

VESZPRÉM KÁBÍTÓSZERÜGYI STRATÉGIÁJA

2022-2025



Veszprém Kábítószerügyi Stratégiája
2022-2025

„Bekerített terepen dolgozz ki stratégiát!” (Szun-Ce)

Készítette:

Veszprém MJV Önkormányzatának Kábítószerügyi Egyeztető Fóruma

2021

[A STRATÉGIA DIGITÁLIS VÁLTOZATA IDE KATTINTVA ELÉRHETŐ!](#)

Az illusztrációként felhasznált képek között a noszlopi
Szenvedélybetegek Rehabilitációs Intézményében gyógyulók alkotásai is láthatók!



„Üzenet az olvasóhoz”



LIKÓ MARCELL
VAD FRUTTIK ZENEKAR

*„Az én apám erősebb, mint az Isten,
gyerekként a templomban csak azt kértem,
hogy ne legyen belőle lecsúszott nagyivó.
de a harcban alulmaradt a Mindenható.”*

*"Nincs reménytelenebb út, mint amely a tökéletességhez vezet;
minden lépés új, beláthatatlan messzeségekre nyílik: s az ember
elszörnyed e távlatok láttán és tudja, hogy nem szabad
meghátrálni, sem megpihenni, mert lezuhan." (Márai Sándor)*

A szenvedélybetegség nem csak az érintett egyén, de a közösség problémája is! A felépülés útja minden esetben az egyéntől a közösségen át vezet a teljes gyógyulásig. Felelősek vagyunk egymásért, közösségeink tagjaiért - különösen azokért, akik segítségre szorúlnak, hogy felhagyhassanak pusztító szenvedélyükkel.

Veszprém felelős, gondoskodó városa, amelynek polgáiraiként kötelességünk a bajba jutottak támogatása. A szó legnemesebb értelmében vett segítség, legyünk akár függőségeket gyógyító szakemberek vagy jó szándékú önkéntesek, akiknek nem lehet közömbös mások testi-, lelki-, szellemi egészsége.



PORGA GYULA
VESZPRÉM POLGÁRMESTERE



WÉBER LÁSZLÓ
A VESZPRÉMI KEF ELNÖKE

*"Egyik szél sem jó annak a hajósnak, aki nem tudja, melyik
kikötőbe tart!"*

Közösségeink a legkülönbözőbb kihívásokkal néznek szembe újra és újra. Nem elég felismerniük ezeket, úgy kell navigálniuk közöttük, hogy a nehézségek elkerülése mellett még előbbre is jussanak. A kábítószerügy régi problémákkal foglalkozik ugyan, de a megközelítések és eszközök folyamatos megújulására van szükség, hiszen "haladni kell a korrall"; a drogcena is dinamikusán változik.

Ki gondolhatott arra akár csak 10 éve, hogy majd a postás házhoz hozza a webshopból rendelt "anyagot"? Vagy éppen arra, hogy Zacher Gábor tanácstalanul széttárja a karjait, amikor arról kérdezik, pontosan mi is van a bódulatot okozó szerben és mit kell adni annak, aki rosszul van tőle?

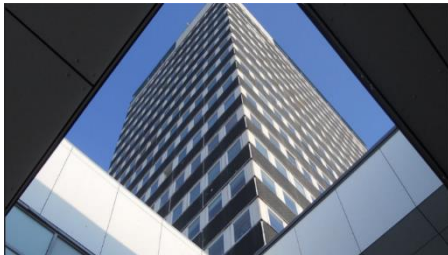
A kábítószerügyi stratégia a megújulás terve. Középtávú koncepció, ami a probléma kezelésében érintettek számára kijelöli azokat a útvonalakat, amelyeken egymást kiegészítve és támogatva haladhatunk.

Tartalom

JÖVŐKÉP, KÜLDETÉS	5
A STRATÉGIA ALAPELVEI, FŐ CÉLJA, FELADATA, KIDOLGOZÁSÁNAK FOLYAMATA	6
HELYZETELEMZÉS	9
<i>A korábbi stratégia értékelése</i>	9
Általános trendek, jelenségek	14
Új típusú problémák.....	29
A fő célcsoport: középiskolások (ESPAD)	33
Veszprémi vonatkozások	39
BEAVATKOZÁSI TERÜLETEK ÉS CÉLKITŰZÉSEK	50
Az Európai Unió és Magyarország	50
Veszprém	54
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉS KÁBÍTÓSZER-MEGELŐZÉS	55
KEZELÉS, ELLÁTÁS, FELÉPÜLÉS	57
KÍNÁLATCSÖKKENTÉS	58
Függelék	59
Elemzett adatkörök jegyzéke	59
Felhasznált nemzetközi, országos és helyi hatókörű dokumentumok.....	59
Közreműködő intézmények szervezetek.....	60



JÖVŐKÉP, KÜLDETÉS



„Veszprém, az élhető város.”

Ennek minden feltételrendszerét szükséges folyamatosan fejleszteni, **erősíteni a megtartó, míg javítani a visszatartó folyamatokat.**

A fejlődés elképzelhetetlen az egészséges fizikai és mentális környezet nélkül. Ezekre építve remélhetjük és várhatjuk el, hogy **az egészségtudatosság növekedjen, egyre kevésbé jusson szerep a nehéz és kilátástalan élethelyzetekben gyökerező egészségkárosító, destruktív magatartásformák kialakulásának.** A közösség figyelmére és erőforrásaira alapozva **őszintén szembe kell nézni** minden olyan körülménnyel és jelenséggel, ami a függőség, a kábítószerhasználat mögött húzódik meg akár egyének, akár csoportok körében.

Veszprém képes arra, hogy kiemelkedő megoldásokat és eredményeket érjen el a kábítószerprobléma kezelésében. Ezt vetíti előre egyrészt az **az út, amit eddig bejárt** ezen a területen, másrészt az a **szemlélet,** ami a más vonatkozásokban tapasztalható **progresszív fejlődésének kulcsa.** A korábban lerakott alapokra építve az **új felismerésekkel,** a korábbi szemlélet meghaladásával, a klasszikus **határokon túli gondolkodással alakítható** a közösség számára **kedvező irányba a kábítószerügy és annak határterületei.**

Nyitottnak kell lenni és annak is maradni azokhoz a felismerésekhez, amelyek például a **viselkedési függőségek jelentőségét** és térnyerését is azonosítják és **beemelik az addikciók kezelési paradigmájába.** Meg kell újítani azokat a **nézőpontokat,** amelyek a **kábítószeres legújabb típusairól** és használati, beszerzési jellemzőiről **helyes képet adnak** és hozzásegítenek a megfelelő következtetésekhez.

A kábítószerügyi stratégia **legfontosabb küldetése, hogy keretbe foglalja** a jövőkép speciális mozaikdarabjait. *A szemléletet, az elveket, az együttműködési mezőket, az átfogó és konkrét célkitűzéseket, valamint az intézkedéseket és feladatokat.*

Azokat, amelyek a **szenvedélybetegség ügyében elképzelt változások és elvárások meghatározásával** teljesebbé, egyszersemind sikeresebbé teszik a **„Veszprém-víziót”.**



A STRATÉGIA ALAPELVEI, FŐ CÉLJA, FELADATA, KIDOLGOZÁSÁNAK FOLYAMATA



Alapelvek

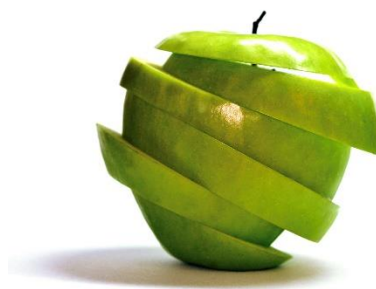
- A helyi stratégia legyen **kompatibilis** az Európai Unió és Magyarország kábítószerügyi stratégiájával, valamint **támasszkodjon** Veszprém MJV Önkormányzatának a területen elfogadott **két korábbi stratégiájára**, azok eredményeire is.
- Helyezze középpontba a **szerhasználat nélküli életmodellt**, alkalmazzon **egészségfejlesztő** megközelítést és **felépülés-központú** szemléletmódot, fejezze ki a **közösségi** irányultságot.
- Azokra a **pillérekre épüljön**, amelyek a nemzeti szakmapolitikai keretrendszerben megjelennek; az **egészségfejlesztés, kábítószer-megelőzés, a kezelés, ellátás, felépülés, utógondozás és a kínálatcsökkentés területére** fogalmazzon meg célokat.
- Célkitűzései **elérhetőek, konkrétak, relevánsak, mérhetőek és időhöz kötöttek** legyenek.
- Szervezetek közötti **partnerségre**, közös cselekvésre építsen.
- A kábítószer-probléma **átfogó megközelítése érvényesüljön** összetettségének és a kezelésére hivatott szakmák **sokszínűségének** figyelembevételével.

Fő célok

A városi drogstratégia **elsődleges célja**, hogy a tendenciák, az igények és lehetőségek tudatában az **önkormányzat és a drogügyekben érintett intézmények, szervezetek szándékait rögzítse** egy-egy területen az ellátandó feladatok, tevékenységek **fenntartására, fejlesztésére vagy megteremtésére**.

A lakosság **érzékenyítése**, esélyteremtés arra, hogy minél nagyobb számban váljanak képessé produktív, **egészségtudatos életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására**, különös hangsúlyt helyezve ebben a fiatalabb korosztályokra.

Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a **drogproblémákkal** küzdő egyéneket és családokat, **csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés** lehetőségét. A legális és illegális szerek **kipróbálási arányának növekedését meggátolni**, a gyógykezelésbe, terápiába, **ártalomcsökkentő programokba bevontak arányát növelni**.



Fő feladatok

Elsősorban az **Önkormányzat számára adjon iránymutatást** a kábítószerprobléma kezelését megvalósító, illetve azt támogató intézkedései, más ágazati tervei elkészítéséhez.

Biztosítson irányadó koncepciót, szemléleti és értelmezési keretet, amely alapján egyes ágazatok, intézmények és **intézményrendszerek, valamint helyi közösségek** és szervezetek a konkrét cselekvési programokhoz, **feladatok végrehajtásához kapcsolódhatnak**.

A helyi közösség tagjai és döntéshozói körében **segítse elő a kábítószer-jelenség megértését**, a szükséges és célszerű cselekvés alapelveivel való azonosulást.

Segítse elő az érdekelték közötti együttműködést, valamint a kábítószer-probléma komplex kezelésében különösen **érintett testületek és intézmények vonatkozó szakpolitikai programjainak összehangolását**.



A stratégia kidolgozásának folyamata

Ez Veszprém **harmadik** kábítószerügyi stratégiája. Az előző két dokumentumkészítéssel megegyezően **VMJV Kábítószerügyi Egyeztető Fóruma (KEF)** vezette a kidolgozás folyamatát.

Hosszú idő után először nyílt lehetőség arra 2020 végén, hogy a KEF pályázatot nyújtson be tevékenységének finanszírozására az EMMI-által biztosított forrásra. **A KEF korábbi döntésének megfelelően elsődleges feladatának tekintette a stratégia megújítását**, így a szakmai programban ezt a célt jelölte meg. A KEF tagjaiból létrejött koordinációs csoport **projekt-szerűen** határozta meg a feladatok végrehajtását. A **transzparenciát**, a Fórum tagjainak **minél szélesebb körű bevonását és a korábbi stratégiákra épülést tekintették vezérmotívumoknak**.

A KEF tagjaival **véleményeztették a projekttervet**, ehhez elkészült egy önálló digitális kiadvány. Ezt követően a KEF elnöke felvette a kapcsolatot az **EMMI** illetékes főosztályával, **Székesfehérvár és Komárom-Esztergom** megye önkormányzatával, valamint a **szombathelyi Fórummal** a szakmai tapasztalatcsere és a stratégiaalkotás tervének megismertetése céljából (a **régiós kapcsolódás** sikerrel járt, folyamatos konzultáció zajlott a partnerekkel a teljes folyamat alatt).

A **korábbi stratégiák elemző értékelését** a KEF tagjai elvégezték (online adatfelvétellel, illetve az erre a célra kialakított módszertan segítségével). Az eredményekről és a következtetésekről újabb **önálló digitális kiadvány** készült a Fórum tagjai és a partnerek számára.

A kábítószer-problémát leíró egészségügyi, bűnügyi, prevenciós, kezelés-ellátási **adatok elemzését szakértőkkel felvett interjúk egészítették ki**, továbbá a legfrissebb kutatások másodelemzésére is sor került.

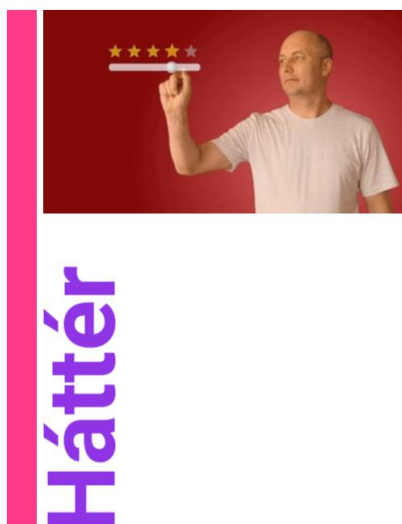
A stratégia tématerületei szerint **értékelő munkacsoportok alakultak** a KEF tagjaiból, ezekben zajlott az adatok, információk és eredmények értelmezése. A stratégia tartalmának alakításában a

munkacsoport-vezetők irányításával vettek részt a szakemberek, véleményezték és alakították a javasolt tartalmakat.

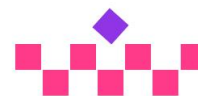
A stratégiaalkotás a szövegszerű javaslat elfogadásával fejeződött be a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum részéről. A leírt folyamat 2020 decembere és 2021 júniusa között zajlott.

HELYZETELEMZÉS

A korábbi stratégia értékelése



2008-2013



Veszprém legutóbb elfogadott kábítószerügyi stratégiája a 2008-2013 közötti időszakra határozta meg a célokat, feladatokat. Elengedhetetlenül fontos vizsgálni, hogy ezek mennyiben teljesültek, érvényességük, szükségességük napjainkban is megfogalmazható-e, az új tervek mennyiben építhetők a korábbi tevékenységekre.

Ezért VMJV Önkormányzatának Kábítószerügyi Egyeztető Fóruma tagsága részvételével elvégezte a felülvizsgálatot. A korábbi stratégiában meghatározott feladatokat egyenként értékelték, besorolták és osztályozták eredményességük, jelenlegi fontosságuk és sürgősségük szerint (Eisenhower-teszt).

A stratégiai területek



Közösségi együttműködés, társadalmi kommunikáció

A helyi közösségek kiemelkedő szerepet játszanak a problémák kezelésében, hiszen a kábítószer-fogyasztás jelensége alapvetően az egyének, a családok és a helyi közösségek problémája. A probléma sajátossága, hogy kezeléséhez a speciális szolgáltatások, programok mellett szükséges a megfelelő szintű és tartalmú társadalmi kommunikáció is. Ennek érdekében a stratégia által felolelt teljes tevékenységi körön belül más területekkel azonos hangsúllyal kell megfogalmazni a kommunikációs és információs feladatokat.



Prevenció

A dropprevenció része az egészségfejlesztésnek. Az egészségfejlesztés célja a droghasználattal kapcsolatban az ahhoz vezető kockázati tényezők szerepének csökkentése és a drogfogyasztás előfordulását mérséklő védő tényezők felerősítése, összességében a droghasználat (legitim és illegitim drogok) előfordulási arányának csökkentése. Cél az életminőség javítása, amihez az egészség erőforrásként szolgál. Az egészségre nem elsősorban önmagában, hanem az életstíluson (és a viselkedésen) valamint a környezetben keresztül lehet hatni.



Kezelés, ellátás és ártalomcsökkentés

Általános cél az egyénnél kialakult droghasználatból történő segítségnyújtás. Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer kapacitásainak felhasználásával, illetve önálló szolgáltatások kialakításával biztosítani a szenvedélybeteg ellátásához szükséges korszerű beavatkozások, megoldások lehetőségét intézményi és azon kívüli keretek között egyaránt.



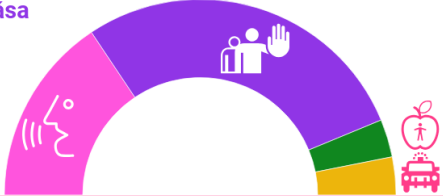
Bűnüldözés, kínálatcsökkentés

Az önkormányzat - lehetőségeit és kompetenciáját figyelembe véve - nem lehet aktív szereplője a bűnüldözés visszaszorításának, illetve a kínálatcsökkentési programoknak. Mindezekkel együtt is együttműködést, illetve lehetőségei szerint támogatást nyújt az ezen tevékenységek végző szervezetek és intézmények számára.




