémák jellemzik az ellátórendszer egyes elemeit („közalkalmazotti szemlélet” – reggel 8-tól délután 4-ig jöhet a kliens, utána már nem”)
Kialakult az egészségügy és a szociális szakma együttműködése a drogproblémák kezelésében.	Az együttműködés sok helyen még nehézkes (túlterheltség, kompetencia-harcok).
Jelentős előrelépés az alacsonyküszöbű ellátás kiépülése, s a szociális ellátások közé való megfelelő beágyazódása.	Az igények kisebb hányadát elégítik ki a fenntartó kezelési kapacitások.
	Nagyon komoly a szakemberhiány, amelyet a felsőoktatási képzés nem enyhít (nem képeznek megfelelő szakembereket), illetve a meglévő szakemberek a perspektívák hiánya, az alacsony jövedelmek miatt elhagyják ezt a területet.
Az ártalomcsökkentés területén sikerként értékelhetőek a tűcsere programok.	Az ártalomcsökkentő programok területi eloszlása rendkívül egyenlőtlen, főleg Budapestre koncentrálódik, nagyok az ellátatlan területek. Az ártalomcsökkentő programok szakmai (rendőrség, egészségügy) megítélése helyenként még ambivalens, esetenként erőteljes a közvélemény negatív attitűdje is.
4. Kínálatcsökkentés	
A kínálatcsökkentésnek vannak eredményei, ezek azonban inkább a sajtóból ismertek, kevésbé a munkatapasztalatok alapján.	A kábítószerhez való hozzáférés egyre könnyebbé vált, a szerek választéka bővült, azonnal itt vannak az országban a legújabb szerek is.
	A kínálatcsökkentés eredményességéről szóló információk tartalmát, gyakoriságát a rendőrség szervezeti (hatalmi, presztízs) érdekei motiválják.
	A kínálat hatékony csökkentéséhez a rendőrség szinte semmilyen feltétellel nem rendelkezik.
	A politikai hatások e területen is elbizonytalanítják, akadályozzák a rendőrséget hatékony munkában
A rendőrségi vezetők, illetve az állomány szemléletében kedvező változások figyelhetők meg.	A rendőrség végrehajtói szintjén még nem tapasztalható a szükséges szemléletváltozás, gyakran még mindig ellenségnek tekintik a fogyasztót

A drogstratégiához rendelt erőforrások hasznosulása

Kedvező változások	Megoldandó problémák
1. Az erőforrások mennyiségének, összetételének (pénz, idő, humán erőforrás) és a stratégia céljainak összhangja	
Anyagi erőforrások	

Kedvező változások	Megoldandó problémák
Eleinte jelentős anyagi forrás állt rendelkezésre. Egyes vélemények szerint összességében elegendő volt a rendelkezésre álló pénz, de a többség szerint nem.	Folyamatosan csökkenő finanszírozás helyett az anyagi források növelése vagy szinten tartása kellene a tervezhetőség érdekében.
	Az évenként pályázati rendszer bizonytalanná teszi a működést és ellehetetleníti a közép- és hosszú távú programok tervezését, megvalósítását
	A pályázati források elosztása alacsony határfokú (nem megfelelően koordinált, ellenőrzött), „megtérülése” nem megfelelő. Alapjaiban kell megújítani a támogatások folyósításának rendszerét.
	A normatív finanszírozás feltételei nehezen teljesíthetők.
Humán erőforrás	
Bizonyos szakterületeken elegendő a humán erőforrás, másutt azonban hiány van. Vannak kihasználatlan humán kapacitások, amiket még lehetne integrálni az ellátórendszerbe.	A szakemberhiány vidéken fokozottabban jelentkezik a kábítószer-probléma visszaszorításához szükséges valamennyi területen.
	A drogterületen dolgozók képzettsége és gyakorlati tapasztalata nem mindig elegendő.
Civil szervezetek bevonása – ahol ez sikerült – rugalmasabbá tette a szolgáltatásokat.	A civilek bevonása veszélyeket is hordoz: kevésbé stabil szolgáltatások (finanszírozás bizonytalansága miatt), szakképzettség alacsony szintje.
	Adminisztrációs terhek csökkentése, mert az adminisztráció a szakmai munkából vonja ki az amúgy is szűkös humán kapacitást.
	A közszolgálatban a munkaerőhelyzet és a Stratégia által rájuk rótt feladatok nincsenek összhangban.
	Szakemberek motivációjának hiánya, kiégés.

Kedvező változások	Megoldandó problémák
Idő	
Az adott célkitűzés jellegétől függ, hogy elegendő volt-e a rendelkezésre álló idő. A többség szerint összességében elegendő volt az idő a Stratégia megvalósítására.	Bizonyos célkitűzések esetében nagyobb az időigény (pl. szemléletformálás), és ezzel nem számolt a Stratégia.
	A Stratégia túl sok célt tűzött ki. Ha kevesebb, áttekinthetőbb célok lennének, az időkihasználás is hatékonyabb lenne.
2. Az erőforrások stratégiai célok szerinti felhasználása (eredmények, eredménytelenségek)	
A rehabilitációra, az alacsonyküszöbű szolgáltatásokra, és az ártalomcsökkentésre fordított források hasznosulása eredményes volt.	Az eredmények ellenére többlet-erőforrásokat szükséges fordítani ezekre a területekre (pl. vissza kell állítani a megszüntetett és hiányzó ellátásokat).
A képzésre fordított források hasznosulásának megítélése vitatott: a KEF-vezetők egy része szerint hasznos volt.	Más interjúalanyok szerint pazarlás volt (lásd az 1. pontban)
	A Stratégia prioritásaihoz jobban illeszkedve kellett volna felhasználni az erőforrásokat (pl. a pályázati kiírásoknak jobban kellene illeszkedniük a célkitűzésekhez).
A prevencióra fordított források megosztották az interjúalanyokat. Egy részük szerint erre elegendő pályázati forrás volt, és legalább ennyit vagy többet kellene fordítani a jövőben is erre a területre (átgondoltabb és kontrolláltabb felhasználás mellett).	Más vélemények szerint a prevenciót támogatni erőforrás-pazarlás, mert a prevenció nem hatékony (lásd az 2. pontban)
A kutatások megítélése kettős: egyesek szerint nagy eredmény, hogy elindultak a kutatások (bár a témákkal ők sem mindig értenek egyet).	Sok rossz színvonalú, dilettáns kutatás kapott támogatást (lásd az 1. pontban)

Jogszabályok, rendeletek és a jogalkalmazás

<i>Kedvező változások</i>	<i>Megoldandó problémák</i>
Egyes vélemények szerint a jogszabályi keretek kellően kidolgozottak	Más szakértők szerint részben túlszabályozott, részben bonyolult és egyben nem világosan szabályozott a terület.
	A Stratégia sikerességét jelentősen akadályozta a „drog-törvény” hiánya, a büntetőjog fogyasztásra és a megelőzésre vonatkozó szakaszai, valamint a hatósági jogalkalmazáshoz kapcsolódó problémák
	A KEF-ek „jogállása” nehezíti munkájukat.
	Hiányoznak az egészségügyi a szociális ellátó rendszer és az oktatási rendszer munkamegosztását leíró, illetve a működést megfelelő szinten garantáló (pl. erőforrásokat biztosító) jogszabályok
Dekriminalizáció megjelenése (elterelés lehetővé válása).	A szakmapolitika nem foglal állást egyértelműen a liberalizáció mellett vagy ellen. (A KEF-vezetők többsége a dekriminalizációt támogatja, a liberalizációt nem).

Javaslatok egy következő drogstratégiához

1. Általános javaslatok
Maga a stratégia jó, átgondolt, koherens – mindössze kisebb finomítások szükségesek rajta (voltaképpen a tapasztalatok visszacsatolása).
Az új stratégia megalkotása során garantálják a megvalósításhoz szükséges erőforrásokat is.
Az új Stratégia megalkotásába vonják be az érintetteket – a szakterületek képviselőit.
Komplex szenvedélybeteg-stratégiára lenne szükség, illetve a stratégiában alapelvként kellene megjelennie a komplex látásmódnak.
2. A célokat tekintve
Sokan semmilyen, vagy legfeljebb kevés változtatást látnak szükségesnek. A drogstratégia kiállta a próbát. Az azóta megváltozott viszonyok miatt (elsősorban az átpolitizáltság miatt) ilyen színvonalú újabb stratégia megalkotására esély sincs.
Vegye figyelembe a fogyasztók életkori csoportjainak sajátosságait, illetve a speciális csoportokat.
Területi ellátási különbségek felszámolása.
Vegye figyelembe a regionális, helyi sajátosságokat.
3. A tevékenységeket tekintve
Növeljék a KEF-ek szerepét, melyhez az erőforrásokat is rendelkezésre kell bocsátani, mivel a tényleges tevékenység mindig „helyben” történik.
A prevenció területén a szelektív, indikált és a célcsoportok sajátosságaihoz illeszkedő, alternatív produktív szabadidő-eltöltést kínáló formákat részesítsék előnybe, valamint vonják be a volt fogyasztókat, kortársakat a hatékonyság növelése érdekében.
A speciális csoportokat (terhes anyák, kiskorú függők, börtönlakók stb.) is számításba kell venni
Fontos a drogstratégia tevékenységeinek offenzív és differenciált kommunikációs tevékenysége, mint a társadalom egészére irányuló tevékenység
4. Az erőforrásokat tekintve
Növelni kell az erőforrásokat és egyben javítani az elosztásukon.
Az erőforrások felhasználásának hatékonyságát, a finanszírozott programok eredményességét folyamatosan monitorozni szükséges, melynek eredményeit folyamatosan vissza kell vezetni a finanszírozási rendszerbe.
Egyes vélemények szerint a normatív finanszírozást kellene előnyben részesíteni a pályázati rendszer helyett, míg mások a normatív finanszírozás és a szakmailag hatékonyan kontrollált, és az adminisztratív működését tekintve is hatékonyá tett pályázati szisztéma megfelelő egyensúlya a kívánatos.
5. A kormányzati koordinációt tekintve
Jelenleg vagy nincs is, vagy láthatatlan a kormányzat e területre vonatkozó koordinációs tevékenysége. A koordinációs tevékenységet – elvileg – végző struktúra indokolatlanul bonyolult, erőforrás-pazarló, míg hatékonysága elenyésző. Egyes vélemények szerint a koordinációt a MEH-hez kell rendelni, más vélemények szerint az egészségügyi tárcahoz, míg többen azt az álláspontot képviselték, hogy most is megvannak a koordináció szervezeti feltételei, csak „nem dolgozik hatékonyan a rendszer”.
Vannak, akik úgy vélik, hogy a KKB szerepét növelni célszerű, , míg mások szerint a KKB-ra voltaképpen a jelenlegi feltételek mellett („társadalmi munkában” működik) nincs szükség, e feladatokra megvannak a fizetett szakemberek.