ÁTTEKINTÉS az értékelési folyamatról

A felülvizsgálatban résztvevők szakterületenkénti megoszlása




A felülvizsgált célok és tevékenységek szakterületenkénti megoszlása

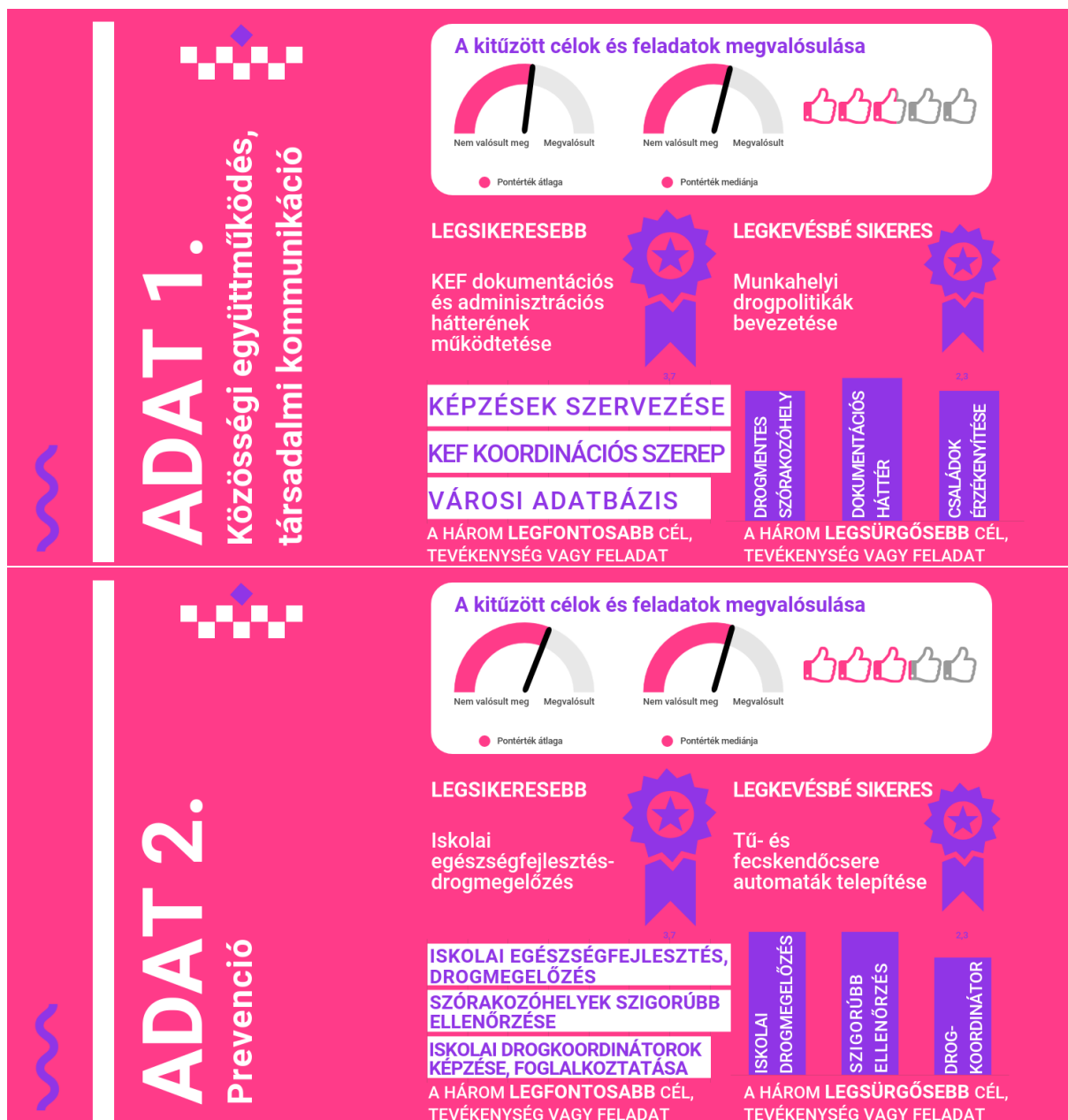


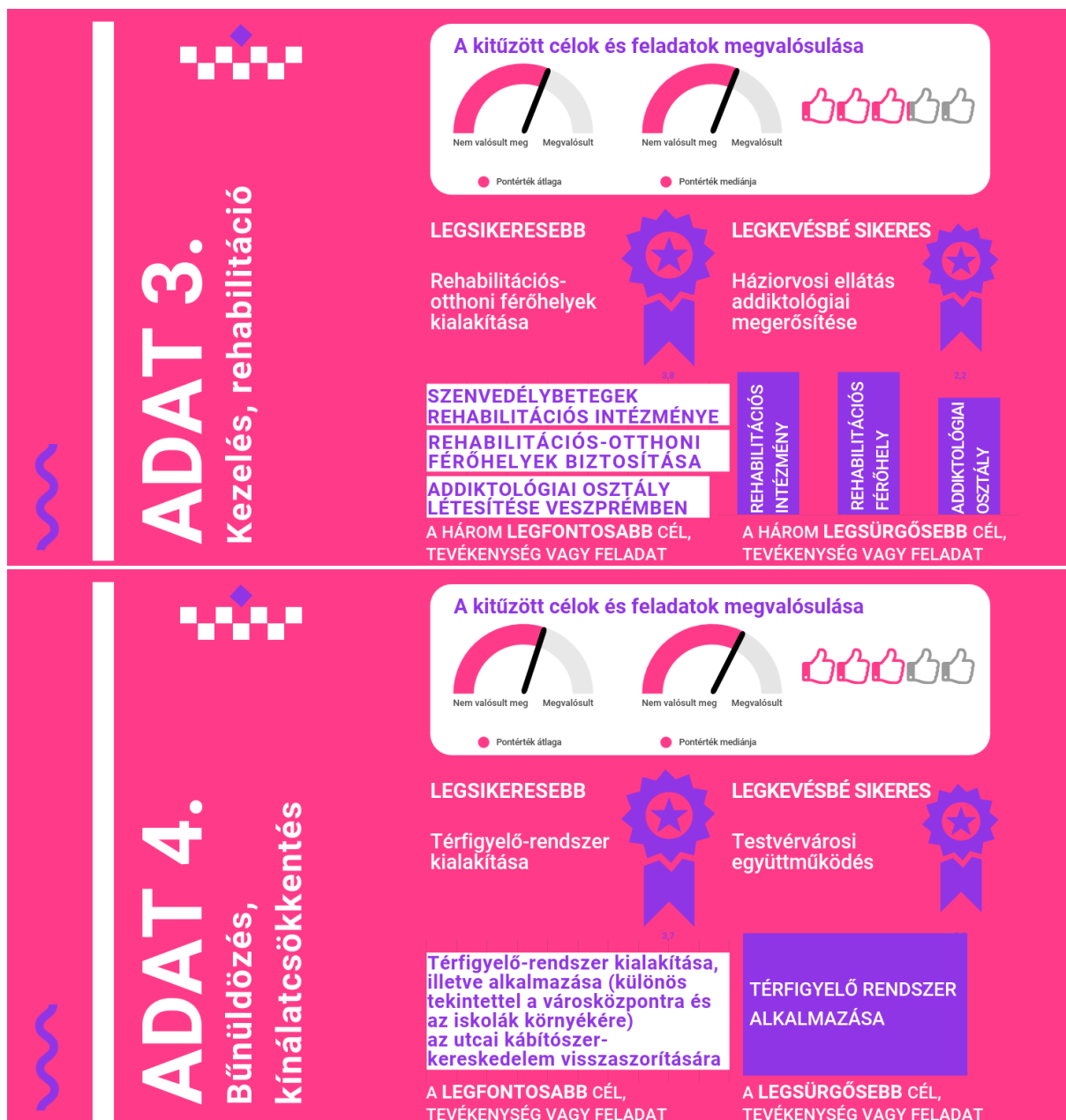
4 SZAKTERÜLET

53 TEVÉKENYSÉG

742 ÉRTÉKELÉS







A legkevésbé fontos, a legkevésbé aktuális



Közösségi együttműködés, társadalmi kommunikáció

Epidemiológiai kutatások

Újságírók képzése

Szórakozóhelyek munkatársainak képzése

Ifjúságvédelmi képzése

Adatgyűjtések és kutatások újraszervezése

Szórakozóhelyek munkatársainak képzése



Prevenció

Tű- és fecskendő-automaták

Óvszerautomaták telepítése

Egészségmegőrzők telepítése

Gyógyultak bevonása prevencióba

Adatgyűjtés és kutatások újraszervezése

Iskolai drogstratégiák



Kezelés, ellátás és ártalomcsökkentés

Sorstárssegítők bevonása ellátás nyújtásába

Eü-i és szociális ellátások harmonizálása

Szenvedélybeteg napközi intézménye



Bűnüldözés, kínálatcsökkentés

Testvérvárosi együttműködés

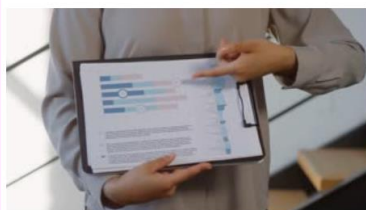
Közös pályázat a rendőrséggel képzésre, fejlesztésre

Kábítószer-bűnügyi statisztikák 1/3-os javulása



Legkevésbé aktuális

Legkevésbé fontos



Összegzés ★★★★★

A stratégiában kitűzött célok csak részben teljesültek, a megfogalmazott feladatok között találunk sikerrel elvégzetteket, de számos olyat is, ami egyáltalán nem valósult meg.

Fontos hangsúlyozni, hogy az önkormányzat kábítószerügyi stratégiája nem közvetlenül hat a probléma kezelésére. Az együttműködőket, az alapelveket, a célokat és szándékokat, valamint az eszközöket integrálja, az erősségek megőrzésére, a hiányosságok kiküszöbölésére törekszik. Ebben a közepesnél jobbra értékelhető a teljesítmény.

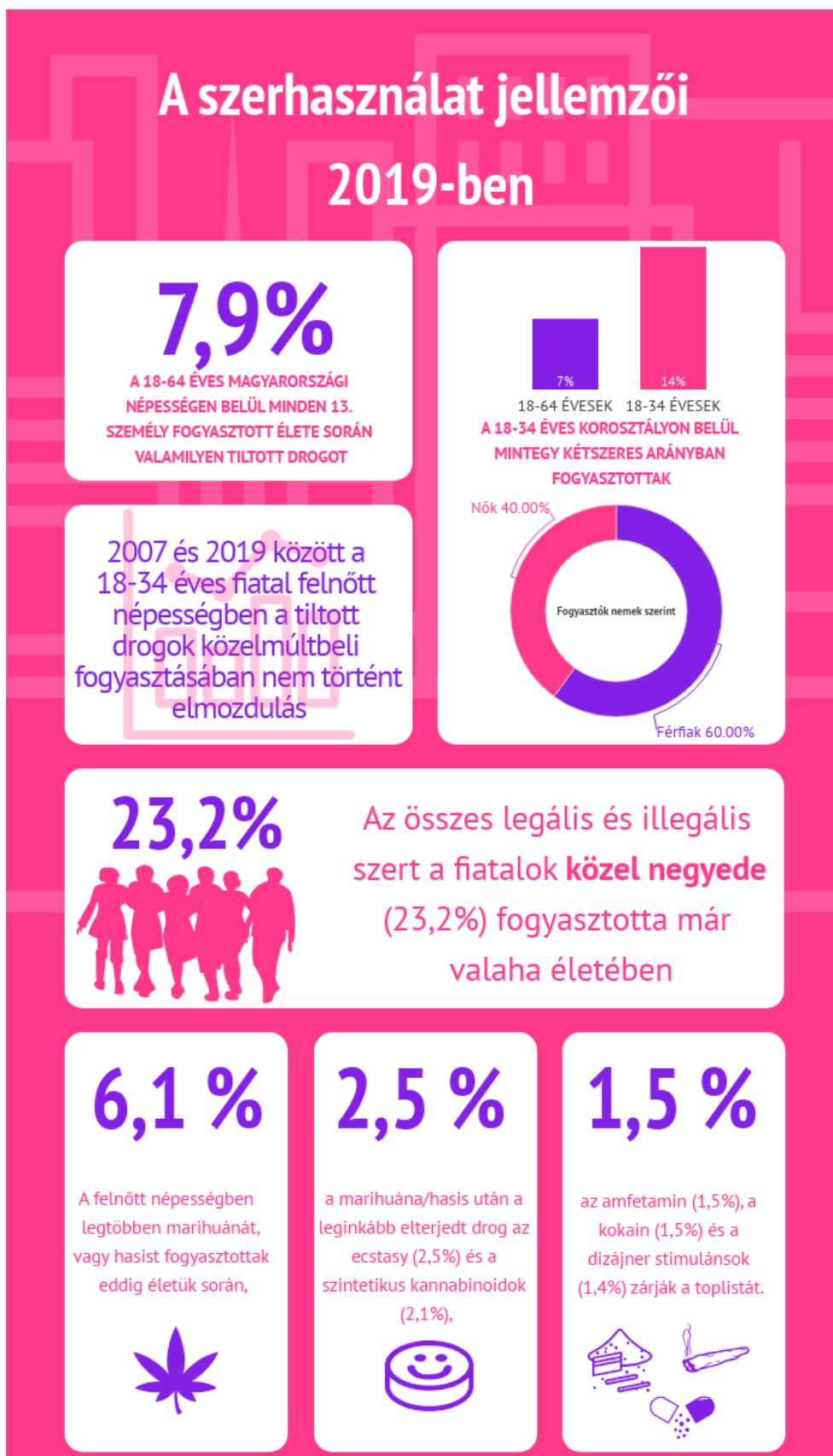
A korábbi stratégiában rögzített feladatok egy része ma is aktuális, míg mások érvényüket veszítették a probléma vagy a társadalmi közeg, illetve a technológia átalakulása miatt.

Az elemzőmunka eredményeként megállapítható, hogy szükség van a korábbi célok és feladatok továbbvitelére, a hangsúlyok áthelyezésére, illetve új megoldások és megközelítések alkalmazására a stratégia felépítését illetően is.

2021. március



Általános trendek, jelenségek



EMCDDA

Magyarországon **új irányt vett a drogpolitika 2012-ben**, ekkor kerültek meghatározásra az új irányelvek, s ennek megfelelően jött létre a **„Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020”**, az ezzel kapcsolatos koordinációs feladatokat az Emberi Erőforrások Minisztériuma látja el.

Az Országgyűlés 2013. október 7-én fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020, *Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen* alcímmel ellátott 80/2013. (X. 16.) OGY határozatot. A Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra állapít meg célkitűzéseket. 2015-ben, majd 2017-ben külön kormányhatározatokban hirdették ki a szakpolitikai programokat, amik konkrét intézkedéseket és feladatokat tartalmaztak.

A dokumentum hatálya ugyan lejárt, új nemzeti stratégia vagy szakpolitikai intézkedés nem került elfogadásra. A kábítószerügyi koordináció szereplői konkrét állásfoglalást nem tettek a következő időszak terveivel kapcsolatban, de a köztük zajló szakmai diskurzus alapján feltételezhető, hogy **jelentős súlyponteltolódások a jövőben nem várhatók** a 2013-2020-as időszakéhoz képest.

Az **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)** számára minden évben elkészíti a Nemzeti Drog Fókuszpont a Magyarországról szóló jelentését. Az egységes európai módszertan az elemzések összehasonlíthatósága mellett a szakmai szttenderdeknek való megfelelést is biztosítja. Az országos **reprezentatív adatfelvétel és adatelemzés** lehetőséget ad arra, hogy a helyi tendenciákat önálló és átfogó célkutatások lebonyolítása nélkül is nagy megbízhatósággal leképezzük ezekből. A legutolsó, **2020-ban kiadott jelentés adatainak felhasználásával vizsgáltuk meg a Veszprémre jellemző helyzetet**. Figyelembe vettük a helyben végzett különböző releváns mérések eredményeit és a rendelkezésre álló statisztikai adatokat (ezekkel külön fejezetben is foglalkozunk). A helyzetelemzés fejezetben a Fókuszpont által közreadott szövegre és következtetésekre támaszkodtunk.

A kábítószerügyi stratégiának nem feladata, hogy elemző részletességgel tárja fel és mutassa be a drogügyet. Az ilyen célból készült elemzésekre, kutatásokra, szakmai jelentésekre támaszkodva **áttekintő képet adunk arról a helyzetről, illetve tendenciákról**, amelyek alapján megfogalmaztuk a célkitűzéseket és a konkrét feladatokat a stratégiai pillérek mentén.

Azokat a jellemzőket mutatjuk be a következőkben, amelyek **meghatározó súlyúak a magyar szakpolitika szempontjából, illetve veszprémi vonatkozásaik is azonosíthatóak**.

Jogi keretek

Az Országgyűlés 2012 júniusában jóváhagyta az új Büntető Törvénykönyvről szóló törvényjavaslatot, ami 2013. július elsején lépett hatályba, és jelentősen szigorította a kábítószerrel kapcsolatos büntetési tételeket. 2003 és 2013 között a kábítószer-fogyasztást önmagában nem büntette a törvény, de a megszerzésen és a tartáson keresztül a fogyasztás addig is bűncselekmény volt. Júliustól a fogyasztás ismét önálló elkövetési magatartásként került vissza a Btk-ba. A csekély mennyiségű kábítószer tartásával egy büntetési kategóriába került, tehát a törvény szerint két év szabadságvesztéssel büntetendő. A törvény lehetővé teszi, hogy a fogyasztó 6 hónapos megelőző, gyógyító vagy egyéb foglalkozáson – elterelésen - vegyen részt a büntetőeljárás alternatívájaként. Amennyiben az elterelésről szóló igazolást egy éven belül bemutatja, az eljárást megszüntetik ellene, és nem lesz priusza. Ez a rendszer a továbbiakban is megmaradt, bár korlátozottan.

A 2013. július előtt hatályos Btk. a kábítószer-függők cselekményére enyhébb szabályokat, lényegesen alacsonyabb büntetési tételt írt elő. A kábítószer-függő elkövető még akkor is elkerülhette a büntetőeljárást és részt vehetett az elterelésen, ha saját fogyasztásra a csekély mennyiségnél több, de a jelentős mennyiségnél kevesebb kábítószerrel állított elő, tartott magánál vagy szerzett meg. Ha csekély mennyiségű kábítószerrel adott át (a klasszikus „szociális díler” magatartás), egy évig terjedő szabadságvesztéssel volt büntetendő, míg a nem kábítószerfüggő elkövető két évig terjedő szabadságvesztéssel. A bíróság július után már



csak enyhítő körülményként értékelheti a büntetés kiszabásánál a szenvedélybetegség meglétét, a kedvezőbb szabályok megszűntek.

A régi Btk. szerint az a 18. életévét betöltött fiatal, aki köznevelési vagy közoktatási intézményben csekély mennyiségű kábítószerrel tart magánál vagy szerez meg, elterelésen vehet részt. 2013. július 1-seje után azonban büntetett miatt három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Aki 18. életévét betöltött diákként egy iskolai buliban átad egy spanglit a 17 éves osztálytársának, július előtt két évig terjedő szabadságvesztéssel, az új Btk. szerint azonban egytől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

A Btk. az **egészséget veszélyeztető bűncselekmények** fejezetében, hat tényállásban rendelkezik a kábítószerrel kapcsolatos cselekményekről: *1. kábítószer-kereskedelem 2. kábítószer birtoklása, 3. kóros szenvedélykeltés,*

Az elterelés:

Kisebb súlyú, kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények esetében fogyasztóként **nem büntethető, aki beismeri az elkövetést** és az elsőfokú bírósági ítélet meghozataláig igazolja, hogy legalább **hat hónapig függőséget gyógyító kezelésben** vagy hasonló célú más ellátásban, felvilágosító szolgáltatásban **vett részt**. Az eljáró hatóság felfüggeszti az eljárást, amíg a szerhasználó részt vesz az elterelésen, hogy bemutathassa az ezt igazoló okiratot, amellyel mentesül a büntetőeljárás folytatása és az ezzel járó megbélyegzés alól. Az elterelés tehát a büntetőeljárás alternatívája, amelyet a rendőrség, az ügyészség vagy a bíróság ajánl fel az esetüket mérlegelve az elkövetők részére.

Szerhasználat jellemzői és a főbb kábítószer

Magyarországon a 2019-es országos lakossági vizsgálat adatai szerint a 18-64 éves magyarországi népességben **minden tizenharmadik személy (7,9%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot**, a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban pedig **minden hetedik fiatal felnőtt (14%)**.

4. kábítószer készítésének elősegítése, 5. kábítószer-prekurzorral visszaélés, 6. új pszichoaktív anyaggal visszaélés.

Ugyancsak nagy jelentőségű volt 2014-ben az a jogszabályváltozás (az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet 1. melléklete), ami **bevezette a C-listát az új pszichoaktív anyagok nyilvántartására**, mely egyedi vegyületeket és vegyületcsoportokat egyaránt tartalmaz (ezáltal egyszerre alkalmazva az egyedi listás és a generikus megközelítést). Az új pszichoaktív anyagok jegyzékén szereplő egyedi vegyületeket a jegyzékre vételüktől számított egy éven belül kockázatértékelésnek kell alávetni. A kockázatértékelés eredményeképpen a vegyület a pszichotróp listára kerülhet.

2017-ben, majd 2020-ban ismét módosították a Btk-t, kifejezetten az **új pszichoaktív szerek okán**.

2013. július előtt a fogyasztó többször is részt vehetett elterelésen. **Az új Btk. azonban komoly korlátokat emelt.** Csak az választhatja a büntetőeljárás alternatívájaként az elterelést, aki a) két éven belül nem vett részt elterelésben, illetve b) két éven belül más kábítószerrel visszaélés bűncselekmény elkövetése miatt nem folyt ellene eljárás.

Ez az elterelésben részt vevők nagy részét nem érinti, mivel ők olyan alkalmi kannabisz-fogyasztók, akiket tipikusan nem állít elő a rendőrség két éven belül többször. A rendszeres fogyasztók azonban, különösen, ha hátrányos helyzetűek, gyakrabban kerülhetnek a rendőrség látókörébe.

Az elmúlt évben a felnőtt (18-64 éves) népességben a valaha fogyasztók körülbelül egynegyede, **a lakosság 2%-a**, az elmúlt hónapban pedig 1,2%-uk használt valamilyen tiltott drogot. **A férfiak** nem csak az életük során, de a közelmúltban és aktuálisan is **nagyobb arányban használtak tiltott drogot, mint a nők**.



A 2007 és 2019 között végzett 3 reprezentatív lakossági vizsgálat eredményei alapján a 18-34 éves fiatal felnőtt népességben a vizsgált **12 éves periódusban a tiltott drogok közelmúltbeli (elmúlt éves) fogyasztásában nem történt elmozdulás.**

A 18-64 éves népességben az elmúlt évben valamilyen tiltott drogot használók 44,5%-a a drogok közül mindössze egyfélét használt az elmúlt év során. 36,5%-uk kettő, egyötödük (20,1%) azonban háromnál többféle droggal is próbálkozott az elmúlt évben.

A felnőtt népességben a vizsgált tiltott drogok közül **legtöbben marihuánát, vagy hasist fogyasztottak eddig életük során (6,1%)**. A marihuána/hasis után a leginkább elterjedt drogok az **ecstasy** (2,5%), a **szintetikus kannabinoidok** (2,1%), az **amfetamin** (1,5%), a **kokain** (1,5%) és a **dizájner stimulánsok** (1,4%). A fiatal felnőtt népesség szerpreferencia sorrendje gyakorlatilag megegyezik a felnőtt lakosságban tapasztalt sorrenddel.

Összességében tehát a **marihuána/hasis hagyományosan őrzi vezető helyét a magyarországi lakosság körében**, s az ezt követő legnépszerűbb szerek a hagyományos stimulánsok és az új pszichoaktív szerek.

Az új pszichoaktív szerek, azon belül is elsősorban a **herbál, biofű** vagy varázsdohány utcai neveken ismert szintetikus kannabinoidok jelentősége mind a kipróbálás (életprevalencia), mind pedig a közelmúltbeli használat (elmúlt éves prevalencia) értékeiben megmutatkozik.

Míg a szintetikus kannabinoidok a valaha volt fogyasztást tekintve a marihuánát/hasist követő második helyen szerepelnek, addig a **közelmúltbeli droghasználat alapján felállított fontossági sorrendben a marihuánával/hasissal holtversenyben az első helyen szerepelnek a felnőtt és a fiatal felnőtt populációban egyaránt.**

Az összes legális és illegális szert a fiatalok közel negyede (23,2%) fogyasztotta már valaha az életében. A drogfogyasztásban jelentős változás nem tapasztalható 2015-höz képest: **a drogfogyasztás mutatói jellemzően nem változtak, egyedül az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) fogyasztásának értéke csökkent**, és a tiltott és legális szer együttes fogyasztási rátájában tapasztalható egy enyhe növekedés.

A szintetikus kannabinoidokat minden huszadik diák próbálta már.

Kannabisz

A **növényi kannabisz hozzáférhetőségében az elmúlt években markáns változás nem volt tapasztalható**, míg a hasis 10 g alatti lefoglalásainak száma 2010 óta növekszik, ez a **hasisfogyasztás** folyamatos emelkedésére utalhat.

Az éves utcai kábítószerárakat felmérő kutatásokból tudjuk, hogy a hazai piacon hozzáférhető kannabisz-származékok ára évek óta szinte változatlanul **2500-3000 Forint** körül mozog.

A **fiatal felnőtt népesség kannabisz-használatában** 2007 és 2015 között tendencia jellegű csökkenés volt tapasztalható az elmúlt évi illetve elmúlt havi használat esetében. A 2015 és 2019 közötti periódusban azonban az éves prevalencia esetében stagnálást, az **aktuális fogyasztás tekintetében pedig tendencia jellegű növekedést mutatnak** a vizsgálati eredmények.

Leginkább markáns különbségek az életkor tekintetében tapasztalhatók: a fiatal felnőttek körében a kannabiszhasználat életprevalencia értéke közel háromszorosa az idősebb korosztályban mért értéknek. A kannabiszhasználat urbanizációs mintázata szintén markánsan megmutatkozik. **Az 50 ezer fős, vagy nagyobb településen élők körében több mint kétszeres a marihuána/hasis használat életprevalencia értéke, mint a kisebb településeken.**

A marihuánán kívül az egyéb tiltott drogok fogyasztásának életprevalencia értéke 4,5%, tehát a kannabisz-használók kockázata a valamilyen egyéb tiltott drog kipróbálása tekintetében kb. **tízszere** az általános populációban jellemző kockázatnak.



Szintetikus kannabinoidok

A 18-64 éves felnőtt populáció körében a **szintetikus kannabinoidok a legelterjedtebb drogok között szerepelnek** Magyarországon: az életprevalencia értékük (2,1%) alapján a kannabiszt és az ecstasyt követően a **harmadik legtöbbek által kipróbált szerek**, az éves prevalencia értékük (1,2%) alapján pedig a közelmúltbeli szerhasználatban a **marihuána után a legnépszerűbb szerek**.

A 2015-ös és a 2019-es lakossági vizsgálatok eredményei alapján Magyarországon **az elmúlt négy évben nem történt változás** sem általában a felnőtt népességben, sem a fiatal felnőttek körében a szintetikus kannabinoidok használatának elterjedtségében.

Az ezt megelőző időszakban történt jelentős változás, kb. kétharmadára – 7,2%-ról 4,9%-ra - csökkent 2015 és 2019 között.

Stimulánsok

Összességében elmondható, hogy a hagyományos stimuláns szerek (kokain, amfetamin, MDMA és származékai) fogyasztása **növekvő tendenciát mutat**.

A lefoglalási adatokban markánsabb, a kezelési adatokban lassabb elmozdulásról, de mindkét adatforrásban emelkedő tendenciáról beszélhetünk az elmúlt években.

Heroin és egyéb ópiátok

A vizsgálat eredményei szerint a normál népességben az **ópiátok használata nagyon ritka**. Az összesített életprevalencia érték 0,6%, a heroiné 0,4%, a metadon orvosi rendelvény nélküli használata 0,4%, az egyéb ópiátoké 0,6%.

A prevenciók tevékenységek jellemzői

Az országos felmérések adatai azt mutatják, hogy a megelőző tevékenységet működtető szervezetek többsége **általános/univerzális prevenciót folytat, iskolai keretek között**. Ezeknek 70%-a civil szervezet, finanszírozásuk leginkább állami forrásból történik pályázati úton.

A **Rendőrség** komplex bűnmegelőzési programokat működtet, amelyeknek – más fontos témák (pl. erőszak, internetbiztonság) mellett – része a droprevenció is. Az OVI-ZSARU, a DADA, az ELLEN-SZER és az Iskolai Bűnmegelőzési Tanácsadói Hálózat programokon keresztül a Rendőrség **5 éves kortól 18 éves korig kíséri és látja el tanácsokkal a gyermekeket, fiatalokat**.

A rendőrségi Bűnmegelőzési Portálon belül **droprevenciók alportált** hoztak létre. Az alportálon elérhetők az oktatásra felhasználható kisfilmek, hasznos youtube videók, illetve az országban tevékenykedő droprevenciók összekötőtisztek elérhetőségei.

A klasszikus kannabiszhoz képest tehát óvatosabbnak tűnnek a szintetikus kannabinoiddal a fogyasztók: míg a kannabiszt a valaha fogyasztók valamivel több mint a fele ismételtén fogyasztotta, addig a szintetikus szer esetében ez az arány nem éri el a 30%-ot.

Figyelemre érdemes, hogy a **gyermekvédelmi szakellátásban** érintett lányok illetve a gyermekvédelemben dolgozó szakértők bevonásával készített vizsgálat és a speciális gyermekotthonba áthelyezendő gyermekeket és fiatalokat vizsgáló bizottság információi egyaránt azt mutatják, hogy az ÚPSZ-használat – különösen a szintetikus kannabinoidok fogyasztása komoly probléma ebben a populációban.

A designer stimulánsokra (mely Magyarországon elsősorban a szintetikus katinonok csoportjába tartozó vegyületeket jelentenek) vonatkozó lefoglalási adatok tekintetében a 2014-2016 közötti visszaesést követően, 2018-ban az újbóli emelkedés elérte a 2014-es értékeket, azonban 2019-re ismételtén jelentős csökkenést figyelhetünk meg a lefoglalások számában

A 2007 és 2019 között folytatott összehasonlítható vizsgálatok eredményei alapján az **ópiátok elterjedtsége az elmúlt 12 évben nem változott**, mindvégig a lakosság nagyon alacsony hányada próbálta ki e szereket.



Drogprevencióval kapcsolatos érvényes tanúsítvánnyal rendelkező **iskolai egészségfejlesztési programok száma 25 db** volt a 2020-as adatok alapján. Veszprémben az Alkohol-Drogsegély Ambulancia, „Sztelenül, vidáman” elnevezésű 15 alkalmas komplex iskolai egészségfejlesztési programja rendelkezik ezzel a tanúsítvánnyal.

A szenvedélymagatartások és prevenció kapcsolatát vizsgálva azt mondhatjuk, hogy a beavatkozások döntő többsége (82,3%) **direkt módon is megcélozza valamelyik szenvedélymagatartás megelőzését** és kétharmaduk **direkt módon a tiltott szerek fogyasztását**.

A kezelés helyzetének általános jellemzői

Magyarországon **nincsenek specializált kezelési programok**, melyek egy-egy szertípus használóit céloznák. A programok általánosságban az összes szertípus fogyasztóját, vagy általában a szenvedélybetegségeket, pszichiátriai problémákkal küzdőket célozzák. Ez alól kivétel az ópiát helyettesítő kezelés, például a Metadon program, ami 1994 óta érhető el Magyarországon a hosszabb ideje ópiátfüggőséggel küzdő szerhasználók számára.

A többszöri fecskendő használat és megosztás általi fertőző betegségek terjedésének csökkentését célozza a **tűcsere szolgáltatás** annak érdekében, hogy, a vérrel terjedő vírusok (Hepatitis, HIV/AIDS) átadása csökkenjen. Elsőként a HIV/AIDS terjedésére adott válaszként jelent meg. Az alapelgondolás magában foglalja a tiszta, steril fecskendők biztosítását cserébe a használt fecskendőkért, melyektől később biztonságosan megszabadulnak. 2019-ben Magyarországon 3 szolgáltató foglalkozott tűcsere programmal. Veszprém megyében az Alkohol-Drogsegély Ambulancia biztosítja ezt a fajta szolgáltatást.

A hazai ellátás lényeges meghatározója még a **büntető eljárás alternatívájaként igénybe vehető kezelési/megelőző beavatkozások jogi lehetősége**, melyhez a kezelésbe lépések többsége (2019-ben 75,6%-a) köthető. Az elterelés intézménye bizonyos kábítószerekkel kapcsolatos bűncselekmények esetében áll rendelkezésre. Az elkövetőnek lehetősége van kezelési/megelőző beavatkozásokban való részvétellel a büntető eljárást elkerülni.

Az elterelést az arra kijelölt intézményekben végezheti el az elkövető, Veszprémben az Alkohol-Drogsegély Ambulancia **járóbeteg ellátójában**. Jellemzően 24-26 órát vesz igénybe fél éves időtartamban. Az elterelést egy év alatt szükséges elvégezni. Fő célja, hogy a kliens ez idő

alatt segítséget kapjon szenvedélybetegsége, függősége kezeléséhez. Az ellátás állapotfelméréssel kezdődik, majd további konzultációkkal folytatódik pszichológussal, pszichiáterrel, addiktológussal, valamint mentális és szociális segítségnyújtás igénybevételére is lehetőség van.

A szerhasználók ellátása nem képez külön kategóriát sem a szociális, sem az egészségügyi rendszeren belül, általában az addiktológiai és pszichiátriai ellátások csoportjába tartozik. Kezelésbe a **legtöbb kliens kannabiszhasználatból eredő probléma miatt jelentkezik**.

A kábítószer-használókat célzó fekvőbeteg kezelési programok tekintetében a kórházi addiktológiai, illetve pszichiátriai osztályok keretei között zajlanak.

Szervezeti és jogi tekintetben a fekvőbeteg intézmény kategóriába tartoznak a **rehabilitációs intézmények is, amelyek általában célzott, aktív terápiás kezelést biztosítanak** a kórházi kezeléssel ellentétben. Egyes esetekben a kórházi kezelés, a fizikai függőség leküzdése után jöhet szóba ilyen jellegű terápia. A rehabilitáció egy hosszabb ideig tartó folyamat, a környezet sem a megszokott kórházi közeg, inkább családi hangulatot árasztó terápiás közösség.

A **szenvedélybetegség élethosszig tartó betegség**, amely megfelelő terápiás programmal kordában tartható, elérhető a teljes absztinens életmód. A jó terápiás programok megtanítják a szenvedélybetegeknek, hogy egyes élethelyzetekben milyen jelei vannak a visszarendeződésnek, hogy kerülhetik el a visszaesést, de mindenre nem tud felkészíteni egy terápia sem, ezért fontos, hogy a gyógyult szenvedélybetegeknek rendelkezésre álljanak olyan intézmények, szolgáltatások, amelyek a terápia után is segítségükre legyenek, ezzel



megakadályozva, hogy újra kezelésbe kerüljenek. Veszprémben több **utógondozási lehetőség** áll a rendelkezésre: Alkohol-Drogsegély Ambulancia járóbeteg ellátása, Alkohol-Drogsegély Ambulancia - Szenvedélybetegek Nappali Ellátó Intézménye, AA (Anonim Alkoholisták) és NA (Narcotics Anonymous) klubok, Magyar Vöröskereszt – Szenvedélybetegek Közösségi Ellátása.

A **kábítószerrel összefüggő haláleseteknél** az intravénás szerhasználat szerepe némi csökkenést mutat.

Összességében a heroin visszaszorulásával magyarázható csökkenő tendenciát **2011 után az új pszichoaktív szerekhez köthető halálesetek számának emelkedése ellensúlyozta** 2012-ben és 2013-ban. 2014-ben némileg növekedett az opiátokhoz, elsősorban a heroinhoz köthető halálesetek száma. 2016 után megemelkedett az egyéb, nem opiát típusú kábítószerre (köztük pszichotróp anyagként szabályozott új pszichoaktív anyagokhoz) köthető halálesetek száma. **2017 után a kábítószernek nem minősülő új pszichoaktív anyagok váltak dominánssá a**

Kábítószerpiac és kábítószerbűnözés

Magyarországon **nem jellemző a kábítószer nagy mennyiségű termesztése** vagy előállítása, csak kisebb ültetvények, illetve laborok váltak ismertté a hatóságok számára.

Hazánk **leginkább tranzit-országnak tekinthető**, célország jellege a kannabisz, az amfetamin a designer drogok és az egyre erősebben megjelenő MDMA tartalmú ecstasy tabletták tekintetében mondható jelentősnek.

Magyarországon az **ismertté vált kábítószerbűncselekmények száma 5-7000 eset** között alakult az elmúlt években, azonban 2018-ban több mint 8500 esetet rögzítettek. Az esetek **nagyobb hányada kannabiszhoz (2019: 52%),** kisebb része stimulánsokhoz (2019: 30%) kapcsolható.

A kábítószer-bűncselekmények **túlnyomó többségét a fogyasztói típusú elkövetések teszik ki.**

2019-ben 158 ismertté vált kannabisz termesztés miatt indult eljárás. A szintetikus szerek előállítása Magyarországon nem elterjedt, évente néhány laboratóriumot számol fel a rendőrség.

halálesetekben, majd 2018 után a szintetikus kannabinoidok egyre növekvő térhódítása.

Az **ártalomcsökkentés feladatai körében** a Nemzeti Drogellenes Stratégia kiemeli a **zenés-táncos szórakozóhelyeken** végzett ártalomcsökkentő tevékenységek fontosságát: azaz a szórakozóhelyek bevonását a fiatalok biztonságosabb szórakoztatásába, a **biztonságos szórakozás feltételeinek megteremtését** a szórakozóhelyek személyzetének képzésével, a szórakozóhelyeken támogató szolgáltatások biztosítását, valamint az ezzel kapcsolatos követelmények következetes ellenőrzését.

A **HIV-és HCV-szűrővizsgálat** rendeleti úton szabályozott anonim lehetőség, a fővárosi és megyei kormányhivatalok a szerhasználók számára térítésmentesen elvégzik a HCV-szűrővizsgálatot.

A steril **fecskendők elérhetősége** (tűcsere) országosan mondható. 2019-ben 33 szolgáltató működtetett tűcsere programot összesen 24 városban, amely az ország 16 megyéjét és 7 régióját jelenti.

2019 folyamán egy szintetikus illegális laboratórium került lefoglalásra, ahol amfetamin előállítása zajlott.

A kábítószer nagykereskedelmét illetően a lefoglalási adatok alapján megállapítható, hogy a **heroin hazánkon keresztül forgalma 2016 óta folyamatosan növekszik.**

A nyomozóhatóságok információt gyűjtenek a piacon jellemző nagykereskedelmi árról. Az utolsó elérhető adatok (ORFK 2016) szerinti átlagos árak a következők: kannabisz 3.750 €/kg, heroin 18.000 €/kg, kokain 28.000 €/kg, amfetamin 4.500 €/kg. (ORFK 2016)

Európában az elmúlt években stabilizálódott az új pszichoaktív anyagok piaci bevezetésének üteme. Az uniós korai előrejelző rendszerbe mindazonáltal továbbra is **évi 50-nél több új pszichoaktív anyagról érkezik első bejelentés.** Ezek mellett az európai piacon minden évben nagyjából 400, korábban már bejelentett új pszichoaktív anyagot mutatnak ki. Ezek az anyagok különböző típusú, a nemzetközi kábítószer-törvények alapján nem ellenőrzött

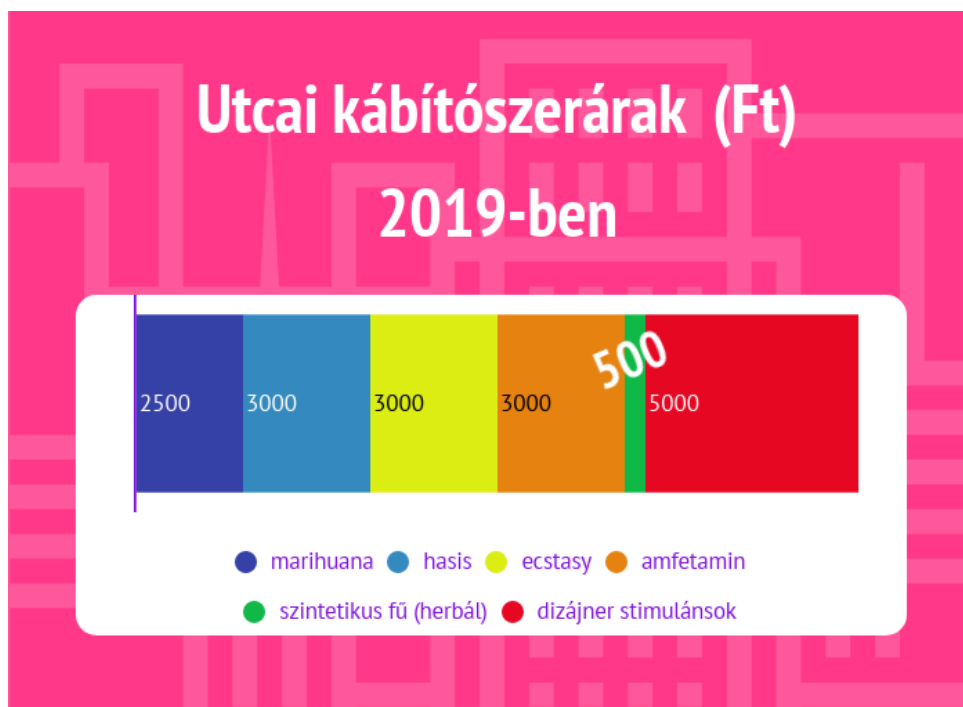


kábítószeres széles köréből kerülnek ki. Vannak közöttük stimulánsok, szintetikus kannabinoidok, benzodiazepinek, opioidok, hallucinogének és disszociatív anyagok.

A **kiskereskedelem**ben megjelenő szerek árait felmérés útján követhetjük. A legutolsó ilyen adatsor 2019-es, ezek alapján a vásárláskori árak így alakultak: a **marihuána és a hasis**

leggyakoribb utcai ára 2500, illetve 3000 Forint volt, a leggyakoribb stimuláns szerekért, mint az **ecstasy és az amfetamin 3000 Forintot kértek**. A **szintetikus fű** leggyakoribb ára **500 Forint** volt, míg a **dizájner stimulánsokért** leggyakrabban **5000 Forintot kértek**.

A lefoglalt szerek hatóanyagtartalma 2019 folyamán nem mutatott számottevő eltérést a korábbi évek adataitól.



A **kábítószer-bűncselekmények közel 50%-át Budapesten vagy Pest megyében** regisztrálták. A többi megye közül Győr-Moson-Sopron megye részesedése volt a legmagasabb (7%). A korábbi évekhez képest változás **Fejér (4,4%)** és Baranya (4,1%) megyék magas részesedése.

A korábbi évekhez hasonlóan, **az elkövetők körülbelül 90%-a férfi**.

Az életkor szerinti megoszlást tekintve, az elkövetők 10,7%-a 18 év alatti, 31,4%-a 19 és 24 év közötti, 23,1%-a 25 és 30 év közötti fiatal volt. Összességében, a kábítószerbűncselekményt **elkövetők 65,2%-a a 30 évnél fiatalabb korosztályokból került ki**.

Kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények elkövetése miatt az **elmúlt öt évben a Veszprémi Rendőrkapitányságon indult büntetőeljárások**

száma egyetlen évben sem érte el a százat, általában 50 körül szóródott. Ezek döntő többségét a **kábítószer birtoklások** képezték. Éves szinten általában egy-két olyan ügy volt, melyek gyanúsítottjait vagy azok egy részét kábítószer kereskedelem miatt vonták a nyomozóhatóság felelősségre. Esetenként a **kereskedelem tárgya dizájnerdrog**, ilyenkor új pszichoaktív anyaggal visszaélés miatt indul büntetőeljárás, míg az ismertté váló fogyasztókat új pszichoaktív anyaggal kapcsolatos szabálysértés elkövetése miatt szabálysértési eljárás keretében vonják felelősségre.

A Veszprémi Rendőrkapitányság illetékességi területén kábítószer birtoklás miatt néhány ritka kivételtől eltekintve szinte mindig **Veszprémben történt tettenérés**. Hosszú évek óta nincs abban változás, hogy alapvetően közterületi igazoltatás



vagy gépjárműellenőrzés az a szituáció, amelynek során a kábítószer a kapitányság beosztottjainak látókörébe kerül. A 2020-as évben **leggyakrabban a Jutasi úti lakótelepen** került sor ezekre a rendőri intézkedésekre. Ritkábban az elkövető garázda, vagy közlekedési balesetet előidéző magatartásának eredményeként kerül sor a tettenérésre, esetleg a kábítószerfogyasztás okozta rosszullét orvosi ellátást igényel, ezért nem marad titokban.

A gyorsteszt, majd a mintavételt követő szakértői vizsgálat **kevés kivétellel cannabis fogyasztásának gyanúját kelti, illetőleg támasztja alá.** Lényegesen ritkábban derül fény amfetaminfogyasztásra, míg az LSD, a heroin és a kokain előfordulása szinte elenyésző az ismertté váló bűnügyekben. A szerhasználók **leggyakrabban alkalmi fogyasztók**, függők csak elvétve jelennek meg a gyanúsítottak között. A büntetőeljárások zömében alkalmazható az elterelés jogintézménye.

A 2020-as év **rabosítási fotóit tanulmányozva szembeszökő**, hogy a gyanúsítottaknál viszonylag gyakori a testfelület jelentősebb részére kiterjedő **tetoválások jelenléte**, melyek sok esetben aprólékosan kidolgozott, **igényes grafikák.**

A gyanúsítottá nyilvánított személyek **alacsonyabb társadalmi státuszúak**, sokszor nem is veszprémiek, csak **átutazók**, esetleg szórakozás céljából keresik fel a megyeszékhelyet. Az életkori megoszlás nem mutat az évek előre haladtával sem változást. Éves szinten néhány fő fiatalok, **a többség 18 és 30 év közötti**, az ennél idősebbek már ritkák. A nők szerepe nem meghatározó

ezeknél a bűncselekményeknél, általában társas elkövetőként találkoznak velük a rendőrök, magányos elkövetőként szinte soha.