6. A jogalkotást tekintve

A fogyasztás büntetőjogi megítélését meg kellene változtatni (pl. szabálysértésre), vagy ki kell venni a büntetőjog hatálya alól, pl. az ÁNTSZ-hez rendelve.

A jelenlegi szabályozást egyszerűsíteni szükséges, a határterületi joganyagot (egészségügy, szociális- és oktatásügy stb.) össze kell hangolni. A költségvetési jogszabályok minden évben legyenek összhangban a drogstatégiával.

Meg kell alkotnia a drog-problémák kezelésével foglalkozó területek alapvető jelentőségű törvényét, a drogtörvényt.

Vannak olyan vélemények is, amelyek szerint mielőtt megint hozzányúlnának a jogszabályokhoz, azt megelőzően a meglévőket kellene betartani/betartatni. A túl sok jogszabály nem támogatja, sokkal inkább lemerevíti a rendszer működését.

MELLÉKLET: INTERJÚALANYOK LISTÁJA

KEF	Képviselő	Megjegyzés
Debrecen	Berényi András	
Eger	dr. Szigethy Anna	
Szolnok	Szappanos József	
Hajdúböszörmény	Jónás Imre	
Nyíregyháza	dr. Pénzes Mariann	
Győr	Miklósné Bertalanfy Mária	
Zalaegerszeg	Fentősné Belléncs Andrea	
Érd	Gecse Simon Orsolya	Maga helyett Vargáné Csobor Lujzát ajánlotta.
Szombathely	Horváth Judit	Lemondta a megbeszélrt időpontot.
Baja	Hunyadi László	
Békéscsaba	Mező Andrea	
Orosháza	Halustyik Éva	
Kecskemét	Molnár Ferenc	Nem volt elérhető az adatfelvételi időszakban.
Szentes	Baráth László	
Szekszárd	Kálóczi Andrea	
Mosonmagyaróvár	Király Csabáné Darinka	
Mohács	Hegedűs Péter	
Pápa	Orbánné Szekér Dorottya	Az adatfelvételi időszakban nem tudta vállalni az interjút.
Várpalota	Németh Tibor	
Budaörs	Molnár Tamás	

VI. FÓKUSZCSOPORTOS BESZÉGETÉSEK

MÓDSZERTAN

2009. február és március hónapban 62 mélyinterjú készült a drog-problémához kapcsolódó jogalkotásában, a drogfogyasztók kezelésében-ellátásában érintett szakpolitikusokkal, szakemberekkel illetve KEF-vezetőkkel a 2000 decemberében elfogadott „Nemzeti Drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása” című stratégiai dokumentum megvalósulásáról és a jövőbeni elképzelésekről. A Stratégia megvalósulásának értékeléséhez a mélyinterjúk mellett dokumentumelemzések is történtek.

A fókuszcsoportos felmérésben részvevő interjúalanyok moderált beszélgetés³³ során megvitatták a mélyinterjúk és a dokumentumelemzések előzetes eredményeit, és ezáltal

- mint az értékelés szakmai-társadalmi egyeztetés majdani szereplői az értékelők számára visszajelzést adtak;
- hozzásegítették az értékelőket az előzetes eredmények jobb értelmezéshez, a lehetséges okok és magyarázatok azonosításához;
- kiegészítő javaslatokat tettek a következő Stratégia elkészítéséhez.

A kutatás keretében 3 fókuszcsoportos beszélgetésre összesen 42 meghívót küldtünk ki, azonban mindössze 14 fő vállalkozott a csoportos megbeszélésre. Az alacsony részvételi arány részben a meghívottak elfoglaltságával, részben a csoportos beszélgetési forma elutasításával magyarázható. Szerepet játszhatott az a megfontolás is, hogy valamennyien részt vettek a mélyinterjúkban, és talán feleslegesnek tartották véleményüket ismételtén megosztani.

A moderált beszélgetés tematikus szakaszokra volt osztva, és minden szakasz elején a kutatásvezető egy-egy rövid vetített prezentációban ismertette az előzetes eredmények egy-egy részletét. A fókuszcsoportok tematikája követte a dokumentumelemzés és a mélyinterjúk során alkalmazott sorrendet, azaz először a célokra, majd a tevékenységekre, s végül a javaslatokra vonatkozó véleményeket vette számba.

A fókuszcsoportokon elhangzottakat kutatás tapasztalatait összegző Vezető összefoglaló megállapításainak megfogalmazásakor vettük figyelembe.

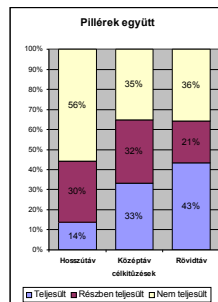
³³ A fókuszcsoportos kutatás módszerében hasonlít a mélyinterjúhoz, de a „kötetlen beszélgetés 6-10 fős csoportokban folyik. A fókuszcsoportos kutatást ezért csoportos interjúnak is nevezik, ahol az interjú egy csoportdinamikában, csoportpszichológiában jártas személy vezeti, aki – ha nem is tagja feltétlenül a kutatócsoportnak – rendelkezik bizonyos ismeretekkel a kutatás témájáról. A beszélgetés „kötetlenül”, de a moderátor által megtervezett „vezérfonal” mentén zajlik. A fókuszcsoportban lehet vita, ám ennek nincs tétje. Azaz a beszélgetés során nem kell senkinek győznie vagy veszítenie, és kompromisszumra sem kell jutniuk a csoporttagoknak. A fókuszcsoportos kutatás tehát olyan hétköznapi helyzethez hasonlít, amelyben a csoport tagjai spontán és befolyásolás mentesen fogalmazzák meg gondolataikat, kapcsolódva valamilyen módon a többiek véleményéhez (azt megerősítve, elutasítva, továbbfejlesztve stb.). A moderátor „nem oszt igazságot”, csupán arra figyel, hogy a témától és a vezérfonaltól ne kanyarodjanak el, illetve, hogy minden vélemény megjelenjen a csoportban. A fókuszcsoportos interjúk legfőbb hátránya ugyanaz, mint az egyéni interjúknál: a számszerűsíthetőség elmaradása. (részletesebben ld.: Füzési Zs.: A szociológiai módszerekről. In: Népegészségügyi Orvostan (szerk.: Ember I.) Dialóg-Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 2007. 552-556.)

EREDMÉNYEK

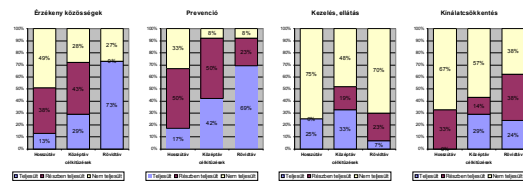
A beszélgetés első témája a drogstratégia rövid-, középtávú és hosszútávú **céljainak teljesülése** volt.

Célok megvalósulása 1.

- A rövid- és hosszútávú célok több mint harmada nem teljesült
- A hosszútávú célok több mint fele nem teljesült, és mindössze hetede teljesült egészében
- Pillérenként igen jelentős eltérések tapasztalhatók



Célok megvalósulása 2.



Nem teljesült		
	legkisebb	legnagyobb
Rövidtáv	Prevenció 8%	Kezelés 70%
Középtáv	Prevenció 8%	Kínálatcsökkentés 57%
Hosszútáv	Prevenció 33%	Kezelés, ellátás 75%

A szakembereket többnyire meglepték a prevenció terén elért eredmények, úgy érezték, hogy a mindennapok során a prevencióban még mindig jelentős problémákat tapasztalnak. Legfőbb problémaként a folytonosság hiányát említik, támogatás hiányában egy – egy sikeres preventív kezdeményezés nem tudott hosszútávon meggyökeresedni a célcsoport gondolkodásában.

Egyesek szerint terminológiai elmosódások vannak, a stratégia itthoni végrehajtói belekeverték a primer prevencióba az ártalomcsökkentést,. A a preventív programok mérsékelt megvalósulásának egyik okát ezért abban látták, hogy az ártalomcsökkentő helyek sokszor kaptak prevenció területéről pénzbeli támogatást, elvonva onnan a rendelkezésre álló forrásokat.

Mások sérelmezték, hogy a Nemzeti Drogprevenció Intézet nem az eredeti feladatának megfelelő szerepet tölt be a prevencióban, hanem elsősorban a drogstratégia megvalósításában, a rehabilitációban, a képzések szervezésében és a KEF mozgalom koordinálásában vállalt feladatokat, így kikerült fókuszából a valódi prevencióval való törődés.

Az ok – okozati láncok megvitatása után, többnyire abban látták a prevenció előnyös teljesülését, hogy ezen a területen sok pályázati lehetőség adódott, illetve a kezelés, ellátás területével összehasonlítva a prevenció rugalmasabb terület, könnyebb elindítani egy programot, mint az ellátás területén.

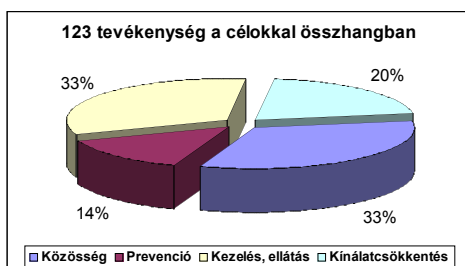
A többi pillér esetében a célok mérsékelt teljesülésének okát egyesek abban látták, hogy sem terminológiailag, sem cselekvésben a stratégia nem fedett le minden területet, ugyanakkor túl sok célja volt.

A kínálatcsökkentés céljainak értékelése során elsősorban a területen dolgozók nem értettek egyet a célok megvalósulásának arányával, úgy érzik, hogy a Vám és Pénzügyőrség által kitűzött célok lényegében teljesültek. A terület szakemberei szerint a drogstratégia célkitűzései alapvetően keresletcsökkentésre irányultak. „A kormányrendelet 19 témája közül 18.5 volt keresletcsökkentési téma.”

Az ellátás, kezelés esetében gyakran fogalmazzák meg a mérhetőség korlátait a résztvevők, úgy gondolják, hogy ezen a területen a legnehezebb látványos eredményeket elérni.

A következő szakaszban a fókuszcsoportok résztvevői a **Stratégiához kapcsolható tevékenységekre** vonatkozó eredményeket vitatták meg.

Stratégiához köthető tevékenységek 2.



Tevékenység nem volt köthető	
Közösség	1
Prevenció	1
Kezelés, ellátás	7
Kínálatcsökkentés	1

A tevékenységek teljesülésének értékelése során a megkérdezettek javarészt **pozitívan** értékelték, hogy csak kisszámú tevékenységhez nem volt cél rendelve, ami azt üzeni számukra, hogy az egyes területek eléggé letisztultak a célok és a hozzájuk rendelt tevékenységek tekintetében.

Azoknál a céloknál, amelyekhez nem volt tevékenység köthető, a megkérdezettek úgy gondolják, hogy néha egyes célok elvesznek az óhajok útvesztőiben, vagyis idealizáltak.

„Tevékenységek és célok összhangját mutatja számomra, vagyis a szakma tudja, hogy mi a dolga.”