A büntetőeljárás alá vontak azonban nem tekinthetők reprezentatív mintának. Nem igényel bizonyítást az az állítás, hogy a szerfogyasztók a társadalom magasabb státuszú csoportjaiban is jelen vannak, ők azonban **átgondoltabb tartási és fogyasztási szokásaikkal kívül maradnak a hatóságok látókörén.**

Magyarországon 2019-ben 15 országos és 15 megyei hatáskörű **büntetésvégrehajtási intézet**, továbbá 2 büntetés-végrehajtási egészségügyi intézmény működött. Az intézményrendszerben célzott kutatás keretében igyekeztek felmérni a kábítószerhelyzetet.

A vizsgálatba bevont **fogvatartottak 48%-a fogyasztott saját bevallása szerint kábítószer** valamikor élete során a bekerülése előtt.

A BVOP jelentése szerint a 2019-ben 54 fő esetében merült fel gyanú a **bv. intézeten belüli kábítószer-fogyasztásra.** A fogvatartottak jellemzően **új pszichoaktív szereket**, tiltólistán nem szereplő vegyületeket, ismeretlen eredetű bódítószereket használtak, új pszichoaktív vegyülettel átitatott fogyasztási termékek (tea, dohány), illetve átitatott papír formájában. Emellett jellemző még a pszichiátriai gyógyszerekkel, Rivotrillal és más nyugtatókkal való visszaélés.

Médiaelemzés, Google trendelemzés

A kábítószer-probléma megjelenítése és láthatóvá tétele nem lehet csupán a szakpolitika vagy az ellátásban tevékenykedő intézmények feladata. A szélesebb nyilvánosság számára kizárólag a média tudja eljuttatni a híreket, információkat. Nem vitatható, hogy jelentős befolyással bír a probléma társadalmi megítélésének alakítására az, ahogyan feldolgozzák, felkínálják az aktuális történéseket ezek a felületek. Sokak számára ugyanis ezek a meghatározó vagy kizárólagos találkozások a témával, így **az egyéni vélemény, illetve a közvélekedés formálásában egyaránt jelentőséggel bír a sajtó működése.**

A közösségi médiában sokan és sokféle tartalmat hoznak létre, de ezeket a felhasználók ritkán tekintik mértékadó forrásnak. Kivéve abban az esetben, ha olyan oszt meg tartalmat, aki hiteles személyiség és véleményvezérként tekintenek rá a kisebb vagy nagyobb közösségek. **A közösségi médiában a drogtéma jellemzően a hírportálokon felbukkanó tudósítások megosztásával tematizálódik.** Tehát az átvett tartalom szervezi a diskurzust, erre reflektálnak a kommentelők, a vitázó felek. Itt is **hangsúlyos**



a megosztott tartalom megközelítése, tónusa, hangvétele, az, ahogyan a szerkesztő orientálja az olvasót.

Az átlagos hírfogyasztó az elé kerülő, jellemzően online felületek főcímei alapján szerzi benyomásait a drogüggyel kapcsolatban. A lokális vonatkozású hírek esetében van nagyobb esélye annak, hogy a tudósítások tartalmát is megismerik azok, akik a kábítószerügy iránt egyébként nem mutatnak különösebb érdeklődést.

A drogtudósítások megjelenési gyakoriságából némileg következtethetünk a trendek alakulására is. Általában bűnügyek mentén kerül nagyobb figyelem a témára, illetve azoknál a tragikus eseményeknél, amikor a drog meghatározó szerephez jut (baleset, túladagolásból következő halál). Nyilvánvaló, hogy a tragédiákból vagy a felderítésekből, valamint a bíróságok ítéleteiből a kereslet-kínálat alakulására nem lehet következtetni, azonban a probléma jelenlétére igen, némiképp még a spektrumára is.

Fentiek figyelembevételével mellett érdemes a médiatartalmakat elemezni, amit a legegyszerűbb keresési eszközzel tudunk elvégezni. Az országos, illetve a lokális online médiumokat vizsgáltuk arra keresve a választ, hogy az elmúlt 5 évben milyen tematika mentén jelent meg a kábítószerprobléma ezeken a felületeken veszprémi vonatkozásokkal.

A kereső algoritmusai a leginkább releváns, hasznos eredményeket rangsorolják. Számos tényezőt figyelembe vesznek, így például a lekérdezés szavait, az oldalak relevanciáját és hasznosságát, a források szakmaiságát.

A veszprémi vonatkozású tartalmak a legolvasottabb lokális portálokon jelentek meg, a vizsgált időszakban összesen 10 alkalommal. Az ábrán a főcímek olvashatók, a legnagyobb méretű az időben legközelebbi (2021. január), a legkisebb a legrégebbi (2016. november).



Az országos szerkesztésű felületeken 5 alkalommal jelent meg hír a vizsgált időszakban. 2017. júliusi a legkorábbi, 2021. januári a legfrissebb hír.





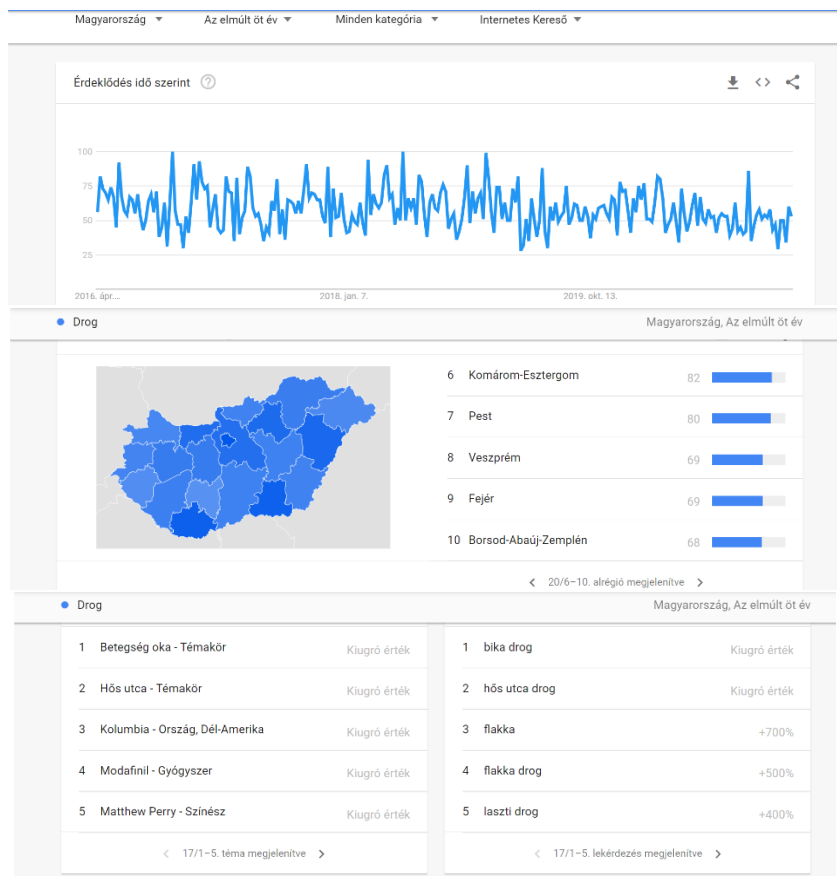
Az online tér természetes közegünké vált, **az internet használata ma már tulajdonképpen generációfüggetlen.** A felhasználási módokban vannak különbségek, illetve az úgynevezett „darkweb” felhasználói jól elkülöníthetők a „hagyományos” internetezőktől. **Egyszerűsítve úgy határozhatjuk meg a „darkwebet”, hogy az illegális, erősen üldözött és súlyos büntetéssel fenyegetett tevékenységek világa:** fegyverkereskedelem, illegális szoftverfejlesztés-terjesztés és adatkereskedelem, droggereskedelem, szerv-és emberkereskedelem, stb. **Ezt a világot nem tudjuk feltérképezni, azonban a nyílt webet a Google szolgáltatásának köszönhetően igen.**

Az egyik legjellemzőbb tevékenységünk az interneten a keresés. **A keresési trendek elemzése bevált módszere az érdeklődés megfigyelésének, előrejelzések készítésének.** Jól kirajzolódó mintázatokat láthatunk, ha egy bizonyos témát, kérdéskört, információcsoportot vizsgálunk valamilyen tetszőlegesen kiválasztott időszámban. Megfigyelhetjük, hogy mikor válik felkapottabbá egy téma, azaz egy témához tartozó kifejezésre sokkal többször keresnek rá, mint általában. Az érdeklődés alakulását nyomon követhetjük úgy is, hogy különböző keresési kifejezéseket egyszerre vizsgálunk.

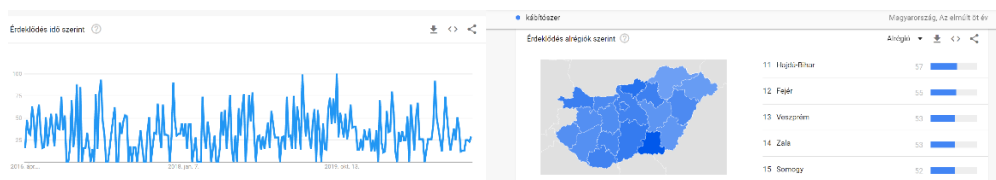
A drogprobléma kapcsán gyakorta előforduló kifejezések felbukkanását vizsgáltuk egyrészt magyarországi, másrészt megyei keresési adatbázison. A vizsgált időszak 2016. áprilisától 2021. márciusáig tart.

Az első vizsgált keresési gyakoriság a „**drog**” kifejezésé. Stabilnak mondható az érdeklődés, enyhén csökkenő tendenciát láthatunk, de **nincs jelentős átalakulás a magyarországi keresések tekintetében.**

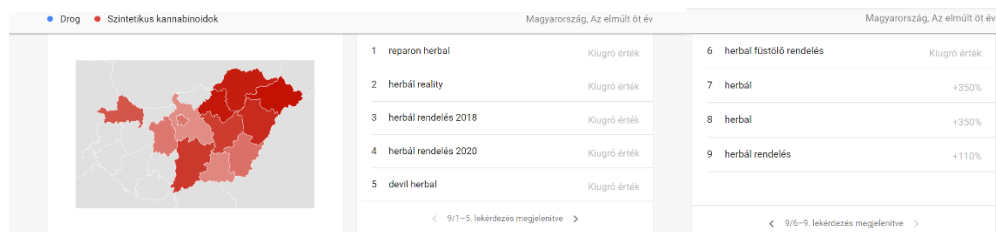
A Veszprém megyéből indított keresések az országos rangsor középmezőnyét képviselik. Érdemes feltárni azt is, hogy az elsődleges keresőkifejezés („drog”) mellett milyen **kapcsolódó kifejezéseket** alkalmaztak a felhasználók. A kiugró értékű kapcsolt kifejezések listája alapján látható, hogy az **új típusú szintetikus drogok váltottak ki jelentősebb érdeklődést.**



Kontrollként a „kábítószer” kifejezés keresési értékeit is lekérdeztük, ez hasonló eredményt hozott.



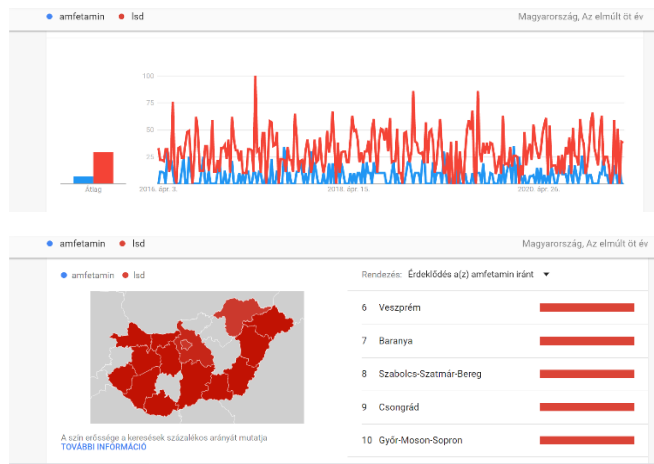
A kiugró értékű kapcsolt kifejezések listájából kiindulva megvizsgáltuk, hogy a **drog mellett a szintetikus kannabinoidok témakör keresési gyakorisága hogyan alakul területi eloszlásban**, illetve milyen más kifejezésekkel együtt indítják a kereséseket. A kutatásokból és felmérésekből megismert tendencia igazolódik vissza: **a herbál kiugró népszerűségét látjuk**. A térképi megjelenítés a Dunántúl kisebb érintettségét mutatja.



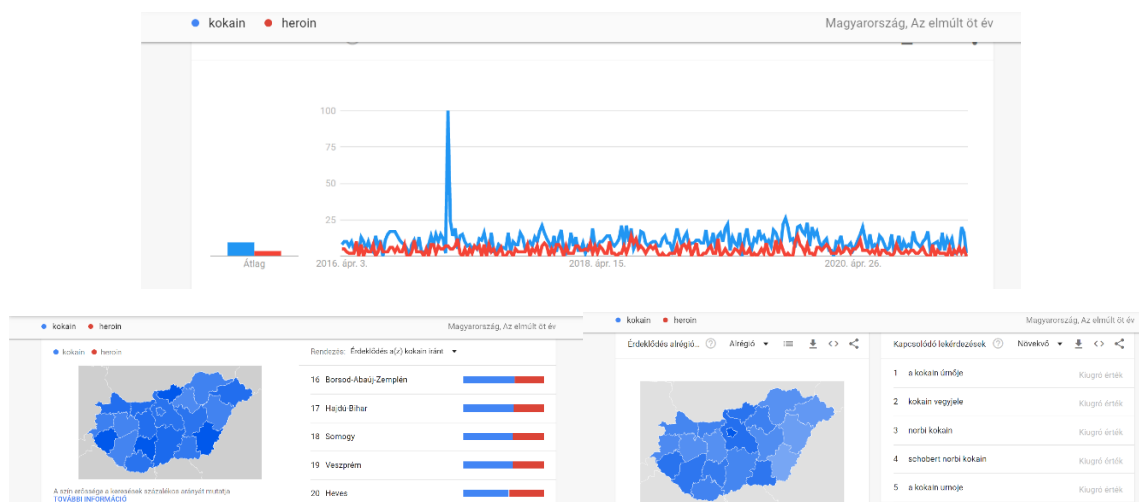
Az adatbáziselemzést népszerűnek és közismertnek tartott kábítószeres körében, egymáshoz viszonyított keresési arányuk vizsgálatával folytattuk.



Az **amfetamin és az LSD** tekintetében az utóbbira történő keresés nagyságrendileg jelentősebb, mindkét drog tekintetében stabil az érdeklődés az elmúlt 5 évben. **Veszprém megye a keresési gyakoriság rangsorában az első harmadban szerepel.**

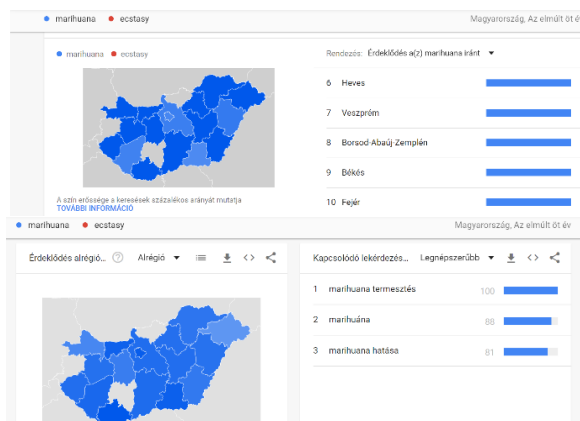
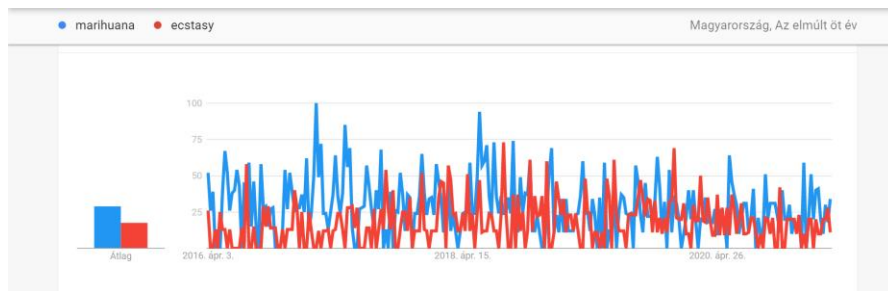


A **kokain és heroin** összevetése során azt tapasztaljuk, hogy mindkét szer iránt **viszonylag alacsony a keresési érdeklődés**, de a kokainra jóval több keresést indítanak. *A 2017. februári kiugró érték hívja fel a figyelmet arra, hogy a trendelemzési eszköz önmagában nem alkalmas a pontos képalkotáshoz. Ehhez a soha nem látott keresési csúcshoz elég volt annyi, hogy Schobert Norbi közösségi oldalán ugyan tévesen, de a kokain és cukor kepletével példálózott követőinek.* **Veszprém megye ebben a dimenzióban is a középmezőnyhöz sorolható.**

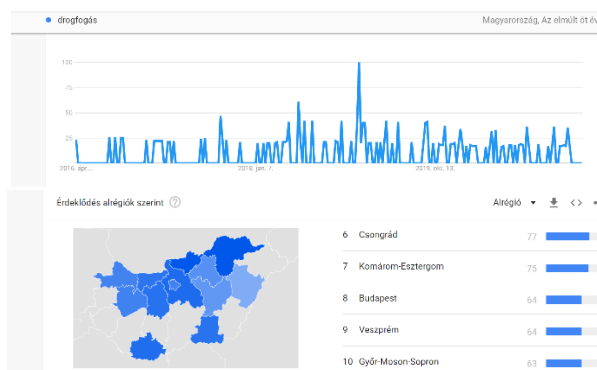


Természetesen vizsgáltuk azokat a szereket is, amelyek a legközismertebbek, illetve a legelterjedtebbeknek ismerjük őket. A **marihuána és az ecstasy** „versenyében” előbbi folyamatosan vezet. **Veszprém megye ebben az összevetésben is az első harmad végén, második elején szerepel.** A kapcsolódó keresésekben a **legkurrensebb információ tartalom a termesztés módszere.**





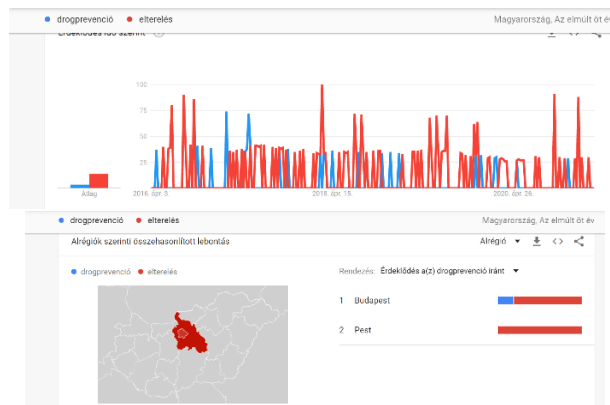
A drogügy nem csak a kereslettel írható le; a kínálatcsökkentés, a bűnüldözés, az ezekkel kapcsolatos hírek, információk egy másik aspektusból írják le a tapasztalatokat. Ennek megfelelően a trendelemzésben vizsgáltuk a „**drogfogás**” kifejezésre történő keresések alapjellemzőit. A kiválasztott időszakban csak néhány alkalommal mutatkozik kiugró érdeklődés, ezek részben összefüggnek az aktuális eseményekkel (lásd a médiaelemzés részt). **A Veszprém megyéből indított keresések száma ismét a középmezőnybe rangsorolja térségünket.**



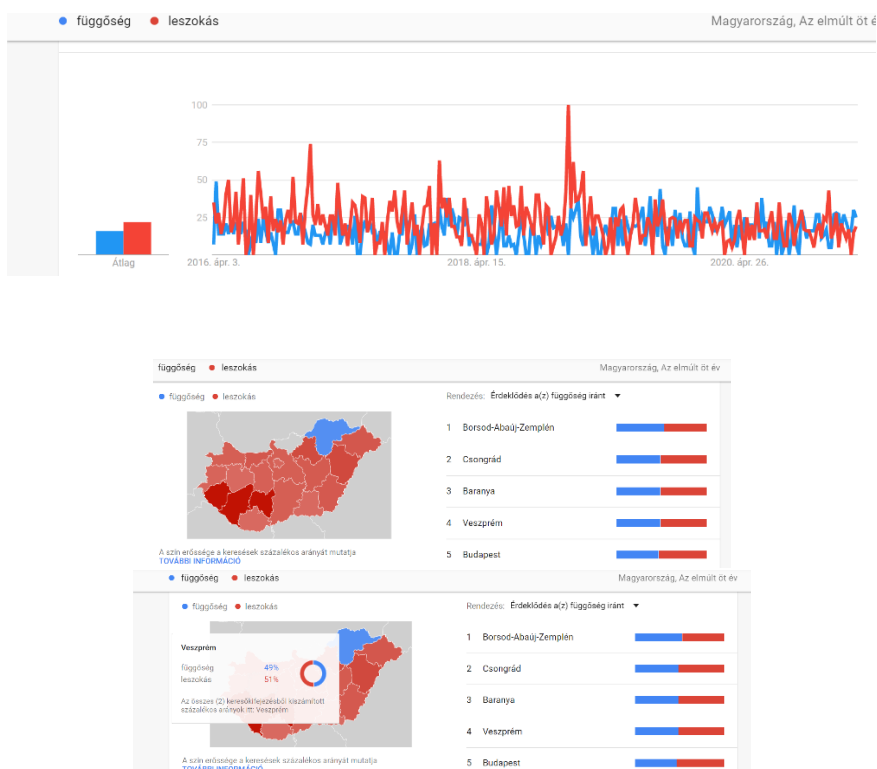
Végezetül a prevenció és az ártalomcsökkentés egy-egy pólusát vizsgáltuk. A keresések között párba állítottuk a „**prevenció**” és „**elterelés**” kifejezéseket. Míg a prevenció inkább az érintetti körön kívülről, addig az elterelés többnyire a problémával közvetlenebbül találkozókról generál érdeklődést. Jól látható, hogy **az elterelés szinte állandó téma, a prevenció csak alkalmasszerűen és időszakosan válik láthatóvá a keresési gyakoriság alapján.**



Mindazonáltal azt is láthatjuk, hogy a **két témát döntően a Budapestről**, illetve Pest megyéből indított keresések alapján van módunk vizsgálni. A vidéki elemszám olyan alacsony, hogy annak megjelenítésére sincs mód a Google rendszerében.



A kábítószer-probléma kezelési szemléletében az egészségfejlesztés a hangsúly. A „függőség” és „leszokás” kifejezések természetesen nem csak a kábítószeres esetekben relevánsak, az alkoholprobléma vagy a dohányzás kapcsán is sűrűn használt kifejezések. Ennek megfelelően jóval több keresést indítanak ezekre, s az is látszik, hogy országosan jól mérhető az aktivitás. **Veszprém megye a keresési élmezőnyben található**, közel egyforma gyakoriságú a két kifejezés használata.



Új típusú problémák

Viselkedési addikciók



Az addikció kapcsán **természetszerűleg gondolunk a kémiai szerektől való függésre**, mint a leggyakoribb és legismertebb függőségi formára. Az intézményrendszerben, a prevenció módszerek és a kezelés-ellátás területén is a kémiai addikción van a fókusz.

Bár a viselkedési addikciók körében a szerencsejáték-függőség régóta ismert, ennek csekély súlya miatt a **korábbi stratégiában sem jelent meg ez a témakör**.

A **társadalmi és technológiai változások nyomán** az elmúlt évtizedben **jelentős problémává vált** több, ebbe a körbe sorolható magatartásforma.

Persze, **szemléleti kérdések is felvethetők**, hiszen sokszor természetesnek, a „modern élet velejárójának” tekintünk **problémás viselkedésformákat**, ezért talán fel sem ismerjük azokat. Sőt, még akár, mint erény méltatjuk némelyiket. Klasszikusan ilyen a **munkafüggőség**.

Azt is meg kell említeni, hogy a **korábban született**, jelentősebb, addiktológiai zavarokkal foglalkozó kézikönyv, szöveggyűjtemény **egyáltalán nem foglalkozik a viselkedési addikciókkal**, ahogy a betegségek nemzetközi osztályozása (BNO) diagnosztikus besorolása sem kezelte ezeket. A viselkedési függőségek közül jelenleg a **szerencsejáték-használati zavar**

(gambling disorder) és a **videojáték-használati zavar** (gaming disorder) **elfogadott** diagnosztikai kategóriák a BNO-ban.

A szakirodalomban az **addikciók komponens modellje** a klinikai leírásokat is figyelembe véve **hat olyan általános tünetet azonosít, amelyek a szexuális addikciók, a testedzésfüggőség, a szerencsejáték-függőség, az internetfüggőség és a videojáték-függőség** esetében egyaránt **megfigyelhetők**. Érdemes ezeket röviden áttekintenünk.

1. Szalencia: ez a tünet akkor jelentkezik, amikor egy adott viselkedés az egyén életének legfontosabb részévé válik és dominálja gondolatait (belefeledkezés és igénytorzulás), érzelmeit (sóvárgás), viselkedését (szociális beállítottság romlása)

2. Tolerancia: gyakoribb, intenzívebb vagy nagyobb kockázatot jelentő viselkedésre van szüksége a személynek az elvonási tünetek elkerülése, illetve annak érdekében, hogy megfelelően érezze magát (pl. nagyobb tétek vagy sűrűbb játék a szerencsejátékos esetében, több és intenzívebb edzés a testedzésfüggő esetében stb.).

3. Megvonás: a viselkedés hiányában, akadályozásakor alakul ki: kellemetlen érzést és kényelmetlen testi-lelki állapotot takarnak, amelyek a nem megtervezett, illetve az egyén akaratától független viselkedés-megvonásnak a következményei (a jelentkező érzések az idegesség, az irritabilitás, a szorongás, a nyomottság, a hangulatingadozás, a rosszkedv, a depresszió, az alvászavar)

4. Konfliktus: az egyén és környezete között (szociális konfliktus), illetve az élet egyéb területein megjelenő ütközésekre utal (munka, szociális kapcsolatok, érdeklődés), amit az addiktív viselkedéssel töltött túl sok idő, és ezzel párhuzamosan a kapcsolat elhanyagolása eredményez.

5. Hangulatmódosítás: az adott viselkedés következményeképpen tapasztal (pl. „feldobottság” vagy „felfrissülés” érzete, vagy a

másik oldalról „menekülés”, illetve a „letargia” elkerülése), utóbbi értelemben az adott viselkedés egyfajta elkerülő magatartás, amely segít a hangulat szabályozásában, a mindennapos problémák elnyomásában, s ezzel összefüggésben a hangulat – átmeneti – javításában.

6. Visszaesés: a korábban megszokott, rendszeresen művelt cselekvéshez, viselkedéshez történő visszatérés egy kihagyott időszak után, jellemző, hogy az újrakezdéskor a tevékenység nagyon rövid időn belül ismét eléri a korábbi extrém magas szintet az aktivitásban.

A legjellemzőbbnek tapasztalt viselkedési függőségek közé soroljuk a problémás internethasználatot (közösségimédia-használatot), a problémás online (számítógépes vagy video-) játékot, a szerencsejáték-függőséget, a testedzésfüggőséget, a munkafüggőséget, valamint a kényszeres vásárlást.

Elterjedtsége és tendenciái miatt **a stratégia szempontjából a legjelentősebbnek kell tekintenünk az internet-és online játékfüggőséget**. Ugyan naponta látjuk magunk körül, mégsem tudatosul: **a középiskolás korosztály 98%-a úgy használja a közösségi médiát, hogy a hét 7 napjából legalább 1-et (24 órát) ezzel tölt!** A legfrissebb felmérések szerint közel negyedüknél fennállnak a problémás használat tünetei.

A problémás használat mögött meghúzódó okok egyike az úgynevezett **FOMO (Fear Of Missing Out)** jelenség. A kifejező elnevezés **a fiatal felnőttek körében is tapasztalható online-függést takarja: ha nem vagyok jelen, ha nem osztok meg, nem posztolok, nem reagálok és ha nem vagyok elérhető, akkor kiesek a közösségemből, lemaradok és nem tudok újra kapcsolódni.** A **létezés megélése** (már csak az időráfordításból kiindulva) **áthelyeződött az online térbe**, így gyakorta a **szeparáció érzése is dominánssá válhat**, különösen a nem saját elhatározásból kialakuló offline helyzetekben.



Rengeteg időt fordítanak a **középiskolás korosztályba tartozó fiúk az online játékokra**. A fiúk **86**, a lányok **56%-ka játszik ezekkel különböző platformokon** (konzolok, tabletek, pc-k, mobiltelefonok). Okkal feltételezhetjük, hogy a felmérések során bevallottnál jóval nagyobb mind az időráfordítás, mind a problémás használat aránya. A játékhasználat egyik sajátossága az **eltorzult időérzékelés**, ezért, amikor a ráfordított óraszámról nyilatkoznak a fiatalok, messze alulkalibrálják az értékeket. Bevallásuk szerint a fiúk **heti 17-18 órát**, a lányok

8-9 órát töltenek játékkal és problémás használnak mintegy **6%-uk** tekinti magát.

A viselkedési addikciók körében ez a téma egészen biztosan megőrzi vezető szerepét. Az előrejelzések szerint 2021-ben az online játékipiac bevételnövekedése meghaladja a 7%-ot, a felhasználók számában is legalább 2%-os növekedés várható 2025-ig. **Az online játékosok száma évente globálisan 50 millióval nő, számuk 2024-re eléri az 3 milliárdot.**

Új típusú dizájnerdrogok

A korábbi stratégia elkészítésekor még **nem foglalkoztunk az új típusú pszichoaktív szerekkel** („dizájnerdrogok”). Ennek egyszerű oka volt; a probléma még nem jelent meg Magyarországon, illetve nagyon szűk körben volt ismert a szerek létrehozásának, terjesztésének és terjedésének folyamata. A szerek hatásmechanizmusával kapcsolatosan sem léteztek protokollok, illetve a törvényi szabályozás sem tért ki ezekre. Célszerű ezért leíró jelleggel is foglalkoznunk a dizájnerdrogok témájával a stratégiában.

A 2010-es évektől átalakult a bódulatmarketing formája és tere, ahogy a használt szerek és kereskedésük is.

Az új pszichoaktív szerek (UPSZ) vagy **dizájnerdrogok hatása hasonló a korábban ismert drogokéhoz**, de molekulaszervezetük eltér attól. Ez több szempontból is kockázatos. A „klasszikus” kábítószeres esetében a kezelés-ellátás területén dolgozó **szakemberek ismerték a szerek hatását**, használati kockázataikat, túladagolás esetén a teendőket, eljárási protokollokat. A fogyasztók többnyire tudták, hogy mi fog bekövetkezni a szerek használatakor. **Mindez a múlté.**

A kábítószerpiac jelentős átalakulását jelzik a **lefoglalási adatok** és a fogyasztóktól származó információk. Ezek alapján a napjainkig tartó átrendeződési folyamat kezdete **2010-re tehető**. Az úgynevezett „klasszikusok” mellett nagy számban jelentek meg a piacon a **dizájnerdrogok**, amik **viharos sebességgel változnak**, cserélődnek, s ebben a hajsza-szerű állapotban

próbálnak a kínálatcsökkentési törekvések megfelelni a kihívásoknak és társadalmi elvárásoknak.

A rendelkezésre álló adatok alapján az új pszichoaktív szerek piacán **2014-ig beszélhetünk dinamikus bővülésről**. A csúcsidőszakban a rendőrségi **lefoglalások 60%-a dizájnerdrog volt**. A csökkenés tulajdonképpen hasonló ütemben zajlott, **mostanra nagyjából 30%-ra esett vissza** a lefoglalási arány. Ez természetesen nem jelenti feltétlenül azt, hogy a keresettség csökkent, hiszen ezek a szerek döntően nem a klasszikus beszerzési csatornákon jutnak el a fogyasztókhoz.

Ezeket az anyagokat **gyakorta potpourriként, herbálfűként, fürdőszóként vagy éppen növénytápszerként forgalmazzák**, így is hirdetik beszerezhetőségüket. Interneten megrendelhetők, postai szállítással kézbesíthetők.

Stabil piaci jelenlétre utal, hogy az új szerek elnevezése szinte követhetetlenül alakul a szlengben. Ilyen elnevezésekkel találkozhatunk a dizájnerdrogok piacán: *biofű, herbál, 4mec, MP3, Kristály, MP4, Serotoni, N-bomba, Penta, Dragonfly, stb.* Ezek a megnevezések sem utalnak feltétlenül a szerben lévő hatóanyagra, **így a fogyasztó tulajdonképpen semmit nem tud** a szervezetbe bevitt anyagról. Ezt támasztja alá a **Penta néven** lefoglalt anyagok vizsgálati eredménye is. Ebben a fogyasztói közvélekedés szerint **pentylonnak kellene lennie**, de az elemzés kiderítette, hogy a lefoglalt minta **mindössze 25%-a tartalmazta ezt az anyagot**.



Előállításuk során nem kontrolláltak a körülmények, a molekulák módosításának hatásaival a gyártók sincsenek tisztában, tulajdonképpen **kísérleti nyulak a fogyasztók.**

Ezek az anyagok **nem kerülnek fel automatikusan a kábítószeres listájára.** Az Európai Unió jelzőrendszerével összekapcsolt úgynevezett **C-listán kapnak helyet ideiglenesen** a piacon megjelenő szerek. Minden olyan anyag a listára kerülhet, amiről korábban nem volt tudomása a hatóságoknak, **kémiai szerkezetük még nem ismert, illetve feltételezhető, hogy droghasználati célból árusítják.**

A listán szereplők előállítása, forgalmazása, országba való behozatala illetve onnan való kivitele **3 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.** A fogyasztókat is büntetik, 2013 júliusától a megszerzés és tartás szabálysértésnek minősül.

Bár piaci jelenlétük csökkent ezeknek az anyagoknak, illetve **életprevalencia értékük (5,8%)** is alacsonyabb más szerekéhez képest, a dizájnerdrogok veszélyességük és relatíve könnyű beszerezhetőségük okán kiemelt figyelmet érdemelnek.

Az **új szerek egy részénél a gyors hozzászokás jellemző,** ami több és gyakoribb szerhasználatot hoz magával a klasszikusnak nevezett anyagokhoz képest. Gyakran említik példaként az MDPV-t amit a pyrovalerone tartalmú fogyasztószer

módosításával hoztak létre. Hatásában, stimuláló-képességében hasonló a kokainhoz vagy az amfetaminhoz. Azonban **destruktív hatásában messze felülmúl minden ismert szert.** Használata során gyors szívverés, magas vérnyomás, érszűkület, álmatlanság, hányinger, hasi görcsök, fogcsikorgatás, emelkedett testhőmérséklet, hidegrázás, pupillatágulás, fejfájás, súlyos paranoia, pszichotikus téveszmék, extrém szorongás jelentkezik. A pszichés tünetek hosszan elhúzódhatnak, a fizikai tünetek között lehet akár vese vagy májelégtelenség is.

A „comedown”, azaz a MDPV-ről való lejövetel, – ez nem egyenlő az elvonási tünetegyüttesel –, során paranoia, jelentős mértékű rettegés, hallucináció, időnként erőszakos magatartás jelentkezik. Szövődményként mozgászavar, izomszétévesés, fertőző megbetegedés, jobb szívfél behártyagyulladás jelentkezhet.

Megfigyelhető, hogy a dizájnerdrogok a **marginalizált, legrosszabb szocioökonómiai helyzetben lévő csoportok esetében széleskörűen elterjedt.** Ezt elsősorban az árak magyarázzák, hiszen **néhány száz forintért hozzá lehet jutni,** ráadásul egy adagból többszöri bódulat is kihozható, hiszen a Bika nevű anyagnak **tízszer erősebb a hatása, mint a THC-nak.** Mondják rá azt is, hogy klasszikus utcadrog, de a szakemberek között van, aki ennél határozottabban fogalmaz: **„A legaljára a legszemetebb jut.”**



A fő célcsoport: középiskolások (ESPAD)



A szakpolitika változó megközelítésétől függetlenül **mindenkor kiemelt célcsoport a fiataloké.**

A statisztikai adatfelvételek, célkutatások és felmérések eredményei alapján szükséges a teljes populációtól elkülönítve vizsgálni a fiatalok körében tapasztalható folyamatokat, mivel körükben jóval nagyobb arányban fordul elő a kábítószeres használata más korosztályokhoz képest. Az EMCDA vizsgálat során a teljes népességen belül **külön csoportot képeznek a 18-35 évesek**, az adatelemzést ennek megfelelően végzik el. Stratégiánkban ezt a módszertant követve jellemeztük a fiatal felnőttek körében tapasztalható folyamatokat az *Általános trendek, jelenségek fejezetben*.

Szükséges **tovább szűkíteni a vizsgált célcsoportot**, hogy jobban megértsük a **kábítószerhasználat korai szakaszának jellemzőit**. A legalkalmasabb korosztály a **középiskola 9-10. évfolyamán tanulók**, esetükben a kábítószerprobléma megjelenése már valószínűsíthető az elmúlt évtizedek tendenciái ismeretében. A 16 éves korú populáció vizsgálatában kialakult egy **európai sztenderd**, ennek köszönhetően egységes módszertannal, azonos mintán és hasonló időszakban végzett kutatások állnak rendelkezésünkre.

Ezt a sztenderdet az **ESPAD** (European School Survey on Alcohol and other Drugs) program keretei között alakították ki. Az uniós tagállamokban és más európai országokban is zajló longitudinális kutatás 1994-ben indult azzal a céllal, hogy **négyévente ismétlődően** időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön a fiatalok **dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól**. A program legfontosabb hosszútávú célja a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások mérése, az országoként eltérő trendek összehasonlítása. Az első adatfelvételre 1995-ben került sor 26 európai ország részvételével. Ezt követően 1999-ben, 2003-ban, 2007-ben, 2011-ben és 2015-ben készült adatfelvétel. **2019-ben az ESPAD kutatások hetedik hullámára került sor**. Ennek megfelelően 2020-ban váltak elérhetővé az adatok, így a stratégiaalkotás során nagyon friss információkkal rendelkezhetünk.

Az ESPAD mintaalakításával kapcsolatos szabály, hogy minden részes ország **legalább 2400 fő** 2003-ban született, **nappali tagozatos normál iskolai képzésben résztvevő fiatal vegyen részt** a kutatásban. A magyar felmérésben mintegy 8000 diák válasza került végül feldolgozásra. Itt kell megjegyezni, hogy nem kerültek be a mintába azok, akik tanulási rendellenesség vagy valamilyen egyéb szellemi és fizikai korlát miatt speciális képzésben vesznek részt.



A felmérés reprezentativitása és mintanagysága biztosítja, hogy az adatokat **érvényesnek tekinthessük az azonos jellemzőkkel leírható veszprémi diákokra**. Ezért stratégiánkban felhasználjuk a *Budapesti Corvinus Egyetem MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoportja* által 2020-ban publikált, az adatokat, megállapításokat és következtetéseket közreadó jelentést és annak szövegét.

Dohányzás

Az egészségszemléletű megközelítésben (egészségfejlesztési alapelv) a dohányzási szokások is a vizsgálat tárgyát képezik.

A diákok mintegy **60%-a már dohányzott** élete során (a lányok 63, a fiúk 57%-a), a megkérdezettek **23,6%-a tekinthető rendszeres** (40 vagy több alkalommal dohányoztak) használónak. Meglepően magas azoknak az aránya (70,4%), akik könnyen vagy nagyon könnyen tudnának cigarettához hozzájutni.

A lekérdezést megelőző hónapban a diákok 1/3-a szívott el legalább egy cigarettát, a naponta cigarettázók aránya 22,2%.

Az első cigarettát átlagosan **14 évesen szívják el**, a napi dohányosok 15 éves koruktól alakítják ki ezt a szokásukat.

Az e-cigarettát a fiatalok fele kipróbálta, de alacsony (5%-körüli) a napi dohányzásban történő

használata. Bár sokan a hagyományos dohányzás mellett használják az e-cigarettát, magas azoknak az aránya - az összes diák 24,5%-a -, aki úgy próbálta ki az e-cigarettát, hogy egyébként nem dohányzott. A kutatók azt **valószínűsítik, hogy, az e-cigaretta népszerűsödése növelte a fiatalkori dohányzás elterjedtségét**.

Együttesen nézve azok arányát, akik dohányoztak, e-cigarettát vagy vízipipát használtak a kérdezést megelőző 30 napban azt látjuk, hogy a **megkérdezett diákok 42,5%-a használt valamilyen dohányzásra alkalmas terméket**, azaz a három vizsgált dohányzási formát előző hónapban használók aránya 9,4 százalékponttal magasabb, mint a csak cigarettát szívók aránya. A fiúk és a lányok közötti különbség nem szignifikáns.

Alkoholfogyasztás

Az első alkoholfogyasztás átlagosan nem sokkal **13 éves kor után történik**. Az **első lerészegedés** átlagosan alig több, mint **egy évvel később következik** be, mint az első alkoholfogyasztás.

A megkérdezett fiatalok 92,4%-a fogyasztott már az életében alkoholt.

A kérdezést megelőző 12 hónapban alkoholt fogyasztók aránya 85,7%.

A lányok esetében az eddigi életben legalább egyszer alkoholt fogyasztók aránya 92%, a fiúknál 92,8% a megfelelő arány. Az előző éves prevalencia érték a lányoknál 84,8%, a fiúknál pedig 86,4%.

A kérdezést **megelőző 30 napban a diákok 65,5%-a ivott legalább egyszer alkoholtartalmú italt**. Hat vagy többszöri (tehát legalább heti rendszerességű) fogyasztásról a fiatalok 16,9%-a számolt be.