„Jól strukturált a tevékenység kör, ami ehhez tartozik. Úgy is értelmezhetem ezt, hogy a számok nemcsak a tevékenység számától hanem a célkitűzések minőségétől is függ, ami azt mutatja, hogy azok letisztultak. Jól lehetett megfogalmazni a célokat, azokhoz konkrét cselekvéseket lehetett rendelni.”

A **közösségek érzékenyítése** pillér értékelése során számos kritika merült fel.

Mélyinterjúk - célok teljesülése 1.

Kedvező változások	Megoldandó problémák
1. Érzékeny közösségek kialakulása	
A társadalom általában érzékenyebb lett, a kábítószer-problémát közösen megoldandó problémának látják	Általános az elutasító viszonyulás, a fogyasztókkal szembeni bizalmatlanság, ez megnehezíti az ellátást és a reszocializációt
A fogyasztók tudatosabbak lettek mind orvosi, mind jogi értelemben.	Az állam kettős üzenetet küld: a fogyasztót hol bűnözőnek, hol betegnek tekinti
Helyi problémák kezelésére KEF-ek alakultak, jelentős szerepet játszhattak a szemlélet kedvező irányú változásában	A KEF-ek egy része nem képes a szemléletformálásra, mert csupán formális a tevékenysége
	A kábítószer-probléma a médiában ambivalens módon és sematikusan jelenik meg, főképp a bűnüldözési „sikerek” kapnak publicitást, a problémák megoldási lehetőségei ritkán
Nagyon sokféle képzési lehetőség nyílt meg	Érdektelenség miatt kevés addiktológus végez, nincs ilyen irányú orvos-továbbképzés
	Nem jelenik meg a kábítószer-probléma a társszakmák képzésében
	Továbbképzések, utánkövetés, esetmegbeszélések hiányában nem kellően hatékony a megszerzett tudás alkalmazása, frissítése
A kutatás egyre több releváns adatot, információt szolgáltat a kábítószer-probléma különböző, korábban érintetlen területeiről	A kutatások minőségi problémái mellett nem a célcsoportoknak megfelelő bemutatás is gyakran akadályozza az eredmények hasznosulását
Kezd terjedni a tényekre, adatokra alapuló, a kábítószer-probléma megoldását célzó döntéshozatal	Nem megfelelő vagy hiányos a kábítószer-probléma és a megoldását célzó tevékenységek monitorozása

A szakértők közül néhányan hiányolták a pillér megfelelő értelmezhetőségét, az ehhez kapcsolódó drogprobléma mély és átfogó megismerését. Úgy gondolják, hogy amíg nem állnak rendelkezésükre konkrét adatok, addig a közösségek érzékenyítése megfoghatatlan pillér marad. Fontos lenne a pillér hatékonyabb működtetése érdekében a közösség definiálása, hogy milyen körben és mélységben képzelik a közösségek nyitottá tételét, érzékenyítését.

Alapvető problémaként érzékelik, hogy a mikroközösségek, a családok szintjén a szülők, pedagógusok nem rendelkeznek elegendő tudással ahhoz, hogy megfelelően kezeljék a drogproblémát.

Sokak szerint a közösség jelenleg az elfordulás automatikus reakciójával él a drogprobléma esetében. Mások szerint a közösségek érzékenyítése szorosan összefügg a prevencióval, amelyeket nem lehet külön kezelni. A közösségek érzékenyítésének és a prevenciónak a céljai kerüljenek összehangolásra, javasolják.

A szakértők fontosnak tartanak, hogy az új stratégia szenteljen figyelmet annak, hogy a különböző intézményekben, különböző területeken dolgozók munkáját összehangolja, mert együttesen, közös összefogással képesek lennének a közösségek érzékenyítésében eredményeket elérni.

Sokan egyetértettek abban, hogy a KEF-ek működése formális és jelenlegi tevékenységük nem képes a szemléletformálásra.

„Továbbra is ambivalens a KEF-ek szerepe, lehet hogy van eredmény, tudjuk hogy közel száz KEF van amiben x résztvevő van, település, mégsem sikerül a szemléletet, a helyi szemléletet úgy alakítani.”

„A KEF-ek munkáját pont a KEF működési mód kezdi zavarni, jogszabály nem támogatja, védi a tevékenységüket, formális, a helyi önkormányzat működésétől függ.”

Javasolják, hogy a KEF-ek a jelenleginél hangsúlyosabb szerepet töltsenek be, teremtsék meg működésük jogszabályi kereteit, működésüket ne az önkormányzatok drogprobléma iránti érzékenységétől tegyék függővé. A KEF-ek alulról jövő szerveződését kell elősegíteni, hogy működésüket politikai áthallások, önkormányzati befolyás nélkül is képes legyen megoldani.

Elsősorban a kezelés, ellátás területén dolgozók emelik ki a fogyasztók pontos leírásának hiányát, mivel a jelenlegi jogszabályok nem differenciálnak a fogyasztók, a függők és a kóstonálók között, ami társadalmi szinten további fogalmi összemosódásokat eredményez az emberek fejében.

A **prevenció** területén megállapított hiányosságokat elsősorban azok vonták kétségbe, akik miniszteriális szinten voltak érintettek korábban, vagy jelenleg a prevencióban. Ők

Mélyinterjúk - célok teljesülése 2.

Kedvező változások	Megoldandó problémák
2. Megelőzés, prevenció	
Az iskolai prevenció programok megindulása jelentős eredmény	Az iskolai prevenció nem éri el a teljes célcsoportot, minősége – egyesek szerint – gyakran alacsony színvonalú és módszeriana nem illeszkedik a célcsoport sajátosságaihoz
	Kábítószer helyett egészség-központú, a produktív életstílus kialakítását elősegítő megelőzési programok hiányoznak
	A többi, Stratégiában megjelölt 11 prevenció szintjén nem történt jelentős előrelépés
	Más korcsoportok illetve veszélyeztetett csoportok igényeinek megfelelő megelőzési programok hiányoznak

úgy gondolják, ennél több valósult meg a drog prevencióban.

„A 90-es években megvoltak a prevenció programok, nem személyes érdem, de én voltam az egyik, aki promotáltam, de mások is csinálták és rögtön azt lehet mondani, alacsony színvonalú módszertana nem illeszkedik a célcsoport sajátosságaihoz – ez pofátlanság, erre és az ellenkezőjére sincs adat, gyakorlatilag ott van az életvezetési készségek és ismeretek program, amit a Csendes Évák csináltak.”

A prevenció pályázatok „végfelhasználói” viszont egyetértettek abban, hogy a jelenlegi prevenció a társadalom sajátos szerkezete, közösségi kapcsolathálója miatt meglehetősen iskolaközpontú. A stratégiában megfogalmazott többi szintér (szabadidő, család, munkahely, honvédség stb.) kevésbé kézzel fogható, elérhető a segítő szakemberek számára.

„Az iskolai prevenció jól megragadható, mert ott van a tanár, gyerek és az épület.”

Sokan a prevenció esetleges megvalósulásában a folytonosság hiányát emelik ki. A pályázati pénzek alkalmat adnak egy – egy jó program megvalósításához, azonban annak folytatását már nem támogatják. Ugyanez vonatkozik az iskolai prevenció, felvilágosító jellegű beszélgetésekre, amelyek folytatás hiányában nem hagynak markáns nyomot a potenciálisan veszélyeztetett fiatalok körében.

A megoldandó problémák esetében főként a vidéki megkérdezettek nem értettek egyet azzal a megállapítással, hogy hiányoznak az egészségközpontú, produktív életstílus kialakítását elősegítő programok, véleményük szerint ezt a kijelentést árnyalni kellene, mert vannak olyan területek az országban, ahol sikerült az ilyen jellegű programok megvalósítása.

A rendőrségi prevenció sikerességére vonatkozó megállapítást hiányolják néhányan, szerintük a rendőrség szerepvállalása a prevencióban eredményes.

Egyesek a drogügyi koordinátorok helyett az iskolai szociális munkások szerepének erősítését javasolják, mivel utóbbi képes közvetlenül elérni a gyerekeket az iskolában, illetve sikeres lehet a szülők megtalálásában is. A szakértők szerint az iskolai szociális munkások munkájának célja elsősorban a deviancia megelőzés lenne, aminek a drog prevenció csak egy részét képezné.

Több megkérdezett felvetette, hogy a pedagógusok képzését, érzékenyítését a drogprobléma iránt már a felsőoktatásban el kellene kezdeni. Véleményük szerint ma még mindig jelentős a tudatlanság a drog témakörben, sokszor a tanárok észre sem veszik a gyerekek viselkedéséből a háttérben meghúzódó problémát.

A **kezeléssel, ellátással** kapcsolatban leggyakrabban felmerülő kritika a jelenlegi rendszer fenyegetettségéből adódó problémakör. Egyesek szerint az ellátásra szoruló

Mélyinterjúk - célok teljesülése 3.

Kedvező változások	Megoldandó problémák
3. Ellátás	
A Stratégia kezdeti időszakában gyors fejlődés, kialakult a kezelési lánc valamennyi eleme	Az egészségügyi és szociális ellátások, különösen az addiktológiai ellátás nem integrálódtak egy rendszerbe, színvonaluk nem egy esetben elmarad a nemzetközi gyakorlattól
	A fogyasztók ellátására kritikus alacsony, földrajzilag egyenetlenül elosztott pszichiátriai, addiktológiai kapacitások állnak rendelkezésre, azokat kevesen és nem a leginkább rászorulóknak veszik igénybe
	Speciális csoportok (pl. terhes anyák, 18 éven aluli függők) igényeinek megfelelő ellátások hiányoznak
Jelentős előrelépés az alacsony-küszöbű ellátás kiépülése, s a szociális ellátások közé való megfelelő beágyazódása	Nem tudja az ellátásra szorulókat beterelni a rendszerbe a fejletlen és sokszor alacsony színvonalú az utcai megkereső szolgálat
	Az igények csak kisebb hányadát elégítik ki a fenntartó kezelési kapacitások
Az ártalomcsökkentés területén sikerként értékeli a tűcsere programok megvalósulását	A tűcsere program hazai elterjedtsége még elmarad az európai átlagtól
	Az ártalomcsökkentés más területei kevésbé, vagy teljesen kiaknázatlanok
A szakmai protokollok és irányelvek megjelenése jelentősen emelte az ellátás színvonalát	Kezelési protokollok és működési minimum követelmények hiánya hozzájárul egyes ellátások alacsony szakmai színvonalához
	Az akkreditáció és a minőségbiztosítás egyéb eszközeinek alkalmazása lenne szükséges a KEF-ek működésének, a prevenció programok hatékonyságának emeléséhez

csupán 10%-a kerül be az ellátórendszerbe a jelenlegi jogi szabályozás, rendőri fenyegetettség következtében.

A rendszer legfőbb korlátjaként említik, hogy a jogrendszer nem kezeli eléggé differenciáltan a kábítószer előteremtése miatt elkövetett bűncselekményeket, azok nem fogyasztó elleni eljárásként jelennek meg.