A lányok 63,6%-a fogyasztott alkoholt az előző hónapban és 13,2% hat vagy több alkalommal.

A fiúk 67,2%-a fogyasztott alkoholt a megelőző 30 napban és 20,3% hat vagy több alkalommal.

Az előző hónapban legalább egyszer fogyasztott ital fajtája alapján **a fiúk leggyakrabban sört, a lányok pedig töményitalt fogyasztottak**. A bor a

lányoknál a második, a fiúknál pedig a harmadik leginkább fogyasztott italfajta.

A nagyobb gyakoriságú, **havi hat vagy többszöri fogyasztás már fiúknál és lányoknál is egyaránt töményital** formájában történik.

Mennyiségben egyértelműen töményitalból fogyasztottak a legtöbbet a fiatalok.

Az ESPAD kutatások során **nagyivásnak** a legalább öt ital egymás után történő elfogyasztását tekintik, amikor egy ital 5 dl sört, vagy 1,5 dl bort, vagy fél dl töményt jelentett, azaz a tiszta szesztartalom alapján közelített a 20 milliliter (16 gramm) standard ital mennyiséghez. A problémás alkoholfogyasztás mérésére használt másik mutató a lerészegedés eddigi életre, előző 12 hónapra és előző 30 napra vonatkozó gyakorisága volt.

Nagyivásról a fiatalok közel fele számolt be a kérdezést megelőző hónapban. Három vagy többszöri nagyivás (vagyis közel heti rendszerességű nagyivás) 15,7%-kal fordult elő. A fiúk és a lányok közötti különbségek szignifikánsak.

A különböző italfajták beszerzését a diákok jelentős része könnyen vagy nagyon könnyen beszerezhetőnek tartja.



A **napi rendszerességű mérsékelt alkoholfogyasztást** a fiatalok sokkal kisebb arányban tartják veszélyesnek, mint az akár

alkalmi, akár pedig rendszeresebb, nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztást.

Drogok, új pszichoaktív szerek

A 9-10. évfolyamosok közel **ötöde (18,7%) fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert.**

A droghasználati célú szerfogyasztás **életprevalencia értéke 22,2%**. A diákok 14,8%-a fogyasztott visszaélészerűen gyógyszert (altatót, nyugtatót, fájdalomcsillapítót, hogy feldobjon, illetve gyógyszert alkohollal). Az új pszichoaktív szer (ÚPSZ) használat a megkérdezettek 5,8%-ára jellemző. Az összes szerfogyasztás életprevalencia értéke 28,1%, azaz a **diákok több mint negyede fogyasztott már életében illegális vagy visszaélészerű legális drogok valamelyikét.** A megkérdezettek 7,9%-a használt nyugtatót, altatót orvosi javaslatra.

Míg a **tiltott szerhasználat és a droghasználati célú szerfogyasztás inkább a fiúkra jellemző** (rendre 1,1-szer nagyobb arányban fogyasztanak a fiúk, mint lányok), addig a **gyógyszerek használata akár receptre vagy anélkül a lányok fogyasztásában figyelhető meg jelentősebb mértékben** (rendre 1,1-szer, illetve 1,2-szer nagyobb ráták mutatkoznak a lányok, mint a fiúk körében).

A szerfogyasztás rangsora

A szerfogyasztás piramisban a korábbi évekhez hasonlóan első helyen a kannabisz szerepel. A diákok **17,1%-a próbálta már életében**, a valaha fogyasztók 79%-a a kérdezést megelőző évben fogyasztott kannabiszt.

A **kannabiszt követően** a rangsorban a visszaélészerűen használt **gyógyszerek szerepelnek**: a diákok 8,7%-a fogyasztott már nyugtatót, altatót orvos javallata nélkül, 8,3%-a alkoholt gyógyszerrel, illetve 6,9%-a fájdalomcsillapítót azzal a céllal, hogy feldobjon. Ötödik helyen még mindig legális drog áll, a **szipuzás 6,2%-os** életprevalencia értékkel, amelyet az egyik dizájner drog, a **szintetikus kannabinoidok követnek: minden huszadik diák próbált már ilyen szert.**

A többi vizsgált szer 5% alatti prevalencia értéket mutat. A rangsorban utolsó helyen szerepelnek a mefedron, heroin, crack.

A fogyasztók jelentős többsége többszöri fogyasztónak és nem csupán kísérletezőnek tekinthető: a fogyasztók 34,8%-a 1-2-szer fogyasztott tiltott szer valamelyikét és 65,2%-uk 3 vagy több alkalommal használt már ilyen szert (a droghasználat esetében rendre 38,5% és 61,5%). A visszaélészerű gyógyszerfogyasztók körében is még mindig azon diákok vannak többségben, akik 3 vagy több alkalommal (54,6%) fogyasztottak szert recept nélkül (1-2 alkalommal 45,4%).

A dizájner drogfogyasztók tekinthetők óvatosabbnak, ugyanis esetükben az egy-két alkalommal fogyasztók vannak többségben: a dizájner drogokat már fogyasztók 62,1%-a egy-két, 37,9%-a három vagy több alkalommal használt ÚPSZ-ot.

Azok a tanulók, akik az elmúlt 12 hónapban is használtak **dizájner szert**, elsődlegesen – a fogyasztók kétharmada – **füstölésre, dohányzásra alkalmas növényi keverék formájában használta.** Szintén népszerű a por, kristály, tablettá formában való fogyasztása, a dizájner használók több mint fele fogyasztotta ebben a formában.

A diákok 7,3%-a a kérdezést megelőző 30 napban is fogyasztott kannabiszt, dizájner drogot 1,9%-a, inhalánst pedig 1,7%-uk használt a kérdezést megelőző hónapban. A kannabisz és a dizájner drog esetében mutatnak szignifikánsan magasabb rátákat a fiúk a lányokhoz képest, az inhaláns esetében nem figyelhető meg szignifikáns kapcsolat a nem és a szipuzás között.

A kérdezést megelőző évben kannabiszt fogyasztók körében vizsgálták azt is, hogy voltak-e a fogyasztásból kifolyólag különböző problémáik (CAST skála – Cannabis Abuse Screening Test).

A hazai adatok azt mutatják, hogy az elmúlt évben **fogyasztók közel negyede (24,1%) tekinthető magas kockázatú kannabisz fogyasztónak** a skála szerint.



Első használat életkora

Néhány szer esetében vizsgálták, hogy hány éves korban próbálták ki a fiatalok először.

Legfiatalabb korban jellemzően az inhaláncsal kísérleteznek a fiatalok – a fogyasztók 58,1%-a 14 évesen vagy fiatalabb korban próbálta ki az inhaláncst.

A többi szert **jellemzően 15 évesen vagy annál idősebb korban próbálják ki** a fiatalok, azonban a nyugtató, altató, amfetaminok és metamfetamin, kokain és crack esetében viszonylag magas a 14 évesen vagy annál fiatalabb korban e szerekkel kísérletezők aránya (rendre több mint 35%).

Hozzáférhetőség

A diákok szubjektív megítélése szerint **a legkönnyebben a nyugtatóhoz és a kannabiszhoz lehet hozzájutni**: a fiatalok közel harmada úgy ítéli meg, hogy ezeket a szereket könnyen vagy

nagyon könnyen be lehet szerezni. A kérdezettek ötöde szerint lehet könnyen vagy nagyon könnyen hozzáférni az ecstasyhoz, amfetaminhoz. Legkevésbé a kokainhoz, metamfetaminhoz, crackhez lehet hozzájutni.

Veszélyészlelés

A dizájnerdrogok, az amfetamin, ecstasy rendszeres használatát a megkérdezettek **több mint 70%-a tartja nagyon veszélyesnek**, ehhez képest a kannabisz és nyugtató fogyasztását valamelyest kevésbé ítélték meg veszélyesnek a

fiatalok. A **kipróbálás** veszélyességének megítélése esetében **a kannabisz mutatkozik legkevésbé veszélyesnek a fiatalok szerint**, és leginkább veszélyesnek a dizájner stimuláns, valamint az amfetamin kipróbálását tartják.

Az egészségkárosító magatartásokat különböző tényezők objektív és szubjektív mutatói alapján is vizsgálja a kutatás. Ezek között kiemelt szerepe van a **családnak és az iskolának**.

Érdeemes röviden rátekinteni a településtípusoknál mutatkozó eltérésekre is. A **lakóhely szerepét vizsgálva** azt tapasztaljuk, hogy a Budapesten élő diákok nagyobb eséllyel próbálják ki a tiltott szert, a droghasználati célú szert, vagy bármilyen drogot, mint a városban vagy községben élő diákok. A városi diákok valamelyest inkább érintettek a községben élőkhez képest.

A visszaélészerű szerhasználat és a dizájner drogfogyasztás a lakóhely típusa mentén nem különböznek egymástól.

A **családszerkezet** minden drogfogyasztás elterjedtségét mérő indikátorral hasonló mintázatot mutat. Az összes mutatónál a **legnagyobb prevalencia értékek az édes szülő nélküli családban** felnövő diákok körében figyelhető meg, a legalacsonyabb prevalencia értékek pedig a teljes családdal bíró diákok körében.

Az **anyai és apai iskolai végzettség** a visszaélészerű gyógyszerfogyasztást kivéve az összes mutatóval szignifikáns kapcsolatban áll. Azok a diákok, akiknek felsőfokú az **anya/apa iskolai végzettsége nagyobb valószínűséggel próbálnak ki tiltott szert/droghasználati célú szert/bármilyen drogot**, mint azok a diákok, akiknek szülője alacsonyabb iskolai végzettséggel bír. A **dizájner drog esetében ezzel szemben azt tapasztaltuk, hogy épphogy az alacsonyabb iskolai végzettségű (kevesebb, mint érettségi) szülővel rendelkező diákok érintettebbek dizájner drogfogyasztás szempontjából**.

A szubjektív anyagi helyzet eltérő mintázatot mutat a tiltott szerrel, illetve a visszaélészerű gyógyszer és dizájner szerfogyasztás esetében. Míg a **tiltott szerfogyasztás inkább jellemző a jómódú családokra, addig a visszaélészerű gyógyszerhasználat és dizájner drogfogyasztás az átlag alatti anyagi helyzetű családok gyermekei körében figyelhető meg nagyobb arányban**. A droghasználati célú, valamint az összes drogfogyasztással nem mutat szignifikáns kapcsolatot a diákok szubjektív anyagi helyzete.



A vizsgált családi szubjektív mutatók közül egyértelműen a *szülői kontroll* mutat legerősebb kapcsolatot minden fogyasztói indikátor esetében. *Minél kisebb a szülői kontroll – tehát minél kevésbé tudnak arról, hogy a gyerek hol tölti a szombat estét – annál nagyobb valószínűséggel gyakrabban dohányzik, használ e-cigaretta, vízipipát, fogyaszt alkoholt, részegedik le, iszik 5 ? vagy több italt, illetve fogyaszt valamilyen drogot.*

Minél elégedetlenebb a diák az anyával, apával való kapcsolattal, illetve minél kisebb érzelmi támaszt jelent a család a gyerek számára, annál nagyobb eséllyel gyakrabban dohányzik, használ e-cigaretta, vízipipát, fogyaszt alkoholt, részegedik le, iszik 5 vagy több italt, illetve fogyaszt valamilyen drogot.

A dohányzók aránya kimagaslóan nagy a szakközépiskolában tanuló diákok körében, akár az élet- akár pedig a havi vagy napi prevalencia értékeket nézzük. Legkevésbé elterjedt a dohányzás, minden mutató alapján, a gimnáziumban tanulók között. Az iskola székhelye alapján a rendszeres, napi dohányzás a vidéki iskolákban elterjedtebb, ugyanakkor a dohányzás havi és életprevalencia értékeiben nem találtunk szignifikáns különbséget a vidéki és budapesti iskolák között. Az iskola fenntartója (állami, egyházi, magán) szerint sem találunk szignifikáns különbséget a dohányzás elterjedtségében.

Az iskola típusa szerint szignifikánsan különbözik az alkoholfogyasztás minden mutatója.

Az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya legnagyobb a gimnáziumban tanulók körében, legkisebb a szakiskolába járók között. *A gimnazistákra jellemzőbb a havi néhányszori (1-5-szöri) alkoholfogyasztás, a szakközépiskolások között pedig elterjedtebb a nagyobbgyakoriságú, a havi hat vagy többszöri fogyasztás.*

A problémásabb alkoholfogyasztást jelző nagyivás és lerészegedés már egyértelműen a szakközépiskolákban a legelterjedtebb. Ugyanígy, kiemelkedően magas az elfogyasztott alkohol mennyisége is ebben a csoportban. A gimnazisták körében a problémásabb formájú alkoholfogyasztás ritkábban fordul elő. A szakgimnáziumban tanulók, bár a gimnazistáknál nagyobb arányban számolnak be lerészegedésről és nagyivásról, alkoholfogyasztásuk főbb jellemzői inkább a gimnáziumi tanulókhöz hasonlítanak, mint a szakközépiskolásokéhoz.

Az iskola székhelye csak az előző havi nagyivás előfordulásával mutat szignifikáns kapcsolatot, mégpedig oly módon, hogy a vidéken tanulók nagyobb arányban számolnak be előző havi nagyivásról, mint a Budapesten tanulók.

Az iskola fenntartója esetében az előző havi részegség és az utolsó fogyasztás átlagos mennyiségét tekintve figyelhető meg szignifikáns kapcsolat: *a magániskolákban nagyobb arányban tapasztalható a lerészegedés, illetve nagyobb mennyiségű szeszt fogyasztanak átlagban az állami és egyházi fenntartású iskolákhoz viszonyítva.*

Az *iskola típusa* szignifikáns kapcsolatot mutat mindegyik mutatóval, kivéve a droghasználati célú szerfogyasztást és az összes egyéb drogfogyasztást. A három mutató esetében valamelyest eltérő mintázat rajzolódik ki. *Mindhárom mutatónál a leginkább a szakközépiskolában tanuló diákok érintettek a szakgimnáziumhoz, gimnáziumhoz képest, bár e különbség csak a dizájner drogfogyasztás esetében mutatkozik jelentősnek.* A tiltott szerhasználatot tekintve a gimnáziumban tanulók inkább érintettek a szakgimnáziumban tanulókhoz képest, ezzel szemben a visszaélészerű gyógyszerhasználat inkább jellemző a szakgimnáziumban tanulóakra, mint a gimnazistákra. *A dizájner drogfogyasztás pedig kiemelkedően a szakközépiskolába járókra jellemző,* és nincs különbség e mutató prevalencia értékét tekintve a szakgimnáziumban, illetve gimnáziumban tanulók körében.

Az *iskola székhelye* a tiltott szerhasználat, a droghasználati célú szerfogyasztással és az összes egyéb drogfogyasztással mutat különbséget: a budapesti diákok érintettebbek, mint a vidéki iskolában tanuló társaik. Ugyanígy az iskola fenntartója esetében is a fenti három mutatónál tapasztalható szignifikáns eltérés: a magániskolában tanulók nagyobb eséllyel kíséreltezik tiltott, droghasználati célú szerrel, mint az állami és egyházi fenntartású iskolában tanuló diákok. Az egyházi iskolák megóvó szerepe mutatkozik meg, ugyanis *minden indikátor esetében alacsonyabb prevalencia értékek figyelhetők meg az egyházi iskolában tanuló diákok körében.*



Az ESPAD-kutatás arra is választ keres, hogy milyen a fiatalok szubjektív egészségérzete, egészségtudatossága.

A diákok többsége jónak tartja egészségi állapotát, és a megkérdezett fiatalok közel fele fontosnak tartja az egészségi állapotukat befolyásoló különböző tényezőket.

Az egészségmagatartás már kevésbé mutat pozitív képet, leginkább a rendszeres mozgásra és a szabadidő tartalmas eltöltésére figyelnek oda, az egészséges étkezéssel viszont már csupán a diákok 16,5%-a törődik rendszeresen.

A szerfogyasztás a legtöbb egészséget jellemző mutatóval szignifikáns kapcsolatban van. Ugyanakkor az adatok arra utalnak, hogy *az egészségtudatosság kevésbé van hatással az alkoholfogyasztásra és a tiltott szerek fogyasztására, befolyással lehet azonban a dohányzásra és a gyógyszerfogyasztásra.*

A pszicho-szociális állapotot vizsgáló kérdéssorok közül azt láttuk, hogy a normátlanság mutatója az, ami a legszorosabban kapcsolódik a különböző szerfogyasztási formákhoz: minél inkább normakövető valaki, annál kevésbé fogyaszt valamilyen tiltott vagy legális szert. A kisebb önbecsülés növeli az egyszerre elfogyasztott alkohol mennyiségét és a kábítószeres kipróbálásának a valószínűségét.

A depresszió szintén szignifikáns kapcsolatban van a legtöbb fogyasztási formával, *legszorosabb kapcsolatot azonban a gyógyszerhasználat esetében találtuk.*



Veszprémi vonatkozások

Ellátórendszer Veszprémben

Számos szervezet és intézmény érintett a kábítószer-probléma kezelésében, önálló tevékenységük, együttműködésük, KEF-beli szerepvállalásuk teszi teljessé a fellépést a probléma megoldásában.

Az egészségfejlesztés, a megelőzés, a kezelés, ellátás és felépülés alpinfrastruktúráját nevezzük ellátórendszernek. Ebben jutnak kulcsfontosságú szerephez azok az intézmények és szervezetek, amelyek speciális szaktudásukkal, eszköz-és szolgáltatásrendszerükkel képesek hatékony és hatásos beavatkozásokra.

Veszprémben már három évtizede folyik az ellátórendszer kiépülése, több eleme és szereplője akár már 25-30 éve szolgálja a veszprémieket. A fejlődés irányát és ütemét a szakmai megfontolások mellett leginkább a lehetőségek (jogszabályi, finanszírozási) határozták meg a távolabbi és közelebbi múltban egyaránt.

Az új vagy bővülő szolgáltatásokkal együtt áttekintettük a teljes ellátórendszert, felmértük a jelenleg elérhető szolgáltatási formákat, illetve **a meghatározó súlyú szolgáltatók jellemzőit is számba vettük.** Kiemelten foglalkoztunk az Alkohol-Drogsegély Ambulancia tevékenységével, hiszen elsősorú, meghatározó szereplője a szenvedélybetegek ellátórendszerének.

Alkohol-Drogsegély Ambulancia Egyesület

Az 1988-tól Alkohol- Drogsegély Szolgálat néven működő tanácsadó szolgálat 1993-tól végzi önálló jogi szervezetként tevékenységét *Alkohol-Drogsegély Ambulancia* elnevezéssel. Az egyesület 2003-tól kiemelkedően közhasznú szervezetként dolgozik, **egészségmegőrző, betegségmegelőző, gyógyító, egészségügyi, szociális, rehabilitációs feladatokat lát el.** Az egyesület felvállalta a szenvedélybetegséggel kapcsolatos intézmények létrehozását, működtetésének megszervezését. **Céljuk a kezelési lánc folyamatosságának kiépítése,** a különböző kezelési szintek, ellátási területek összehangolt, hatékony működtetése.

Céljuk továbbá minden olyan feladat felvállalása szociális, egészségügyi vagy az oktatás-nevelés területén, amelyek segítségével **megelőzhető, illetve csökkenthető a szenvedélybetegség terjedése.**

Az egyesület által működtetett intézmények és szolgáltatások a következők:

1. Az Alkohol-Drogsegély Ambulancia, mint járóbeteg ellátó intézmény

- Részt vesz a szenvedélybetegek kezelésében, rehabilitációjában, reszocializációjában.
- A gyógyulni akarók számára járóbeteg rendszerben történő addiktológiai, illetve gyermek- és ifjúságaddiktológiai ellátást biztosít, a betegek igényeihez alkalmazkodva rövid- és hosszútávú gyógyszeres, illetve pszichoterápiát végez.
- Részt vesz az elterelés lebonyolításában.
- Ártalomcsökkentő programok keretében ingyenes AIDS, Hepatitis, TBC szűréseket szervez, túcsere-programot, valamint metadon-fenntartó kezelést biztosít.
- Ingyenesen biztosít telefonos és személyes jogi tanácsadást.
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által szervezett programokon és rendezvényeken részt vesz.
- Együttműködik a helyi szociális, egészségügyi, oktatási intézményekkel, valamint megyei és országos szakmai szervezetekkel.