A megkérdezettek egyet értenek továbbá abban is, hogy a speciális csoportok (terhes anyák, 18 év alatti függők) igényeinek megfelelő ellátások hiányoznak a jelenlegi ellátó rendszerből. A fogyasztói korcsoport kiszélesedésével, az egyre fiatalabb fogyasztók megjelenésével a szakemberek úgy látják a probléma haladéktalan megoldást sürget.

Egyesek szerint a kábítószerfüggők nem illeszthetők be a más szenvedélybetegségek esetében működő nappali, közösségi ellátás rendszerébe, az anonimitás megszűnésével egy viszonylag kis közösségben a drogfogyasztók a megbélyegezettség státuszát élnék át.

„Indirekt módon egyéb szenvedélybetegségek vonhatók be az ellátásba, a kábítószeresek kevésbé.”

A túcsere program mérsékelt elterjedtségével a szakemberek egyetértettek, egyesek szerint a probléma hátterében az ellátó és büntetés-végrehajtó rendszerek ellentmondásos megközelítése áll.

„Az akkreditáció és a minőségbiztosítás egyéb eszközeinek alkalmazása lenne szükséges a KEF-ek működésének, a prevenciós programok hatékonyságának emeléséhez” megállapítás egyesek szerint, inkább a prevencióba illeszkedik.

Az ellátás területén dolgozók fontosnak tartanak az ellátórendszer és a jogi szabályozás harmonizálását, vagyis a rendszer adjon módot arra, hogy a drogfogyasztó a rendőrségtől indulva bekerüljön a kezelési, ellátási rendszerbe. Mások szerint a jelenlegi jogi szabályozás figyelmen kívül hagyja azt a tényt, hogy sok kábítószerfüggő drogárúsításból tartja fenn önmagát, amely speciális eljárást igényelne.

A fókuszcsoporthos beszélgetések legforróbb pontja a **kínálatcsökkentés** megítélése volt, ezen a területen élesen elkülönültek a szakemberek álláspontjai.

Mélyinterjúk - célok teljesülése 4.

Kedvező változások	Megoldandó problémák
4. Kínálatcsökkentés	
Egyes vélemények szerint a bűnüldöző szervek egyre inkább sikeresen szűkítik a piacot	Mások szerint a kábítószerhez való hozzáférés könnyebbé vált, a rendőrségi intézkedések inkább a fogyasztókat érintik, mint a terjesztőket
A kábítószer-prekursorok területén kialakult a közösségi jognak megfelelő ellenőrzési rendszer	A terjesztés elleni tevékenység alacsony hatékonyságának egyik oka, hogy hiányzik a kábítószer-bűnözés országos egysége és speciálisan kiképzett állomány
A rendőrségi vezetés szemléletében kedvező változások figyelhetők meg, a fogyasztó már nem „cél személy”	A rendőrség végrehajtói szintjén még nem tapasztalható átütő szemléletváltozás, továbbra is ellenségnek tekintik a fogyasztót

A rendőrség, ezen belül a Nemzeti Nyomozó Iroda fő stratégiája a kemény drogok országhatárokon kívül tartása. Elsődleges céljuk a kiscsoportok felett álló szervezett bűnszervezetek felszámolása, illetve nagyobb mennyiségek lefoglalása. Úgy gondolják, hogy kiscsoportok mindig is lesznek, akikkel szembeni eljárások gyakran körülményesek, illetve nem állnak arányban a ráfordított költségekkel.

Mások szerint a Nemzeti Nyomozó Iroda fő célkitűzései jelentősen nem csökkentik a drogproblémát, úgy gondolják, hogy a drogkereskedés oly mértékű üzlet, hogy a rendőrség csak szélmalomharcot vívhat.

„90%-a fű a fogyasztott kábítószernek.”

„A támogatások 1/6-át fordítják prevencióra, 5/6-át bűnözésre.”

„Elkövetkező fél évben nem foglalnánk le semmit, mi lenne ebben az országban? Nem a marihuánától, cigarettától kell félni, hanem az 50 kiló herointól.”

„Lefoglaljátok a heroint – kinek jó ez, aki előállítja, behozza az országba, minél gyorsabban égetitek el, az annál többet termel. Kínálatot fogjátok ezzel csak növelni.”

A terjesztés elleni tevékenység alacsony hatékonyságával főként az érintettek nem értettek egyet, véleményük szerint az állítás második része, miszerint hiányzik a kábítószer-bűnözés országos egysége és speciálisan kiképzett állománya, nem fedti a valóságot.

„Országosan felderítő osztályok működnek – akik többfajta spektrumon vesznek részt a nyomozásban, többfajta bűncselekmény tartozik hozzájuk, de általában a hangsúlyos bűncselekmény nyomozás a kábítószer bűnözés területén történik, túl azon hogy a Nemzeti Nyomozó Irodának 6 régiója van – neki kell lefedni a hozzátartozó 3-3 megyét, ezek elég pontatlan megállapítások véleményem szerint.

„Olyat is hallottunk – egy-egy helyi jelentős dílert akkor sikerült elfogni, amíg nem a helyi erők próbálták eredménytelenül, hanem országos egységek, ezért van értelme annak, hogy nem helyi szinten van csak.”

A fogyasztó ellenségként való kezelése szintén megosztotta a résztvevőket, az ellátás területén dolgozók szerint az állítás rendelkezik valóságtartalommal, míg a nyomozóhatóság képviselői szerint a kifizetőket kevésbé állnak a fókuszban.

A kínálatcsökkentés másik 3 pillérhez való kapcsolódását fel kell deríteni, vélik egyesek, és a kapcsolódási pontok mentén megtervezni az együttműködést.

Legtöbben egyetértettek abban, hogy a kínálatcsökkentésre vonatkozó jogszabályi háttér álljon összhangban a drogstratégiában írtakkal.

A rövidtávú tervezéssel kapcsolatban megfogalmazott **javaslattal** nem értenek egyet a megkérdezettek, a stratégia megalkotásakor az általános cél felé vezető utakat kellene megjelölni. Emellett a magyar drogstratégiának illeszkednie kell az EU-s stratégiákhoz, ami szintén a rövidtávú tervezés ellen szól. Fontos azonban, hogy a hosszú távú stratégia megalkotásával egy időben megfogalmazódjanak konkrét akciótervek.

Mélyinterjúk – Javaslatok 1.

1. Általános javaslatok
Tervezzon rövidebb távra, legyen kevésbé ambiciózusabb, kevesebb célkitűzéssel, formailag is rövidebb, átláthatóbb, megvalósíthatóbb
A kormányhatározatok mellett kapcsolódjanak akciótervek az új Stratégiához határidőkkel, erőforrással és felelősökkel, jogszabályi feltételekkel, koordinációval
Az új Stratégia megalkotásába vonják be az érintetteket
2. A célokat tekintve
Kevés változtatást látnak szükségesnek
Az új Stratégia alkalmazzon komplexebb megközelítést, kapcsolódjon az érintkező területekhez, mint pl. egyéb kockázati egészségmagatartás, hajléktalanügy, gyermekvédelem
Kezelje a büntetőjoggal kapcsolatban felmerült problémákat
Nagyobb hangsúlyt helyezzen az ártalomcsökkentésre
Vegye figyelembe a fogyasztói életkor növekedését
3. A tevékenységeket tekintve
Kiemelt tevékenységnek kell tekinteni a monitorozást
A rendszerszerű működés előnyeit vegyék figyelembe a tevékenységek tervezésekor, azaz a jelen helyzettől a jövőbeli célokhoz vezető megoldási alternatívák kiválasztásánál kalkuláljanak a kapcsolódó tevékenységek, a résztvevők együttműködésének lehetséges szinergiáira
Törekedjenek a nemzetközi tapasztalatokra épülő szakmai elvek érvényesülésére lehetőség szerint kiküszöbölve a pártpolitikai, ideológiai befolyást
Növeljék a KEF-ek szerepét

A stratégia megvalósítását elősegítené, ha kevesebb célt határozná meg, azonban azt hatékonyabban kezelné. A stratégia kialakításakor elengedhetetlen és hangsúlyos feladat a stratégia céljainak összhangba hozása a jogszabályi környezettel.

Határidők, felelősök rendelése a tevékenységhez inkább az akcióterveknél valósítható meg, a stratégia ennél átfogóbb. Pontosítani kell, hogy kiket értünk a problémában érintett kör alatt (lakosság, civilek, drogosok stb.).

A fogyasztói életkor növekedése pontatlan megfogalmazás, inkább a fogyasztói kör szélesedéséről lehet itt beszélni.

A drogstratégia szélesebb kontextusba helyezését javasolják a megkérdezettek, a szenvedélybetegségek szerepét, és jelenlegi helyzetét kellene megérteni, és kezelni. Ebbe a körbe elsősorban az alkohol tartozik, de ide lehet sorolni más szenvedélybetegségeket is (pl. gyógyszerfüggőség, dohányzás, játékszenvedély). A komplexebb megközelítés azonban bonyolítja a rendszert, ami főleg a finanszírozási oldalon okozhat problémát.

A prevenció fontos terepe lehetne az iskola, azonban a pedagógusok a képzésük során nem kapnak ehhez muníciót, a droggal kapcsolatos képzések nem képezik a tanterv részét.

Mélyinterjúk – Javaslatok 2.

3. A tevékenységeket tekintve
A prevenció területén a szelektív, indikált és a célcsoportok sajátosságaihoz illeszkedő, alternatív produktív szabadidős eltöltést kínáló formákat részesítsék előnybe, valamint vonják be a volt fogyasztókat, kortársakat a hatékonyság növelése érdekében
Fordítsanak figyelmet a prevenció minőségbiztosítására (mint pl. akkreditáció, monitorozás)
A sajátos igényű csoportokat mint célcsoportokat (terhes anyák, kiskorú függők, börtönlakók stb.) is számításba kell venni
Integrált, pszicho-szociális érzékenységgel addiktológiai ellátást előmozdító beavatkozások szükségessége
Fejlesztési érdemes az utógondozást
Különös figyelmet kellene szentelni a média pozitív szerepének erősítésére
4. Az erőforrásokat tekintve
Növelni kellene az erőforrásokat és egyben javítani az elosztásukat
Növelni kellene az erőforrás ráfordítást a kezelés, az alacsonyküszöbű ellátás, az ártalomcsökkentés illetve a prevenció területén, míg csökkenteni a kínálatcsökkentésre és az elterelésre fordított összegeket
A normatív finanszírozást kellene előnyben részesíteni a pályázati rendszer helyett
5. A kormányzati koordinációt tekintve
A kábítószer-probléma koordinációját a MEH-hez kellene delegálni a többi szenvedélybetegséggel/kockázati egészségmagatartással együtt
KKB döntés-előkészítésben betöltött szerepét növelni kellene, ugyanakkor a döntés-előkészítés szakmai része is megerősítést igényel
6. A jogalkotást tekintve
A fogyasztás büntetőjogi megítélését meg kellene változtatni (pl. szabálysértésre)
A jelenlegi bonyolult szabályozás egyszerűsítendő

Az együttműködésnek kiemelt szerepet tulajdonítanak a megkérdezettek, azonban ennek az együttműködésnek meg kellene teremteni a formális kereteit, mivel jelenleg csak informális információcsere történik, ami elég esetleges. Az együttműködés egyik terepe lehet a KEF, aminek szerepét azonban csak jogszabályban lehetne növelni.

A másik út az intézmények közötti rendszeres konzultáció, ehhez azonban forrásokat kell biztosítani, hogy beleférjen a szakemberek munkaidejébe, és valamiféle kompenzációt kapjanak a konzultációval töltött idő fejében. Szintén megoldást jelentene erre a kérdésre egy továbbképzéseket, konferenciákat magába foglaló kredit rendszer kidolgozása.

A monitorozást fontosnak tartják a megkérdezettek, azonban megkérdőjelezzik, hogy miért került a tevékenységek közé ez a feladat. Emellett a monitorozásra fordított pénzüsszeget sokallják, arányosítani kellene az egyes feladatokra fordított forrásokat.

A kínálatcsökkentésre fordított összeg csökkentésének javaslata több szempontból problémás. Egyfelől a pályázati kiírásokban erre a célra nem állt rendelkezésre külön összeg, így ennek csökkentése nem lehetséges. Másfelől a kínálatcsökkentés szervesen

beépül a rendőrség munkájában, így az arra fordított összeget nehezen lehet direkt módon csökkenteni.

„Rendőrség nem így működik, sok feladata van, ezen belül van a kínálatcsökkentés, amit meg kell csinálni függetlenül attól, hogy a drog koordináció mennyi összeg felett rendelkezik.”

Egyesek szerint a normatív és a pályázati rendszert egymással párhuzamosan kellene működtetni, mivel önmagában egy normatív rendszer ellaposodást eredményezhet.

Néhányan megjegyezték, hogy a nyomozóhatóságok által felderített ügyek esetében érvényesített vagyonekobbzások forráspótlásként beépülhetnének a támogatási rendszerbe.

A KKB hatékonyabb működését várják el a megkérdezettek, jelen pillanatban nem tisztázott a szerepe. Amennyiben nincsen döntési jogköre, csak a döntés előkészítésben vesz részt, akkor ez jelenjen meg jobban a nevében, illetve a hozzá rendelt feladatokban.

A fogyasztók büntetőjogi kezelése fontos probléma, ahhoz, hogy ez megváltozzon, szükséges lenne a differenciált jogi keretek megalkotása és a közvélemény témáról kialakított véleményének megváltoztatása. Ennek egyik módja a drogosok elhelyezése a magyarországi szenvedélybetegek körében, hiszen a lakosság hajlamos az alkoholoról megengedőbben gondolkodni, mint a drogról.

A jelenlegi jogi szabályozás bonyolult, nehezen érthető, célszerű lenne világosabbá tenni, hogy milyen joga és kötelezettségei vannak az állampolgároknak, lehetőleg mindezt egy törvénybe integrálni, mivel jelenleg különböző törvényi helyeken kell ezeknek utánanézni.

Fontos lenne a jogi szabályozás során a kábítószer-fogyasztók elleni eljárási gyakorlat kidolgozása, vagyis a jog differenciáljon a bűncselekmény súlyossága, a visszaesések száma és a rehabilitációban való részvétel fogékonysága alapján.

A jogi szabályozás során a szakemberek kiemelik a reszocializáció segítségét és ennek törvényi kereteinek való megteremtését.

VII. VÁLASZADÓI CSOPORTOK

VÉLEMÉNYKÜLÖNBSÉGÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

A kutatás során megkérdezett 62 interjúalany a drogszakma széles spektrumának különböző területeit képviselték – a drogbetegek kezelésében, ellátásuk közvetlen, napi gyakorlatában részt vevő addiktológusoktól kezdve a drogproblémához csak közvetetten, esetlegesen kötődő, a „téma által érintett közigazgatásban dolgozóig” bezárólag.

A mélyinterjú vizsgálat kvalitatív kutatási módszer, melynek eredményei számszerűsítésre nem, csak tendenciák jelzésére alkalmasak. Ilyen tendencia lehet a különböző válaszadói csoportok véleményében megmutatkozó eltérések, különbségek feltárása, azonosítása. Fontos megjegyeznünk azonban, hogy jelen esetben a civil szervezetek képviselőinek, a kezelésben-ellátásban dolgozóknak, a közigazgatás képviselőinek, a politikusoknak, illetve egyéb szakemberek csoportjainak véleménye nem különíthető el élesen, nem mutatható ki lényeges eltérés, markánsan különböző álláspont az egyes csoportok véleményei között a Drogstratégiához kapcsolódó egyetlen területen sem. (Természetesen egyedi véleményeket, ötleteket, javaslatokat több interjúalany is megfogalmazott.)

Figyelmet érdemelnek azonban azok az – interjúalanyok véleményeiben megmutatkozó – eltérések (pl. elméleti-gyakorlati szemléletű értelmezési keret, problémák-eredmények fókuszálása stb.), amelyek a tevékenységük („szakmájuk”) és nézőpontjuk, rálátásuk különbségeiből adódnak. E szempont alapján az interjúalanyok három csoportja különíthető el (bár némely esetben átfedés van a csoportok között):³⁴

- a droghasználók kezelésében-ellátásában közvetlenül részt vevő gyakorlati szakemberek (addiktológusok, pszichiáterek stb.) és egyéb szakemberek,
- a drogproblémához kapcsolódóan a közigazgatásban dolgozók, politikusok,
- KEF-vezetők.

Az interjúalanyok e három csoportjáról elsőként az állapítható meg, hogy a drogbetegek kezelésében, ellátásában dolgozó interjúalanyok (szakemberek) tudása jóval szélesebb, mélyebb, validabb a drogtémában, mint az egyéb területen, a droghasználókkal közvetlenül nem érintkezőké, például a közigazgatásban dolgozóké, vagy a politikusoké³⁵. Az e válaszadói csoporthoz sorolható interjúalanyok a Stratégia kapcsán számos olyan területet, problémát, kérdést is említettek, arról részletes véleményt adtak, amelyet a többi csoport képviselői adott esetben említés szintjén sem érintettek. Az ellátásban-kezelésben dolgozó szakemberek és a KEF-vezetők például részletesen kifejtették a célok gyakorlati megvalósíthatóságával és megvalósításával kapcsolatos problémákat és eredményeket, miközben a kezelés, ellátás témájára vonatkozó kérdések részletes megválaszolását a legtöbb, nem ezen a területen dolgozó interjúalany egyszerűen elutasította, mondván „egyáltalán nem értek hozzá”.

³⁴ A KEF-vezetők között az ellátásban és a közigazgatásban dolgozók egyaránt voltak.

³⁵ E válaszadók közül egyedül a négy parlamenti párt szakpolitikusai tekinthetők egyértelműen definiálható csoportnak. (Erre figyelemmel minden alkalommal jeleztük, hogy mely egyedi vélemények, válaszok kötődnek politikusokhoz.)

A KEF-vezetők esetében megragadható még egy „jellegzetesség”: az interjúalanyok folyamatosan hangsúlyozták a helyi nézőpont fontosságát (pl. a KEF-ek létrejötte elősegítette a drogprobléma helyi felismerését, a problémák kezelésében szerepet játszó szervezetek együttműködését, szemléletváltásukat és felelősségük tudatosítását; főváros-vidéki különbségek a szükségletekben és az ellátás lefedettségében stb.).

A következő táblázat a három válaszadói csoport véleményében megmutatózó, alapvetően a „gyakorlati-elméleti” megközelítésből, rálátásból adódó eltéréseket foglalja össze. Összességében azonban megállapíthatjuk, hogy „a korszerű drogstratégiához illeszkedő” szemlélet alapvetően a megkérdezettek többségére jellemzőnek tekinthető. Ez alól egyetlen párt politikusa képezett kivételt, aki az elrettentés és a büntetőjogi szigorítás irányába vinné tovább a drogproblematika kezelését. A többi interjúalany (illetve „csoport”) esetében, bár vannak egyedi eltérések, markáns különbségek azonban nem állapíthatók meg a véleményekben (pl. abban a kérdésben, hogy a drogrevenió elérte-e a célját vagy sem, nem lehet aszerint különbséget tenni, hogy arról a szakemberek vagy a közigazgatásban dolgozók vélekedtek-e). Homogénnek tekinthető csoportokról az ismereteket, véleményeket, beállítódásokat tekintve nem beszélhetünk, mivel egy-egy csoporton belül is az előbbieket tekintve – ha nem is lényeges, de valamilyen szintű különbségek regisztrálhatók. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy pl. nem tekinthető homogén csoportnak a közigazgatásban dolgozók csoportja sem, mivel a széleskörűen tájékozott munkatársak mellett jelen voltak azok is, akik „csak helyettesíteni szokták a főnököket”, s ennek megfelelően ismereteik és a problémával való azonosulásuk is elmarad az előbbiektől.

KIEMELT KÜLÖNBSÉGEK

KEZELÉSÉBEN-ELLÁTÁSÁBAN KÖZVETLENÜL RÉSZT VEVŐ ÉS EGYÉB SZAKEMBEREK	KEF-VEZETŐK
ÁLTALÁNOS MEGÁLLAPÍTÁSOK	
<ul style="list-style-type: none"> • szélesebb, mélyebb, validabb tudás a drogtémában • komplexebb látásmód, a droprobléma társadalmi kontextusba helyezése • gyakorlatias(abb) nézőpont • konkrét területek, problémák, kérdések említése, részletes értékelése 	
	<ul style="list-style-type: none"> • helyi nézőpont
A) A DROGSTRATÉGIA CÉLJAINAK TELJEDSÜLÉSE AZ EGYES PILLÉREK SZERINT	
1. Érzékeny közösségek kialakulása	
<ul style="list-style-type: none"> • fontosnak ítélt terület 	
	<ul style="list-style-type: none"> • helyi problémák, felelőségek felismerése • KEF-ek finanszírozási problémái • elvont célok helyi viszonylatba való átültetése nehézkes
2. Megelőzés, prevenció <i>(a prevenció megítélése mindhárom csoportban ellentmondásos)</i>	
3. Ellátás	
<ul style="list-style-type: none"> • területi egyenlőtlenségek az ellátásban (az ellátásnak a helyi szükségletekhez kellene igazodni) • speciális csoportokra irányuló ellátások hiánya • finanszírozási problémák • az egészségügyi és szociális szakma együttműködésének gyakorlati problémái 	
<ul style="list-style-type: none"> • egészségügyi jellegű ellátások fejletlensége 	
4. Kínálatcsökkentés <i>(nem regisztrálhatók azonosítható különbségek a válaszadói csoportok között, a vélemények nem csoportokra, ha</i>	