- Az ellátás igénybevétele érvényes TAJ-kártyával rendelkezők számára ingyenesen és beutaló nélkül is igénybe vehető.
- Kihelyezett rendeléseik tartanak Váralotán, Sümegen, Veszprémben a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Befogadás Házában és a Veszprém Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben.
- A szakmai munkában addiktológus, pszichiáter, neurológus, gyermekpszichiáter, pszichológus, addiktológiai konzultáns, mentálhigiénés segítő szakember, szociális munkás, szociálpedagógus, diplomás ápoló és jogász vesz részt.
- Különböző prevenciók programokat szervez speciális célcsoportok számára (fogvatartottak, romák, hátrányos helyzetű fiatalok, szülők, hozzátartozók)
- Részt vesz az egészséges életmódszemlélet kialakításában, a prevencióval összefüggő feladatokban, rendezvényeken, programokban. Iskolai és iskolán kívüli prevenciók foglalkozásokat, előadásokat, programokat tart az általános és középiskolás diákoknak, pedagógusoknak, valamint szülőknek. Legnépszerűbb programjuk a „Szertelenül, vidáman” elnevezésű, a Nemzeti Népegészségügyi Központ szakmai ajánlásával is rendelkező komplex iskolai egészségfejlesztési program. A program helyi szervezetek együttműködésével valósul meg Veszprémben 2011. szeptembertől, majd a szakmai ajánlással 2014. október óta. Az egyesület összefogja, koordinálja a prevenciók csapatát, amelyet szociális szakembereik, a Veszprém Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztályának egészségfejlesztői és a Veszprémi Rendőrkapitányság bűnmegelőzési előadói alkotnak. Céljuk az egymástól függetlenül zajló prevenciók tevékenységeit és szemléleteit egységesíteni Veszprémben egy olyan komplex drogprevenciók program kidolgozásával, amely összefogja a drogprevenciók szakemberek munkáját. Pszichológusuk kidolgozott egy 15 alkalmas prevenciók-foglalkozásra felkészítő programot. A jelentkező szakembereket pszichológusuk 3 napos tréning keretében képezte ki „foglalkozásvezetővé”. A program célcsoportja a veszprémi általános és középiskolák 7., 8., 9., 10. évfolyamos diákjai. A foglalkozások kiscsoportos, interaktív formában valósulnak meg, ahol főszereplők a diákok. A munka nagy részét ők végzik, a gyakorlatok gondolkodásra és az érzések előtérbe helyezésére készítik őket. Az elmúlt tanévekben motivációs versenyeket hirdettek meg értékes ajándékokkal a programban részt vevő diákoknak, osztályoknak (plakát-, prezentáció- és videokészítés), továbbá a program befejezéseként záró rendezvény megszervezését vállalták diákoknak sportprogramokkal, pedagógusoknak szakmai előadásokkal.
- Modellértékű és eredményes fejlesztésről beszélhetünk a projekt végrehajtása kapcsán. Veszprém városában egy újszerű program jött létre, a szakemberek közös munkája erősödött, új kapcsolatok, együttműködések születtek, az iskolák részéről nagyobb érdeklődés mutatkozott a program iránt, pozitív visszajelzéseket kaptak, megnőtt az iskolák programba jelentkezésének száma. A diákok a közvetlen és interaktív módszer során jobban megnyíltak, sokat beszélgettek, megtanulták az empátia, az elfogadás és a tolerancia jelentését, részt vettek stresszkezelő feladatokban, gyakorolták a segítségkérés lehetőségeit, és ismereteik is hitelesen tisztázásra kerültek.

2. A Szenvedélybetegek Nappali Ellátó Intézménye

Az Alkohol-Drogsegély Ambulancia és Veszprém Megyei Jogú Város Önkormányzatával között létrejött ellátási szerződés alapján 2000. július 1-től határozatlan időre működteti a



Szenvedélybetegek Nappali Ellátó intézményét. Az intézmény 20 fő veszprémi bejelentett lakóhellyel, vagy bejelentett tartózkodási hellyel rendelkező szenvedélybeteg, illetve olyan hajléktalan személy részére biztosít napközbeni ellátást, akik nyilatkozatában tartózkodási helyként Veszprémet jelölik meg.

Főbb foglalkozások az intézmény keretei között:

- Csoportfoglalkozások (problémamegoldó, álláskereső)
- Életvezetési tanácsadás, egyéni foglalkozás (pszichiáter, szociális szakember)
- Kreatív foglalkozás
- Filmklub
- Háztartási ismeretek
- Alapvető higiéniai szükségletek ellátása
- Napi egyszerű meleg étkezés biztosítása térítési díj ellenében
- Ingyenes reggeli biztosítása (kenyér, vaj, zsír, tea)
- Heti 1 nyílt nap élelmiszer-csomag-osztással kiegészítve
- Egyéb szociális, mentális segítség- és információnyújtás
- Névtelen önszolgáltató csoport működtetése

3. A Szenvedélybetegek Rehabilitációs Intézménye-Noszlop

A Szenvedélybetegek Rehabilitációs Intézménye 2002. március 1-jén nyílt meg.

Jelenleg 27 fő 16-55 év közötti férfi befogadására alkalmas. Az intézmény nem Veszprémben található, de az ország egész területéről fogad ellátottakat, a kliensek felvétele az ambulancia járóbeteg-ellátásának keretében történik Veszprémben.

Országosan egyedülálló módon a terápiát ingyenesen vehetik igénybe a szenvedélybetegek. Az intézményben a kanadai **Portage-modell terápiás eszközeit alkalmazzák.** Ennek megfelelően a terápiás közösség tagjai inkább családtagnak, mint intézeti kezelés alatt álló páciensnek számítanak. A munkatársak igyekeznek hangsúlyozni, hogy az egyén önmaga felelős saját életért és személyes fejlődéséért, de nem egyedül kell megtalálnia útját a kilábaláshoz. Terápiás életükben a személyiségük fejlődését elősegítő csoportfoglalkozásokon kívül jelentős szerepet kap a munkaterápia is. Az intézményben élők a ház és a gazdaság körüli feladatokat látják el, állatokat tartanak, mezőgazdasági munkát végeznek, de önmaguk környezetét is rendben kell tartaniuk. A munkaterápia során megtanulják strukturálni napjaikat és olyan képességeket sajátíthatnak el, amelyek elengedhetetlenek egy későbbi sikeres munkavállaláshoz.

A terápiás folyamat leginkább azon készségek fejlesztésére helyezi a hangsúlyt, amelyek egy szenvedélybeteg életvitelében korábban nem igazán kaptak szerepet. Így megpróbálják lakóik természetes belső igényévé tenni a rendszerességet, az időbeosztást, az alaposságot, a fegyelmet, a felelősségérzetet, a kitartást, az önállóságot. Betegeiknek mindezeket keresztül módjuk nyílik sikerélményt, önbizalmat és megbecsülést szerezni, továbbá lehetőségük van egy értékteremtő, felelősségteljes élet kialakítására.

A terápia időtartama 12 (6+3+3) hónap. Tekintettel arra, hogy több évtized alatt berögzült személyiségét kell megváltoztatni, szokásokat és problémamegoldó mechanizmusokat kell levetni, ez az idő valóban szükséges.

Az intézmény nagy hangsúlyt fektet az egyéni felelősségvállalásra, ezért a terápiás idő múlásával egyre több és fontosabb feladat hárul gondozottaikra. Először szinte csak a ház körüli munkákkal kell foglalkozniuk, de később koordinátorként a ház napi szintű irányításában is részt vesznek, majd csoportokat is vezethetnek (természetesen a munkatársak felügyelete alatt), ami sikerélménnyel gazdagítja őket. Az új jelentkező érkezése pillanatában mentort kap (aki a



terápiájában már legalább 4 hónapot eltöltött), aki felkarolja, bemutatja neki társait és a ház működését, és igyekszik megerősíteni abban, hogy változtathat az életén. A terápia egyes fázisaiban az előrehaladás során különböző kompetenciákat sajátítanak el, és megtanulják felismerni a visszaesés jeleit is.

4. A Félutas-ház

A program célja a rehabilitációs kezelést sikeresen befejező emberek sorsának továbbkövetése és segítése.

A külső férőhelyeken absztinens szenvedélybetegek kapnak segítséget a társadalomba történő visszailleszkedéshez. Azoknak a talpra állt szenvedélybetegeknek nyújt segítséget, akik lépéseket tesznek azért, hogy józanságukat megtartsák, ápolják, és abban továbblépjenek. A Félutas-ház jelenleg hat férőhelyet biztosít.

A program időtartama 12 hónap, ennyi időt tölthetnek el a házban az ellátottak. Közben fokozatosan kell felvállalniuk az egzisztenciális terheket.

A férőhelyekre való bekerülés egyik feltétele a józanság megtartása, és a házirend maradéktalan elfogadása. Mivel a program szervesen kapcsolódik a noszlopi intézmény munkájához, az ottani terápiás programban résztvevő és azt sikeresen befejező férfi ellátottak jelentkezhetnek a külső férőhelyekre. Megfelelő motiváció hiányában a szociális rászorultság önmagában nem elegendő a bekerüléshez. A szakmai stáb felelőssége a szelektálás, így a felvételiző aktív, pozitív jelenléte a rehabilitációs intézmény terápiája során, alapfeltétele a bekerülésnek. További bekerülési feltétel a bejelentett munkahely.

5. A Szendélybetegek Közösségi Alapellátása

Ez az ellátás **Pápa és Devecser, illetve Sümeg és Ajka kistérségeiben működik,** azonban az egyesület tevékenységéhez szorosan kapcsolódik, és ennek a leírásával válik teljessé az egyesület tevékenységének bemutatása.

Az ellátás célja a lakókörnyezetben történő segítségnyújtás az önálló életvitel fenntartásában, meglévő képességek fenntartása, fejlesztése, pszicho-szociális rehabilitáció, pszichoedukáció, szociális, mentális gondozás, egyéb ellátások igénybevételére való ösztönzés. Elsősorban a saját otthonukban élő, nem akut veszélyeztető állapotú addiktív betegek vehetik igénybe az ellátást, akiknek a betegsége ambuláns szakellátás mellett egyensúlyban tartható, és akik életvitelükben valamint szociális helyzetük javításában igényelnek segítséget.

A közösségi ellátás szakmai tartalma:

- a készségek, képességek felmérése, életviteli készségek fejlesztése, megtartása,
- a szenvedélybetegség tüneteinek ismeretében az állapotváltozás követése, és a változásnak megfelelően szakmai segítségnyújtás, beavatkozás,
- pszichoedukáció, vagyis az ellátott személy és a család számára felvilágosítás nyújtása és a jobb megértés biztosítása, az adott mentális betegségről, a gyógyszeres és egyéb terápiákról, azok céljairól, eszközeiről és lehetőségeiről,
- az egyéni célok elérése érdekében a problémák feltárása, és azok megoldásának elősegítése,
- információ nyújtása a beteg számára az ellátórendszerek különböző szolgáltatásairól,
- szabadidő hasznos eltöltésének strukturálása, a beteg egyéni szükségletei alapján egyéb szolgáltatásokhoz való hozzáférési lehetőségek biztosítása (nyugdíjas klub, társkereső, stb.)



Magyar Vöröskereszt

A Magyar Vöröskereszt a sokrétű segítő tevékenységei mellett részt vállal a szenvedélybetegek segítésében is két ellátástípus működtetésével.

1. A Szendélybetegek Alacsonyküszöbű Ellátó Szolgálata

A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátásának **célja a szenvedélybetegek és közvetlen környezetük minél szélesebb körének elérése**, fogadása és ellátása, a szerhasználatnak, valamint járulékos ártalmainak csökkentése, életvitelbeli változás ösztönzése, elindítása és folyamatos nyomon követése.

A szolgálat törekszik az egészségügyi és szociális szolgáltatások megismertetésére, igénybevételük ösztönzésére.

A szolgáltatás lényege a magasabb küszöbű intézmények felé terelés, az egészségügyi és szociális szolgáltatások megismertetése, használatuk ösztönzése, megkönnyítése a szenvedélybetegek, addiktológiai problémával küzdő személyek számára.

Az „alacsonyküszöbű” azt jelenti, hogy **a szolgáltatás igénybevétele nincs feltételekhez kötve** (pl. betegbiztosítás, térítési díj, absztinencia), akár anonim módon is igényelhető.

A szolgálat az előírásokban szereplő tevékenységek közül az alábbiakat biztosítja:

- megkereső munka szervezése az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében,
- pszicho-szociális intervenció, szociális és mentális gondozás,
- információs, felvilágosító tevékenység folytatása,
- megpihenő klub működtetése,
- fürdési, ruhamosási, ételmelegítési lehetőség biztosítása,
- józanodási, pihenési lehetőség (Drop in)

2. Szendélybetegek Közösségi Ellátása

Az ellátás a szenvedélybetegség más és más szakaszában lévő, eltérő motivációjú, eltérő szociális helyzetű, családi- és társadalmi kapcsolatú szenvedélybetegek, addiktív problémával küzdők megsegítésére irányul.

Az ellátás igénybevétele önkéntes és térítésdíj-mentes.

Az ellátás célja az önálló életvitel visszaállítása, fenntartása, az ehhez szükséges készségek, képességek, tudás elsajátításában való közreműködés révén. A szolgáltatás keretein belül az alkohol, a nikotin, a gyógyszer, a kábítószer, egyéb szer, egyéb ok által előidézett problémák jelentkezésénél, anyagi nehézségeknél, munkahely elvesztésénél, pénz beosztási problémáknál, környezeti konfliktusoknál, meggondolatlan hitelfelvétel esetén, romló lakhatási feltételeknél tudnak segítséget nyújtani.

Az alapszolgáltatásokon felül álláskeresési tanácsadást és munkaerőpiaci információnyújtást is biztosítanak ügyfeleiknek. Továbbá olyan kliensek problémáinak megoldásában segítenek munkatársaik, akik szociális helyzetükből adódó, eseti segítséget igényelnek, de a szenvedélybeteg-ellátás igénybevételi feltételeinek nem felelnek meg.



Lélektér Alapítvány

A Lélektér Alapítvány 2009-ben azzal a céllal jött létre, hogy a 12-30 éves korosztály készségeit, kompetenciáit, ön- és társismeretét fejlessze, és olyan hazai és nemzetközi programokat biztosítson a célcsoportnak, amelyek ezen készségek és képességek fejlődését teszik lehetővé.

Az alapítvány nem kifejezetten a szenvedélybetegek ellátását célozza meg, azonban számos ifjúsági megelőzési programot működtet Veszprémben.

Az ifjúságsegítésben dolgozó megyei és országos civil szervezetekkel rendszeres kapcsolatban állnak. A veszprémi Ifjúsági Házban és kitelepüléseken végzik tevékenységüket, **fő csapásirányuk a drog és szex prevenció, ártalomcsökkentés, ön- és társismeret fejlesztése, fiatalok képzései, tréningjei és szülők, pedagógusok képzései.**

Veszprém Megyei Jogú Város Önkormányzata megbízásából 2015 óta végzik Veszprém városának ifjúsági feladatellátását. Minden városi, fiataloknak szóló rendezvény megszervezésében, koordinálásában markáns szerepet vállalnak. Kiemelkedő a minden évben megrendezésre kerülő Fiatalok napja városi projekt, valamint az Utcazene fesztivál, amelyek megvalósításából szintén részt vállalnak.

A LÉLEKTÉR „**A tér ahol a lelkeddel foglalkozhatsz**” c. ingyenes kiadványukat elérhetővé tették fiatalok, szülők és iskolák részére. A kiadvány hiteles **információt nyújt a drogról, a vonatkozó törvényi háttérrel, kémiai és viselkedési addikciókról**, a generációk közötti különbségekről, az internet veszélyeiről és az önkéntességről.

Munkájuk egyik alapköve a **kortárssegítő képzése**, akik a megszerzett tudás által képessé válnak a környezetükben lévő, problémás, segítséget kérő fiatalok segítésére és szakemberekhez, intézményekhez közvetítésére.

A munkájuk másik szegmense a **nemzetköziség erősítése**, melyet az Erasmus+ program által biztosítanak és évente már közel 100 fiatalot küldenek nemzetközi ifjúsági cserékre, vagy EVS programokra. Ők maguk is EVS fogadó szervezet, és koordinált programjaik által jelenleg 7 önkéntes végzi önkéntes szolgálatát a város különböző akkreditált helyein.

Az évek során számtalan önismereti- készségfejlesztő- konfliktuskezelő- kommunikációs képzésekre nyertek pályázatokat. Elkezdtek online tanácsadásokat is végezni.

További céljuk megtalálni azokat az offline szolgáltatásokat, melyek a fiatalokat kimosztják az online szabadidő eltöltések mellől.

2017-óta a VEDIÖK, a városi diákönkormányzat patronáló szervezeteként is tevékenykednek.

Veszprémi Családsegítő és Gyermejjóléti Integrált Intézmény

Az intézmény az általános és a jogszabályokban előírt szakmai feladatain kívül **addiktológiai konzultáns alkalmazásával** járul hozzá a szenvedélybetegség kezeléséhez egyéni konzultációk, illetve önszolgáltató csoportok működtetésével.

A Veszprémi Rendőrkapitányság és a Veszprém Megyei Rendőr-főkapitányság

Bűnmegelőzési Osztályaik **többféle prevenció program** működtetésével, diákoknak, pedagógusoknak és szülőknek tartott előadásokkal vesznek részt a megelőzési munkában.



Kórházi kezelések

A szenvedélybetegek kórházi kezeléseket a Csolnoky Ferenc Kórház Sümegen található **Pszichiátriai Centrumában**, illetve Győrben, a Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház **Pszichiátriai, Mentálhigiénés és Addiktológiai Osztályán tudnak igénybe venni.**



Határterületek intézkedései: Ifjúságkutatás, ifjúsági stratégia, helyi közösségi fejlesztési stratégia, bűnmegelőzési koncepció, esélyegyenlőségi program



A kábítószer-probléma kezeléséhez olyan intézmények, ágazatok is kapcsolódnak, amelyek tevékenységükön keresztül elsősorban más életterületekre kívánnak hatni vagy olyan szükségleteket igyekeznek kielégíteni, amelyek csak közvetetten vannak kapcsolatban a drogüggyel. Ennek ellenére **célcsoportjaikon vagy az általuk kezelt problémátípusokon keresztül szerves részévé válnak a kábítószerügyi szakmapolitikának.** Ezek az ágazatokat nevezzük határterületeknek.

Ennek megfelelően a helyzetelemzés részeként **át kell tekinteni azokat a célkitűzéseket vagy intézkedéseket, amelyeket a kábítószerügyi szakmapolitika részévé tehetünk.** A tervezést így összehangolttá, a cselekvéseket hatékonyabbá tehetjük.

A közös metszeteket az önkormányzati **ifjúságügy területén, valamint a helyi közösségi fejlesztési feladatkör mentén vizsgáltuk.** Ebben a munkában nagymértékben támaszkodhattunk a Képviselőtestület által 2014-ben elfogadott ifjúsági koncepcióra, továbbá a **24 tagot számláló „Veszprém az Élhető Város Helyi Közösség”** (Helyi Akciócsoport, HACS) részéről 2016-ban megalkotott, majd 2018-ban módosított **„Helyi közösségi fejlesztési stratégiára”.**

Az önkormányzat **Helyi Esélyegyenlőségi Programjában** (felülvizsgálva 2019-ben) foglaltakat, valamint a város 2016-ban elfogadott **Közbiztonsági és Bűnmegelőzési Koncepciójában** megfogalmazott, 2025-ig tervezett intézkedéseket is elemeztük.

Ifjúságügy

A legutóbbi veszprémi **ifjúságkutatás,** illetve az **ifjúsági koncepció** megállapításai közül az alábbiakat emeljük ki kábítószerügyi-relevanciájuk okán:

- A szabadidő eltöltése során a fiatalok szinte mindegyike **napi szinten internetezik,** többségük elégedett a városban található sportolási és szórakozási lehetőségekkel.
- **Kiemelt értéknek** rögzíti a dokumentum a generációk egymás iránt érzett felelős gondolkodását, felelősségtudatát és felelősségvállalását. Ugyanígy a **másság elfogadását** (mindenféle fizikai és társadalmi másság, speciális bánásmódot igénylő állapot integrált kezelése).
- A cselekvési terv egyik **alapelvéként** határozza meg a következőt: a fiatalok életének segítését, személyiségük és **konstruktív életvezetésük kialakítását formális és informális hálózati kapcsolatokon keresztül kell megvalósítani** nem pedig központosított intézményrendszeren keresztül.
- A fókuszpontok sorában a következőket találjuk:
 - **rekreáció:** a fiatalok szabadidős szokásai, kulturális, művelődési, szórakozási, fizikai, lelki és szellemi rekreációs lehetőségei, az intézmények, szervezetek szerepe, hagyományos és újszerű ifjúsági programok, ifjúsági közösségi terek fejlesztése.

- **gyermek- és ifjúságvédelem:** egészséges életmód, prevenció programok, képzések, szociális problémák, deviancia, mentálhigiénés jelzőrendszer stb.
- Az ifjúsági koncepcióban **kulcsproblémaként** (prioritása, sürgőssége 5-ös skálán 5) határozzák meg a **prevenció és az életmód helyzetét**. Rögzítik, hogy az „iskolákból hiányzik a rendszeres keretek között folytatott prevenció (egészségmegőrzés, alkohol, drog)... Továbbá hiányzik az a környezet, ahol a fiatalok biztonságosan szórakozhatnak, ahol a szülőknek nem kell félniük, hogy gyermekük egészségre káros vagy kockázatos helyzetbe kerül.”
A **problémakörhöz kapcsolt feladatot így határozzák meg:** „Tudatos felnőttek nevelése; egészséges életmód kialakítása; ártalomcsökkentés; biztonságos szórakozóhelyek kialakítása.”