B) A DROGSTRATÉGIÁHOZ RENDELT ERŐFORRÁSOK HASZNOSULÁSA	
1. Az erőforrások mennyiségének, összetételének (pénz, idő, humán erőforrás) és a stratégia céljainak összhangja	
<ul style="list-style-type: none"> vízfejtés, Budapest-központúság (túl sok a drogtémával elméletben foglalkozó és túl kevés a drogosokkal gyakorlatban foglalkozó szakember) 	
2. Az erőforrások stratégiai célok szerinti felhasználása (eredmények, eredménytelenségek) (nem regisztrálhatók azonosítható csoportokra, hanem egyénekre jellemzőek)	
C.) JOGSZABÁLYOK, RENDELETEK ÉS A JOGALKALMAZÁS (nem regisztrálhatók azonosítható különbségek a válaszadói csoportok jellemzőek)	
D.) JAVASLATOK EGY KÖVETKEZŐ DROGSTRATÉGIÁHOZ	
<ul style="list-style-type: none"> komplex szenvedélybeteg-stratégia szükségessége az új stratégia megvalósításhoz szükséges erőforrások garantálása területi ellátási különbségek felszámolása, hiányzó (speciális) ellátások kiépítése a kormányzat e területre vonatkozó koordinációs tevékenységének átalakítása – a koordináció jelenleg „alulról” (át) láthatatlan 	
	<ul style="list-style-type: none"> az új Stratégia vegye figyelembe a regionális, helyi sajátosságokat kapjanak hangsúlyosabb szerepet és több erőforrást a KEF-ek, mert a tényleges tevékenység mindig helyben történik

VIII. PROBLÉMAFA ELEMZÉSEK

MÓDSZERTAN

A Stratégia megvalósulásának értékeléséhez érdemes az ok-okozati elemzésekhez gyakran alkalmazott problémafa-elemzést végezni a megvalósulást akadályozó tényezők azonosítása céljából. Ez az elemzési eszköz alkalmas a legfontosabb problémák és azok okainak azonosítására, segít megérteni a problémák egymáshoz való viszonyát, összefüggéseit és a lehetséges következményeket. A problémafa grafikus megjelenítésekor függőleges irányban az ok-okozati láncolatokat, vízszintesen a közös okokat és együttes hatásokat ábrázolják. A problémafa hierarchikus vázára építve célfa elkészíthető, ami bemenetként szolgálhat az új drogstratégia elkészítéséhez.

A problémafa mintájára sikerfa is készíthető, amely az elért sikerek háttérében álló ok-okozati láncolatokat ábrázolja. Ennek segítségével elemezhető, milyen okok állhattak a Stratégia megvalósulásának sikerei mögött, a lehetséges magyarázatok számbavételével feltárható, milyen tényezők, tevékenységeknek köszönhetőek a pozitív eredmények.

A problémafa-elemzéshez a mélyinterjúkban és a fókuszcsoporthos beszélgetésekben többször is elhangzott 57 kritikai véleményt³⁶ 18 problémába csoportosítottuk. (5. Táblázat) Ha egy probléma a megfogalmazás alapján több csoportba is besorolható volt, akkor csupán egyet, a leginkább jellemzőt választottuk.

5. Táblázat: Az interjúalanyok és a fókuszcsoporthok résztvevőinek véleménye alapján kialakított probléma-csoportok

A csoport sorszáma	A probléma-csoport megnevezése
1	A lehetőségekhez képest nem csökkent eléggé a fogyasztás
2	Nem megfelelő a problémás fogyasztók kezelése, ellátása
3	Nőtt a drogokhoz való hozzáférés lehetősége
4	A szolgáltatások, programok nem érik el az összes potenciális és aktuális fogyasztót
5	Büntethetőség visszatartja a fogyasztókat
6	Kevés, a szükségletnek nem megfelelő minőségű és hozzáférhetőségű szolgáltatás, program
7	Minőségbiztosítás elégtelensége
8	Szaktudás elégtelensége
9	Szakemberhiány
10	Forráshiány és nem megfelelő elosztás
11	Működési összhang elégtelensége
12	Képzés elégtelensége
13	Jogi szabályozás elégtelensége
14	Monitorozás elégtelensége
15	Politikai akarat hiánya
16	Támogató társadalmi konszenzus hiánya
17	Elégtelen kommunikáció a döntéshozók, a szakma, a lakosság felé
18	Irányítás, koordináció elégtelensége

³⁶ Lásd a Vezetői összefoglaló Kiemelt megállapításait

Az 1. probléma-csoport, - „A lehetőségekhez képest nem csökkent eléggé a fogyasztás” - kialakítására annak ellenére szükségesnek látszott, hogy ezt a megkérdezettek így nem fogalmazták meg. Ugyanakkor a prevenció pillérrel kapcsolatos kritikai észrevételekből következik, hogy az elemzéshez ezt a probléma-csoportot célszerű azonosítani és használni.

A sikerfa-elemzéshez a többször is említett 25 pozitív véleményt 13 siker-csoportba soroltuk a problémafa-elemzésnél elvégzett eljárással megegyezően. (6. Táblázat) Az 1. siker-csoport, „Stratégia elfogadása” a megkérdezettek a kérdőívben szereplő 1. kérdésre adott egyöntetű pozitív megítélése alapján került be a siker-csoportok közé.

6. Táblázat: Az interjúalanyok és a fókuszcsoportok résztvevőinek véleménye alapján kialakított siker-csoportok

A csoport sorszáma	A siker-csoport megnevezése
1	Stratégia elfogadása
2	Bővülő költségvetési források
3	Koordináció megerősödése
4	Képzés bővülése
5	Kutatás, monitorozás felerősödése
6	Intézményrendszer fejlesztése
7	Néhány támogató jogszabály elfogadása
8	Javuló minőségbiztosítás
9	Bővülő, hozzáértőbb szakembergárda
10	Sokféle probléma-kezelési nézet, gyakorlat elterjedése
11	Korszerű, szükségletekhez igazodó szolgáltatás és program megjelenése
12	Megértőbb jogalkalmazás
13	Kisebb társadalmi veszteség

A problémák és sikerek besorolását követően a probléma- illetve siker-csoportokat olyan kétdimenziós kapcsolati hálózatba rendeztük, amelyben az okokat a magasabb, az okokat alacsonyabb probléma-szinten helyezve ábrázoltuk. A csoportok közti ok-okozati kapcsolatokat nyílak jelölik úgy, hogy a nyíl vég az okozatra mutat. A problémafát „felülről-lefelé”, a sikerfát „alulról-felfelé” építettük, mivel az előbbinél az okozatokból, az utóbbinál az okokból volt célszerű kiindulni.

A problémafa-elemzések eredményének értelmezéséhez hangsúlyozni kell, hogy az elemzés csupán a valóságos helyzetet erősen leegyszerűsítő megközelítésre ad lehetőséget. A valós helyzetet megközelítő leírásban a problémák és sikerek száma nyilvánvalóan olyan nagy, hogy ezeket egyetlen elemzésben kezelni gyakorlatilag nem lehetséges. További nehézséget jelent a problémák és sikerek közötti kapcsolatok összetettsége, bonyolultsága, hiszen a szövevényes kapcsolatok kétdimenziós ábrázolása gyakorlatilag megoldhatatlan feladatot jelent.

A problémafa-elemzésekben felhasznált, Stratégiával kapcsolatos kritikai véleményeket és pozitívnak ítélt változásokat a 7. Táblázat és a 8. Táblázat mutatja be.

7. Táblázat: A kritikai vélemények besorolása probléma-csoportokba

A csoport sorszáma	A kritikai vélemény
2	A problémás fogyasztók ellátására kritikusan alacsony, földrajzilag egyenetlenül elosztott pszichiátriai, addiktológiai kapacitások állnak rendelkezésre, azokat kevesen és nem a leginkább rászorulóknak veszik igénybe
2	Nem tudja az ellátásra szorulókat beterelni a rendszerbe a fejletlen és sokszor alacsony színvonalú utcai megkereső szolgálat
2	Speciális csoportok (pl. terhes anyák, 18 éven aluli függők) igényeinek megfelelő ellátások hiányoznak
3	Egyesek szerint a kábítószerhez való hozzáférés könnyebbé vált, a rendőrségi intézkedések inkább a fogyasztókat érintik, mint a terjesztőket
4	Az elterelés hatékonyságát lerontja, hogy azt nem a rászoruló célcsoport veszi igénybe, nem érzékeny az eltereltek sajátos igényeire, sok erőforrást emészt fel
4	Az iskolai prevenció a Stratégia előtti időszakához képest kevesebb gyereket ért el, minimális az előrelépés
4	Az iskolai prevenció nem éri el a teljes célcsoportot, minősége gyakran alacsony színvonalú, módszertana nem illeszkedik a célcsoport sajátosságaihoz
5	A bűnüldözési gyakorlat komolyan akadályozza az ellátásba vételt
5	A rendőrség végrehajtói szintjén még nem tapasztalható átütő szemléletváltozás, továbbra is ellenségnek tekintik a fogyasztót
5	A Stratégia sikerességét jelentősen akadályozták a büntetőjognak fogyasztásra és a megelőzésre vonatkozó tételei és a jogalkalmazók kapcsolódó értelmezése
5	Aggályos a függés büntetőjogi eljárásban való megállapítása részben a fogalmak megfelelő meghatározása, részben az igazságügyi orvos szakértők megfelelő képzettségének hiánya (és feltételezett érdekei) miatt
6	A többi, Stratégiában megjelölt 11 prevenció szintjén nem történt jelentős előrelépés, különösen nagy a hiány a média, az egyházak, a munkahely és a család színtereken
6	A túcsere program hazai elterjedtsége még elmarad az európai átlagtól, egyenetlen eloszlású
6	Az ártalomcsökkentés más területei kevésbé, vagy teljesen kiaknázatlanok
6	Az egészségügyi reform keretében egyes ellátási formákat / helyeket felszámoltak.
6	Az igények csak kisebb hányadát elégítik ki a fenntartó kezelési kapacitások
6	A kábítószer-fogyasztás veszélyeit bemutató passzív részvételt igénylő előadások helyett egészség-központú, pozitív életszemléletre épülő, a produktív életstílus kialakítását elősegítő megelőzési programok hiányoznak
6	Más korcsoportok illetve veszélyeztetett csoportok igényeinek megfelelő megelőzési programok hiányoznak
6	Sok a didaktikus jellegű, kevés az indirekt megközelítésű, magatartás- és program alternatívákat kínáló, a célcsoportok sajátosságait kezelni képes prevenció program
7	A civilek, beleértve a fogyasztókat, a kábítószer-probléma megoldását célzó tevékenységekbe történő jelentősebb bevonása nagymértékben javíthatna a Stratégia céljainak megvalósulását
7	Az akkreditáció és a minőségbiztosítás egyéb eszközeinek alkalmazása lenne szükséges a KEF-ek működésének, a prevenció programok hatékonyságának emeléséhez
7	Vannak, akik szerint sok rossz színvonalú, dilettáns kutatás kapott támogatást
8	A probléma felismerése, kezelése szempontjából fontos szerepet betöltő háziorvosok (finanszírozási okok miatt) sok helyen érdektelenséget mutatnak a drogproblémával kapcsolatos képzések, továbbképzések iránt
8	Az egészségügyi és szociális ellátások, különösen az addiktológiai ellátás nem integrálódtak rendszerbe, színvonaluk nem egy esetben elmarad a nemzetközi gyakorlattól
8	Az országos léptékű (néha Budapest-centrikus) kutatási eredmények helyben kevésbé relevánsak, és nem mindig illeszkednek a Stratégia céljaihoz
8	Kezelési protokollok és működési minimum követelmények hiánya hozzájárul egyes ellátások alacsony szakmai színvonalához
9	A szakemberhiány a kábítószer-probléma visszaszorításához szükséges valamennyi területen kapacitáshiányt és a kívánatosnál alacsonyabb színvonalat, hatékonyságot eredményez
9	Célszerű az adminisztrációs terhek csökkentése, mert az adminisztráció a szakmai munkából vonja ki az amúgy is szűkös humán kapacitást
9	Érdektelenség miatt kevés addiktológus végez, nincs ilyen irányú orvos-továbbképzés; utánkövetés, esetmegbeszélések hiányában nem kellően hatékony a megszerzett tudás alkalmazása, frissítése

9	Hiányzik a hatékony prevenciók tevékenység megfelelő szakmai háttere, forrásai, illetve a jól kiképzett szakember-gárda
10	A pályázati források elosztása nem megfelelően koordinált, ellenőrzött, „megtérülése” nem megfelelő, egyesek szerint alapjaiban kell megújítani a támogatások folyósításának rendszerét
10	A pályázati források kivételével mindegyik terület alulfinanszírozott, vélik mások
10	Az elterelésre és a kínálatcsökkentésre fordított források arányát – az eredményesség szempontjából – a többség túlzottnak tartja
10	Az éves pályázati rendszer bizonytalanná teszi a működést és ellehetetleníti a közép- és hosszú távú programok tervezését, megvalósítását; normatív finanszírozásra is szükség van
10	Egyre kevesebb a pénz prevenciók programokra, illetve az oktatási rendszer alakítgatásai miatt felszámolták ezeken az intézményeken belül a humán-erőforrás bázist
10	Vannak, akik szerint pazarlás volt a prevencióra fordított források
11	Az együttműködés sok helyen még nehézkes a túlterheltség, és a kompetencia-harcok miatt
12	A képzések egy része alacsony színvonalú (különösen a megszerzett tudás gyakorlati alkalmazhatósága tekintetében), a megfelelő szakmai ellenőrzés, koordináció hiánya a jellemző
12	Nem jelenik meg a kábítószer-probléma a társszakmák képzésében
13	KEF-ek működése sem jogi értelemben (nem jogi személyiség, így pályázni nem tud), sem anyagilag nem biztosított tervezhető módon
13	Más szakértők szerint részben túlszabályozott, részben bonyolult és egyben nem világosan szabályozott a terület, „drog törvényre” lenne szükség
13	Nem történt meg a közösségi jog kábítószer-problémával kapcsolatos valamennyi állásfoglalásának a magyar jogrendbe történő átültetése
14	Nem megfelelő vagy hiányos a kábítószer-probléma és a megoldását célzó tevékenységek monitorozása, még sok fontos adat hiányzik
15	A problémakör helyenként jellemző átpolitizálása akadályozza az adekvát, szakmailag is megfelelő színvonalú döntések meghozatalát
15	Egyesek nézetek szerint a kiskorúak ellátása nincsen megfelelően szabályozva
15	Hiányoznak az egészségügyi és a szociális ellátási rendszer együttműködését, munkamegosztását, kapcsolódását szabályozó jogszabályok
15	Hiányzik a KEF-ek jogállását megfelelően meghatározó szabályozás
16	A kábítószer-probléma a médiában ambivalens módon, sematikus gyakran torzan, felületesen és előítéletes jelenik meg. Főképp a bűnüldözési „sikerek” kapnak publicitást, a problémák megoldási lehetőségei és sikerei ritkán
16	A KEF-ek egy része nem képes a szemléletformálásra, mert csupán formális a tevékenysége, aktivitásuk kifulladásban van részben az önkéntesek „kiégése”, részben átpolitizáltságuk miatt
16	Általános a fogyasztókkal szembeni elutasító viszonyulás, a bizalmatlanság, ez megnehezíti az ellátást és a reszocializációt
16	Az „érzékenyítéssel” kapcsolatos célkitűzések túl általánosak, megfoghatatlanok, szlogen-ízűek, különösen nem érintette a családokat, munkahelyi közösségeket
16	Az állam kettős üzenetet küld: a fogyasztót hol bűnözőnek, hol betegnek tekinti
17	A drogstratégia megvalósulásával kapcsolatos kommunikáció – tartalmában és intenzitásban is – alig érzékelhető
17	A kutatások minőségi problémái mellett az eredményeknek nem a célcsoportoknak megfelelő bemutatása gyakran akadályozza az eredmények hasznosulását
18	A prevenciók tevékenység központi szintű koordinációja problematikus, a különböző szaktárcák, szintek közötti együttműködés rossz, néha egymás ellen dolgoznak
18	Bizonyos célkitűzések esetében nagyobb az időigény (pl. szemléletformálás), és ezzel rosszul számolt a Stratégia

8. Táblázat: A pozitív vélemények besorolása siker-csoportokba

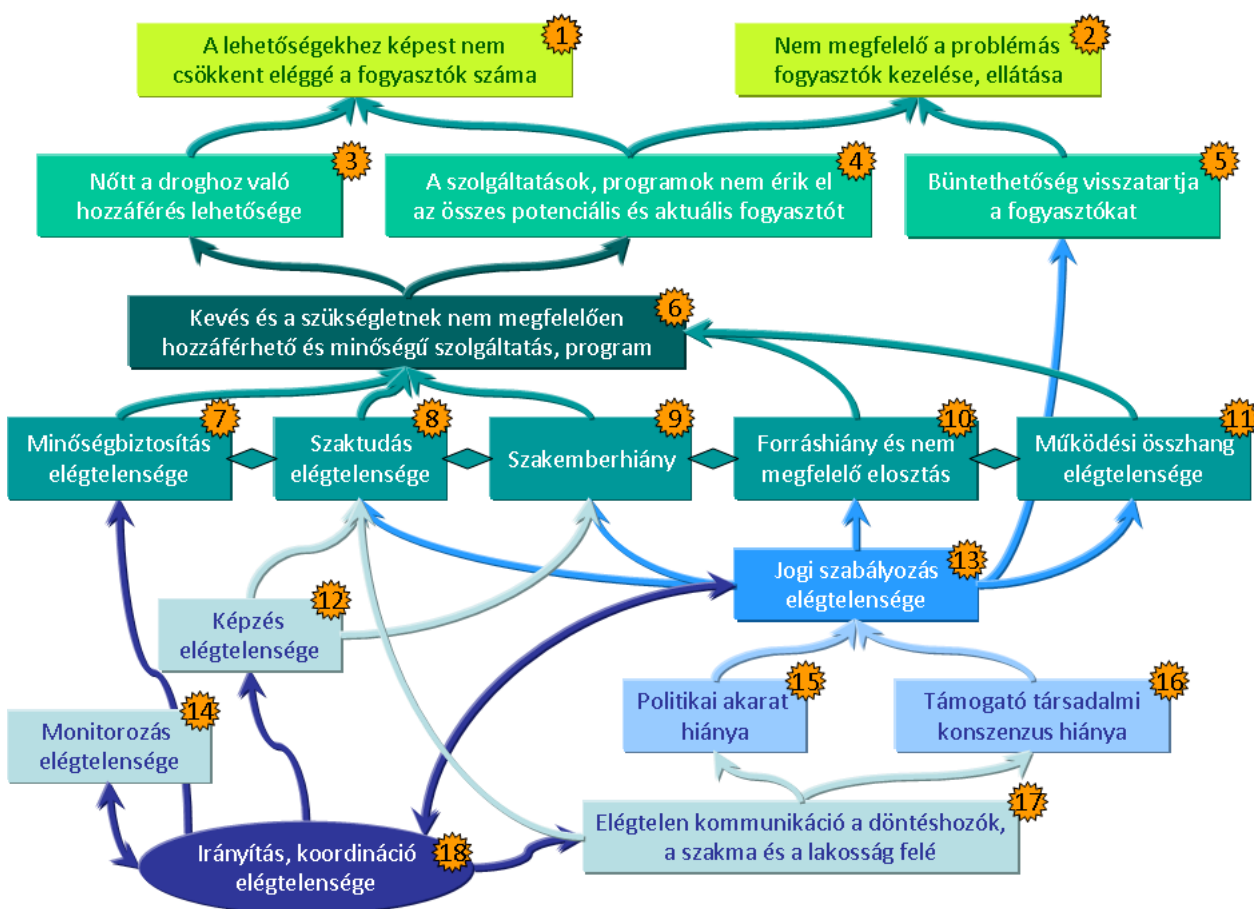
A csoport sorszáma	A siker-csoport megnevezése
2	Más hasonló társadalmi problémával összevetve jelentősebb, de a Stratégia indulásától egyre csökkenő anyagi forrás állt rendelkezésre
3	Kialakult az egészségügy és a szociális szakma együttműködése a drogproblémák kezelésében, bár ez főképp informális, személyes kapcsolatokon múlik
4	Nagyon sokféle központi és helyi képzési lehetőség nyílt meg
5	A kutatás egyre több releváns adatot, információt szolgáltat a kábítószer-probléma különböző, korábban érintetlen területeiről
5	A kutatások megítélése is kettős volt: egyesek szerint nagy eredmény, hogy elindultak a kutatások, bár a témákkal ők sem mindig értenek egyet
6	Helyi problémák kezelésére KEF-ek alakultak, jelentős szerepet játszhattak a szemlélet kedvező irányú változásában a helyi problémák tudatosításában, megoldásában
7	Egyes vélemények szerint a jogszabályi keretek kellően kidolgozottak
7	Az elterelés megjelenése hasznos dekriminalizációs lépés
8	A szakmai protokollok és irányelvek megjelenése jelentősen emelte az ellátás színvonalát
9	Bizonyos szakterületeken elegendő a humán erőforrás, másutt azonban hiány a jellemző, vannak kihasználatlan humán kapacitások
10	A társadalom általában érzékenyebb lett, a kábítószer-problémát közösen megoldandó problémának látják
10	A fogyasztók tudatosabbak lettek mind orvosi, mind jogi értelemben
10	Kezd terjedni a tényekre, adatokra alapuló, a kábítószer-probléma megoldását célzó döntéshozatal
11	A drogstratégia céljainak megvalósítása érdekében számos helyen dolgoztak ki és kezdtek el megvalósítani helyi prevenciós stratégiát
11	Az iskolai prevenciós programok megindulása jelentős eredmény, nőtt a kínálati paletta
11	A Stratégia kezdeti időszakában gyors volt a fejlődés, kialakult a kezelési lánc valamennyi eleme
11	Jelentős előrelépés az alacsonyküszöbű ellátás kiépülése, s a szociális ellátások közé való megfelelő beágyazódása
11	Az ártalomcsökkentés területén sikerként értékeli a tűcsere programok megvalósulását
11	Egyes vélemények szerint a bűnüldöző szervek egyre inkább sikeresen szűkítik a piacot
11	A kábítószer-prekursorok területén kialakult a közösségi jognak megfelelő ellenőrzési rendszer
11	A civil szervezetek bevonása – ahol ez sikerült – rugalmasabbá tette a szolgáltatásokat
11	A rehabilitáció és az alacsonyküszöbű ellátásokra, valamint az ártalomcsökkentésre fordított összegeket jó befektetésnek ítélik
11	A prevencióra és a képzésre fordított források hasznosulásának megítélése vitatott: egyesek szerint hasznos volt
12	A rendőrségi vezetés szemléletében kedvező változások figyelhetők meg, a fogyasztó már nem „célszemély”
12	A többség szerint összességében elegendő volt az idő a Stratégia megvalósítására

EREDMÉNYEK

Problémák elemzése

A Stratégia részleges megvalósulásának legfontosabb következményeként két problémát jelöltünk meg: egyrészt a lehetőségekhez képest nem csökkent eléggé a fogyasztók száma {1}³⁷, másrészt a problémás fogyasztók kezelése és ellátása (beleértve az ártalomcsökkentést is) nem megfelelő {2}. (3. ábra)

3. ábra: A Stratégia megvalósulásának problémafája



E két probléma három tényező következménye: nőtt a drogokhoz való hozzáférés lehetősége {3}, mennyiségi és minőségi szempontból nem megfelelőek a potenciális és az aktuális fogyasztókat célzó szolgáltatások {4}, továbbá a büntethetőség miatt a fogyasztók nem keresik fel, fogadják el a szolgáltatásokat {5}.

Ezek közül az első két tényező okaként egyetlen probléma nevezhető meg: kevés és a szükségletnek nem megfelelően minőségű és hozzáférhetőségű szolgáltatás, program (beleértve a prevenció programokat is) {6} állt rendelkezésre. A fogyasztói magatartást

³⁷ E probléma-csoport kialakítására vonatkozó indoklást lásd a **Hiba! A könyvjelző nem létezik..** oldalon!

kedvezőtlenül befolyásoló büntethetőség mögött a jogi szabályozás elégtelensége áll {13}.

A következő probléma-szinten öt tényező nevezhető meg az elégtelen szolgáltatások közös okaként: a minőségbiztosítás elégtelensége {7}, a szaktudás hiányosságai {8}, a szakemberhiány {9}, a forráshiány és –allokáció elégtelensége {10} valamint a működési összhang elégtelensége {11}. Ezek egymást is erősen befolyásolják, és hatásuk a magasabb probléma-szinten együttesen jelentkezik. Ezen tényezők okai már nem szintekben, hanem inkább hálózatokban értelmezhető.

A minőségbiztosítás elégtelensége, az irányítás {18} mulasztásának következménye. A szakemberhiány és a szakmai ismeretek nem megfelelő színvonala a képzés elégtelenségére {12} vezethető vissza, melyért ugyancsak az irányítás {18} hibáztatható. A forráshiányt és a meglévő források nem megfelelő elosztását valamint a működési összhang elégtelenségét a Stratégia célkitűzéseire nem illeszkedő jogi szabályozás {13} okozta.

Az utóbbi probléma mögött részben a politikai akarat {15} és ezzel párhuzamosan a támogató társadalmi konszenzus hiánya {16} nevezhető meg okként.

Mindkettő – a kábítószer-probléma megoldási keretében értelmezve – a nem megfelelő kommunikáció {17} következménye.

Az elégtelen kommunikáció az irányítás és a koordináció mulasztása. Okként részben a monitorozás elhanyagolása {14}, illetve eredményei hasznosításának elmulasztása áll. A jogi szabályozás elégtelensége részben ugyancsak az irányítás és a koordináció elégtelen működésével magyarázható, bár itt kétirányú hatás is megjelölhető, hiszen a szabályozás elégtelensége gyengíti az irányítás és a koordináció eredményességét.

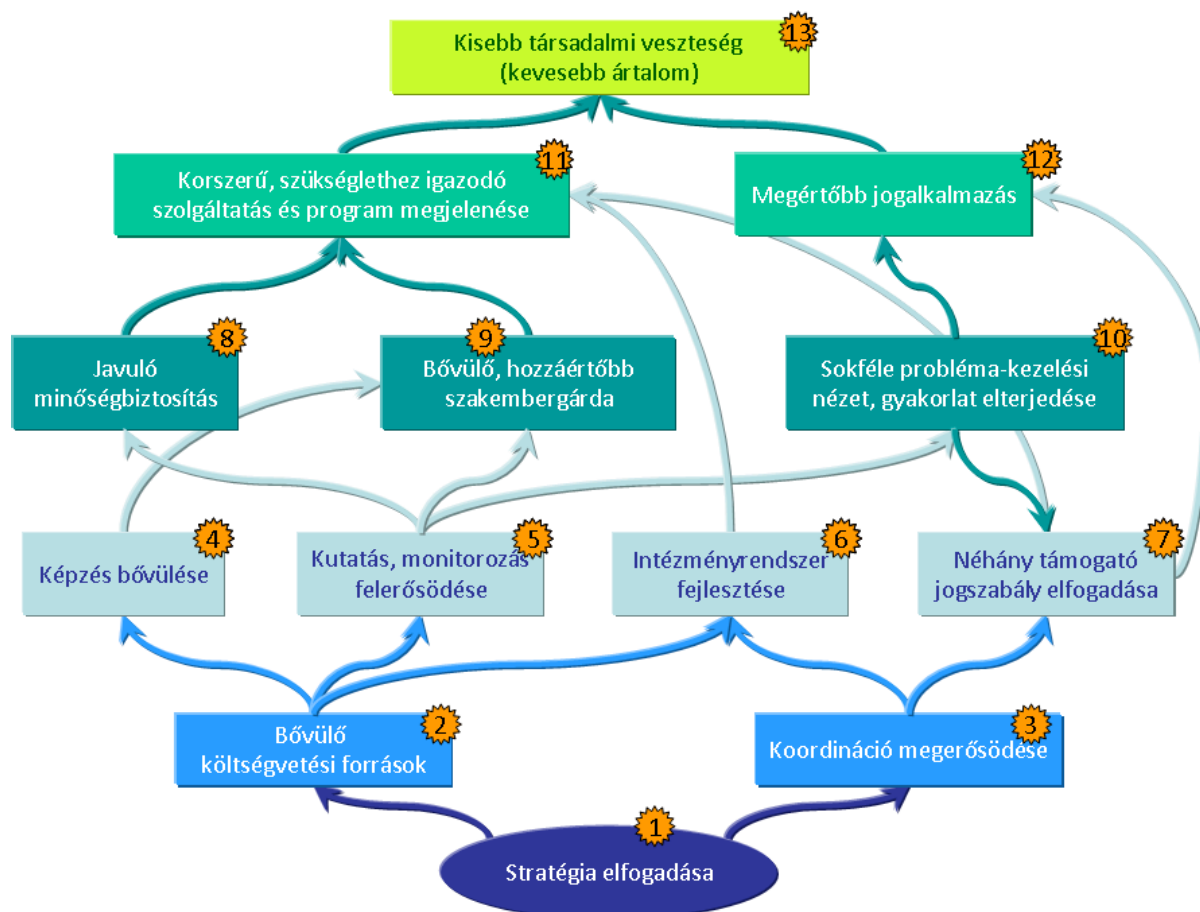
Ismételten hangsúlyozni kell, hogy a fenti eredmények a valóságot erősen leegyszerűsítő elemzési eljárásban keletkeztek, ezért a következtetések levonásakor ezt fontos figyelembe venni. Az eredményül kapott problémafa ugyanakkor lehetőséget kínál a következő drogstratégia tervezőinek, hogy a korábbi időszak tapasztalatait felhasználva a megvalósulás esetleges akadályait elhárítására felkészüljenek. Így például a problémafában megjelenített ok-okozati kapcsolati háló alapján feltételezhető, hogy a legalsó hierarchia szintre helyezett irányítási, koordinációs tevékenység megerősítése várhatóan alapvetően javítaná az új drogstratégia sikeres megvalósulásának esélyét.

Sikerek elemzése

A Stratégia elfogadásának {1} elsődlegesen két oki következménye jelölhető meg: az erre a célra fordítható költségvetési források bővülése {2} valamint a kormányzati koordináció megerősödése {3}. (4. ábra) E tényezőknek köszönhetően bővült a szakemberképzés {4}, felerősödött a kutatási és monitorozási tevékenység {5}, az intézményrendszer jelentősen fejlődött {6} továbbá néhány, a Stratégia megvalósulását támogató jogszabályt is elfogadtak {7}. Az okozatok következő hierarchia szintjén a szolgáltatások szakmai színvonalát emelő tényezők {8}, a szakmailag egyre inkább kompetens humán erőforrás {8} valamint a kábítószer-probléma által érintettek nézeteinek, cselekvéseinek sokszínűsége {10} azonosítható. A minőséget biztosító tevékenységek {8} és a kompetens szakmbergárda {9} képes volt egyre inkább korszerű, a szükségletekhez igazodó szolgáltatásokat és programokat {11}

nyújtani az erre a célra kialakított intézményekben, szervezetek {6} keretei között. Az adekvát szolgáltatások következtében a társadalmi veszteségek {13} csökkenthetők voltak. Ezt elősegítette a fogyasztókkal szemben megértőbb jogalkalmazás {12}, aminek alapját néhány, a kábítószer-probléma visszaszorítását támogató jogszabály elfogadása is támogatta. A kedvező jogszabályi változtatásokat elősegíthette, hogy a kábítószer-fogyasztás társadalmi megítélése sokszínűbbé vált {10}.

4. ábra: A Stratégia megvalósulásának sikerfája



Ahogy a problémák elemzésénél is elmondtuk, a sikerfa-elemzés eredményeit erősen egyszerűsítő eljárás szolgáltatta, ezt a következtetések levonásakor nem szabad figyelmen kívül hagyni. Az eredményül kapott sikerfa ugyanakkor lehetőséget kínál a következő drogstratégia tervezőinek, hogy a korábbi Stratégiával kapcsolatos pozitív tapasztalatok felhasználásával elősegítsék az új megvalósulásának sikerességét. Így például a fenti ok-okozati kapcsolati háló alapján feltételezhető, hogy az alulról 3. hierarchia szint ({4}-{7}) mintegy infrastruktúráként meghatározó szerepet játszott a pozitív változások előidézésében. Érdeemesnek látszik tehát az új Stratégia tervezésekor elemezni, milyen infrastrukturális fejlesztések látszanak szükségeseknek a célkitűzések teljesüléséhez.