Az ifjúsági koncepció hosszútávon, **15 éves időtartamban jelölte ki a feladatokat**. 2021-ben zárulnak a dokumentumban tervezett középtávú intézkedések, így ezek közül többet is aktuálisnak és érvényesnek tekintünk a kábítószerügyi stratégia metszeteiben is.

Közösségi fejlesztés

A **HACS** kezdeményezésére végzett elemzés-felmérésből, illetve a **közösségfejlesztési stratégiából** az alábbiakat emeljük ki kábítószerügyi-relevanciájuk okán:

Az **ifjúsági szervezetek számát alacsonynak ítélik**, szerepüket a helyi társadalom életében nem tartják meghatározónak. Kevésbé kiépítettek, formalizáltak, azonban a lakótelepekhez kötődő szervezetek jól kiépítettek a dokumentum szerint.

A **közbiztonság** helyzete kapcsán a következő megállapítást teszik: „Veszprém a legbiztonságosabb megyeszékhely hazánkban. A rendőrség aktívan együttműködik a város polgárőr szervezetével, melyet az önkormányzat kiemelten támogat. A városban fokozott figyelem hárul a gyermekek biztonságára, valamint az idősek támogatására. A város vezetése a rendőrséggel közösen működteti a 86 kamerával támogatott térfigyelő rendszert.”

Az **egészségfejlesztési szemlélet** a város korstruktúrája kapcsán explicit módon megjelenik: „A Veszprémre is jellemző idősödő társadalom miatt az egészségügyi rendszer fenntarthatósága csökkenni fog, ezért a megelőzés, az egészségtudatos életmódra való szoktatás kiemelkedő fontosságúvá válik.”

A szükséges fejlesztések körében említi a dokumentum a **közösségi szemlélet fontosságát**, egyben hiátusait. Megállapítják, hogy a helyi közösségek közötti kapcsolatok, **együttműködések szintje kifejezetten alacsonnyá vált**, így „a társadalmi integráció, az egyes közösségek elveinek, szempontjainak megértése, elfogadása, értékeinek saját közösségbe építése is alacsony fokú marad.”

Ugyancsak **fejlesztési szükségletként értelmezi az egészségkultúra javítását** elsősorban a szabadtéri mozgás fontosságával kapcsolatos szemléletformálással, képzéssel, oktatással, programok szervezésével, eszközök biztosításával, egészségtudatos közösségek építésével.

A **specifikus célok körében** rögzíti a dokumentum, hogy szükség van a **közösségi terek funkcióbővítő minőségi és mennyiségi fejlesztésére, átalakítására, bővítésére**.

Esélyegyenlőség

A dokumentum a jogszabályi előírásokra építve fogalmaz meg alapelveket és intézkedéseket. A **célcsoport definíciója** szerint minden **hátrányos helyzetű társadalmi csoportra** (így értelemszerűen a szerhasználók, drogfüggők is) kiterjed a program hatóköre, de kiemelten a mélyszegénységben, fogyatékossgal élők, a romák, a gyermekek, a nők és az idősek kerülnek fókuszba.



Általános alapelvként fogalmazzák meg az **egyenlő hozzáférés** biztosítását a közszolgáltatásokhoz, az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz, valamint a hátrányos helyzetű személyek munkaerő-piaci hátrányainak csökkentését, foglalkoztatási esélyeik javítását.

A dokumentum hangsúlyossá teszi az **egyenlő bánásmód kívánalmának érvényesítését** az Önkormányzat által fenntartott vagy támogatott intézményekben, az általa ellenőrzött szolgáltatásokban.

Bűnmegelőzés

A hatályban lévő koncepció több megközelítésben is érinti a kábítószerügyet. A **közösségi együttműködés, a prevenció és a kínálatcsökkentés** feladatairól, jellemzőiről is fontos megállapításokat tesz. Ezek közül a legfontosabbakat kiemeljük:

- Rögzíti a dokumentum, hogy a bűnmegelőzési koncepció és a kábítószerügyi stratégia megvalósításában egyaránt **kiemelt szerep jut a Fórumnak**: *„A KEF által biztosított szervezett együttműködési keretek kihagyásával a Koncepció drogok elleni kiemelt célkitűzései nehezen tudnak megvalósulni.”*
- A Veszprémi Rendőrkapitányság szerepvállalása a drogprevenció területén leginkább a **bűnmegelőzési tanácsadók** tevékenységében testesül meg. Az általános és középiskolákban végzik tevékenységüket munkatársaik.
- Ugyancsak a prevenció kapcsán szerepel a dokumentumban: *„A **„Szertelenül, vidáman”** című iskolai egészségfejlesztési programtámogatást ítélték meg az Országos Egészségfejlesztési Intézetben tartott döntési bizottsági ülésen. A program keretében csak az arra engedéllyel rendelkező szervezetek végezhetnek iskolai prevenció, felvilágosító tevékenységet, városunkban az Alkohol- és Drogsegély Ambulancia.... a Veszprém Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály egészségfejlesztő munkatársai, valamint a Veszprémi Rendőrkapitányság bekapcsolódásával végzik, illetve folyamatosan zajlik az összehangolt drogprevenció tevékenység.” (*megjegyzés: a programot jelenleg önállóan működteti az Ambulancia)*
- A nagy hagyománnyal bíró **DADA programot** is számba veszi a koncepció, amit a Veszprém Megyei Rendőr-főkapitányság Bűnmegelőzési Osztálya koordinál.
- Az **önkormányzat bűnmegelőzésben betöltött szerepét** az együttműködő közösségek programjában határozza meg a dokumentum: *„A kábítószer prevenció területén az új nemzeti drogstratégiában meghatározott célok megvalósulása érdekében szükséges egy megújult együttműködési rendszer kiépítése a prevencióban részt vevő összes társszervezettel és hatósággal. A cél ennek keretében új programok, felvilágosító rendezvények beindítása főként a középiskolás korcsoport – mint a legveszélyeztetettebb populáció – körében. A tevékenységbe bevonásra kerül a bűnmegelőzési tanácsadó is, aki napi tevékenységét éppen ebben a veszélyeztetett körben látja el.”*
- **Hosszútávú, konkrét tevékenységet** is meghatároz a koncepció: *„A rendőrséggel közösen, a 2014. évben megkezdett drog- és erőszakmentes iskola programot a 2015-2020-2025 közötti években is folytatni kell, amelytől a bűnmegelőzési tanácsadó munkájának kiteljesedésével, a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények számának további csökkenését várjuk.”*
- A **térfigyelő-rendszer** jelentőségét hangsúlyozzák és a fejlesztésről adnak számot: *„A Veszprémi Rendőrkapitányság 2010-ben kezdte meg a térfigyelő rendszer kiépítését. A következő években az Önkormányzat beruházásában folyamatos bővítés történt. 2015-ben a Belügyminisztérium által biztosított pályázati forrásból újabb kamerák elhelyezésére került sor.”*
- Kifejezetten a fiatalok számára, **bűnmegelőzési megfontolásból** nemzetközi és budapesti tapasztalatokra alapulva, a Bűnmegelőzési Bizottság támogatásával Veszprémben is elindult a



„**Holdsugár Program**”: a cél, hogy a veszprémi lakótelepeken csoportokba verődve, vagy magányosan csellengő fiatalok a hétfői, péntek és/vagy szombat estéket 18 órától 24 óráig sporttal töltsék el kulturált környezetben, emberséges bánásmód mellett.

A Holdsugár Program először a Veszprémi Rendőrkapitányság és az Alkohol-Drogsegély Ambulancia közös bűnmegelőzési pályázata keretei között valósult meg, később pedig az Ambulancia EU-s forrásból folytatta a projektet, jelenleg a nappal működő Napsugár Klubbal egy épületben fogadja a fiatalokat. Az épületrészt VMJV Önkormányzata felajánlásából használják. A Napsugár és a Holdsugár Program is népszerű a környéken élő fiatalok számára.



BEAVATKOZÁSI TERÜLETEK ÉS CÉLKITŰZÉSEK

Az Európai Unió és Magyarország



Stratégiánk egyszerre illeszkedik az uniós és hazai szakpolitikai keretrendszerhez, célkitűzéseiben és eszközrendszerében felsorakoztatja mindazokat, amelyek az európai és magyarországi drogpolitika elfogadott megoldásai. A megfelelő kontextus biztosítása, illetve az átjárhatóság és kompatibilitás érdekében a beavatkozások és célkitűzések közösségi és nemzeti szintjeit leíró jelleggel áttekintjük.

Az EU 2021-2025-közötti időszakra elfogadott kábítószer-elleni stratégiájának célja **„a társadalom és az egyén jólétének védelme és javítása, a közegészség védelme és előmozdítása, a lakosság magas szintű biztonságának és jólétének biztosítása, továbbá az egészségműveltség fokozása.”**

A stratégia tényeken alapuló, integrált, kiegyensúlyozott és multidiszciplináris megközelítést alkalmaz a kábítószer-jelenséggel kapcsolatban nemzeti, uniós és nemzetközi szinten egyaránt. Magában foglalja a nemek közötti egyenlőség és az egészség terén megvalósuló egyenlőség szempontját is.

A stratégia elsősorban az uniós jog alapelvein alapul, és minden tekintetben képviseli az EU alapvető értékeit: **az emberi méltóság, a szabadság, a demokrácia, az egyenlőség, a szolidaritás, a jogállamiság és az emberi jogok tiszteletben tartását.** A stratégia a Lisszaboni Szerződésben meghatározott elvek alapján, valamint az EU és az egyes tagállamok hatásköreinek figyelembevételével készült. Ennek során **kellő figyelmet kap a szubszidiaritás és az arányosság elve,** hiszen a stratégia **a nemzeti stratégiák értékét kívánja növelni, a nemzeti szükségletek és jogszabályok tiszteletben tartása mellett.**

Az EU stratégiájának első pillére a kábítószer-kínálat csökkentése és a biztonság növelése.

A kábítószer-kínálat csökkentése magában foglalja a kábítószerrel kapcsolatos – különösen a szervezett – bűnözés megelőzését, az attól való eltérítést és annak ellehetetlenítését, ami igazságügyi és bűnüldözési együttműködésen, hírszerzésen, betiltáson, a bűncselekményből származó vagyon elkobzásán, nyomozásokon és határigazgatáson keresztül történik. Ezt a prioritási területet a 2013–2020-as stratégiához képest továbbfejlesztették az európai kábítószerpiacokon tapasztalható aggasztó fejleményekre való reagálás érdekében.

Második pillér a kábítószer iránti kereslet csökkentése, a megelőzés, kezelés és ellátás biztosítása.

A kábítószer iránti kereslet csökkentése egy sor egyenlően fontos és egymást kölcsönösen erősítő intézkedésből áll, ideértve a (környezeti, egyetemes, szelektív és indikált) megelőzést, a korai észlelést és beavatkozást, a tanácsadást, a kezelést, a rehabilitációt, valamint a társadalmi visszailleszkedés és a felépülés támogatását. Ezeket az intézkedéseket más egészségügyi és szociális támogató szervezetekkel szoros együttműködésben kell kidolgozni. A Covid19-válság rávilágított továbbá arra, hogy biztosítani kell ezen intézkedések folytonosságát.

Harmadik pillér a kábítószerrel összefüggő ártalmak kezelése.

A kábítószer-használat egészségügyi és társadalmi ártalmakkal járhat az azt használók, de a családjuk és a szélesebb közösség számára is. A pillérhez ezért azok az intézkedések és szakpolitikák állnak kapcsolódnak, amelyekkel megelőzhető és csökkenthető az esetleges egészségügyi és társadalmi kockázatok és ártalmak a kábítószer-fogyasztók és a társadalom számára, valamint a büntetés-végrehajtási intézetekben. Olyan aspektusokra terjed ki, mint a kábítószerrel összefüggő fertőző betegségek prevalenciája és incidenciája, a túladagolás és a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálos esetek megelőzése, valamint kényszerítő szankciók alternatíváinak biztosítása

A stratégia három. a szakpolitikai területeket támogató horizontális témát is meghatároz:

- **nemzetközi együttműködés:** az emberközpontú, az emberi jogokat szem előtt tartó drogpolitika globális előmozdításában az EU által betöltött szerep fokozása a harmadik országokkal, régiókkal és regionális szervezetekkel való együttműködés révén a fejlesztésorientált drogpolitikák és az alternatív fejlesztési intézkedések iránti elkötelezettség megerősítésével egyidejűleg
- **kutatás, innováció és előrelátás:** az ahhoz szükséges átfogó kutatási és előrelátási kapacitások biztosítása az EU és a tagállamok számára, hogy agilisebb és proaktívabb módon kezelhessék a kábítószerrel kapcsolatos kihívásokat, valamint a jövőbeli kihívások kezelésére való felkészültség fokozása
- **koordináció, irányítás és végrehajtás:** a stratégia optimális végrehajtásának biztosítása, többek között a Kábítószer és a Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) és az Europol által végzett kulcsfontosságú munka révén, a civil társadalom bevonása, valamint mind uniós, mind nemzeti szinten a fentiek megvalósításához szükséges, megfelelő erőforrások rendelkezésre bocsátása.

A pillérekhez rendelt 10 stratégiai prioritást is meghatároztak:

Az uniós tagállamokban működő, azokból származó vagy azokat célzó, nagy kockázatot jelentő bűnszervezetek ellehetetlenítése és felszámolása; az egyéb biztonsági fenyegetésekkel való összefüggések kezelése és a bűnmegelőzés javítása.

A kábítószer és kábítószer-prekursorok tiltott nagykereskedelmének jobb felderítése az uniós belépési és kilépési pontokon.

A logisztikai és digitális csatornáknak a tiltott kábítószer közepes és kis volumenű terjesztésére való kihasználása elleni fellépés, valamint az e csatornákon keresztül csempészett tiltott anyagok nagyobb arányú lefoglalása, szoros együttműködésben a magánszektoralal.

A tiltott kábítószer-előállítás felszámolása és az illegális termesztés elleni küzdelem, a kábítószer-prekursorok tiltott kábítószer-előállítás céljából történő eltérítésének és kereskedelmének megelőzése, valamint a környezeti károk kezelése.

A kábítószer-használat megelőzése és a kábítószer káros hatásainak tudatosítása.

A kezelést és ellátást biztosító szolgáltatások megerősítése és az azokhoz való hozzáférés biztosítása.

Kockázat- és ártalomcsökkentési beavatkozások és egyéb intézkedések a kábítószer-fogyasztók védelmére és támogatására.



A büntetés-végrehajtási intézetekben és a szabadon bocsátást követően kábítószerrel fogyasztó személyek egészségügyi és szociális szükségleteinek kezelése.

A harmadik országokkal, régiókkal, nemzetközi és regionális szervezetekkel, valamint multilaterális szinten folytatott nemzetközi együttműködés megerősítése, a stratégiában foglalt megközelítés és célkitűzések megvalósítása érdekében, többek között a fejlesztés területén. Az emberközpontú, az emberi jogokat szem előtt tartó drogpolitika globális előmozdításában az EU által betöltött szerep fokozása.

Szinergiák kialakítása annak érdekében, hogy az EU-nak és tagállamainak rendelkezésére álljon az ahhoz szükséges átfogó kutatási tényanyag, valamint előrelátásra szolgáló kapacitás, hogy hatékonyabb, innovatívabb és agilisabb megközelítést alkalmazhassanak a kábítószerrel kapcsolatos, egyre összetettebbé váló jelenség kapcsán, valamint hogy az EU és tagállamai felkészültebben reagálhassanak a jövőbeli kihívásokra és válságokra.

Magyarországon 2021 első félévében nincs érvényben lévő nemzeti kábítószerügyi stratégia. Vélelmezhető, hogy a 2020-ig hatályos stratégia későbbi megújításakor a korábbival megegyező alapelvek, szakmai és politikai megközelítések lesznek a meghatározóak. Ennek megfelelően a helyi stratégiák megalkotásakor át kell tekinteni és figyelembe kell venni az

Országgyűlés által határozatban megerősített dokumentumot.

2013 októberében született meg a 80/2013. (X.16.) számú Országgyűlési Határozat a „**Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013–2020**”, amely a „*Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószerbűnözés ellen*” alcímet viseli.

A stratégia **értékközvetítésének** középpontjában a **tiszta tudat és józanság, valamint az egészségfejlesztés, egészséges életmód kultúrája, illetve a kezelés és ellátás felépülés-központú szemléletmódja és a közösségi részvétel fontossága áll.**

A Nemzeti Drogellenes Stratégia alapját képezik a vonatkozó *ENSZ-egyezmények, az Egységes Kábítószer Egyezmény (1961), a Pszichotróp Anyagokról szóló Egyezmény (1971), a Kábítószer és Pszichotróp Anyagok Tiltott Forgalmazása Elleni Egyezmény (1988)*, amelyek a kábítószer-probléma kezelésének fontos jogi eszközei.

A stratégia **alapértékei** az **élethez, emberi méltósághoz, egészséghez való jog, a személyes és közösségi felelősségvállalás, a közösségi aktivitás, együttműködés és tudományos megalapozottság.**

Három beavatkozási területen állapít meg fejlesztési irányokat: *az egészségfejlesztés és kábítószermegelőzés; a kezelés, ellátás, felépülés-központú megközelítés; valamint a kínálatcsökkentési beavatkozások.*

A kábítószer-probléma visszaszorítása **elsősorban helyi szintű kezdeményezések** ösztönzését, megerősítését igényli, a közösségi–civil–állami–egyházi–szakmai hálózat szoros együttműködésével, szerepvállalásával.

A stratégia a hatékonyság ellenőrzését segítő különböző indikátorokat is meghatároz. **Legátfogóbb célkitűzése** az érték szemlélet kívánatos irányú változása, az egészséges életvitelt szolgáló kezdeményezések hatókörének bővülése és a problémával való megküzdés érdekében a szakmai és közösségi válaszképesség erősítése.



Az **új módszertani alapelvek** kialakításánál – a társadalompolitikai és tömegkommunikációs erőterek bekapcsolására, – a józanság kultúrájának és a proszociális megküzdési módoknak a terjesztésére, – a közösségek mozgósítására, erősítésére, köztük a drogfogyasztás leküzdésére és a bajbajutottak segítésére összpontosítottak.

A stratégia az **alappillérek mentén határoz meg általános célokat:**

Az értékszemplélet kívánatos irányú változását várja, az egészséges életvitelt szolgáló kezdeményezések hatókörének bővülését és a problémával való megküzdés érdekében a szakmai és közösségi válaszképesség erősítését támogatja.

Növekedjék az olyan programok és kezdeményezések száma, amelyek bátorítják és megerősítik a kábítószereket nem fogyasztó fiatalokat, illetve népszerűsítik a szermentes életformát. A megelőzési programok tervezése során fordítódjon kiemelt figyelem a család szerepének megerősítésére és a szülői szerepre való felkészülésre.

Csökkenjen a kábítószereket kipróbáló, illetve alkalmoszerűen használó serdülők adott korosztályonbelüli aránya. Alakuljon ki a gyermek- és fi atalkorúak addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer, amely a valós szükségleteknek megfelelő országos lefedettséggel és általános hozzáféréssel működik.

Javuljon a szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetősége és országos lefedettsége.

A problémás szerhasználók és függők körén belül növekedjék a kezelésbe kerülők aránya, és törekedni kell a megfelelő ideig történő kezelésben tartásukra.

Az ellátás minőségének és hatékonyságának értékelése érdekében törekedni kell a minőség biztosítási követelményrendszer kialakítására. Csak megfelelő szakmai ajánlással rendelkező és monitorozott egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, a köznevelési intézmények tevékenységét is beleértve. Az egészségügyi és szociális szolgáltatók a vonatkozó szakmai irányelvek alapján végezzék tevékenységüket, és a szolgáltatók mindegyikénél történjen rendszeres klinikai vagy szociális intézményi minőségbiztosítási audit.

A rendelkezésre álló források és szervezeti keretek között növelni kell a rendőrségi fellépés hatékonyságát.

Erősödjék a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalása és koordinációs tevékenysége. Minden járásban működjön helyi kábítószerügyi egyeztető fórum, a kormányhivatalok, helyi önkormányzatok, egyházi és civil szereplők, valamint a köznevelési intézmények, az érintett egészségügyi és szociális ellátók részvételével.

Kerüljön felülvizsgálatra a Lelki Egészség Országos Programja, valamint elfogadásra az alkoholprobléma visszaszorítását célzó szakpolitikai program, illetve történjék meg azok drogellenes stratégiával való összehangolása.

Javuljon az ágazatok közötti, illetve a helyi és nemzeti szintű együttműködések hatékonysága.



Veszprém



A stratégia eszközei

- Önkormányzati döntések: a kapcsolódó szakpolitikai területeken születő döntésekkel segíteni szükséges a stratégia megvalósulását
- Önkormányzat, helyi intézmények, civil szervezetek együttműködése: fejlesztési feladatokat valósítanak meg a megelőző-egészségfejlesztő tevékenységet végző állami, önkormányzati és civil szervezetek. a gyógyításban résztvevő intézmények, valamint a drogok hozzáférhetőségét

csökkentő és a drogokhoz kapcsolódó bűnözést visszaszorítani hivatott állami szervezetek, ezek saját vagy külső erőforrások bevonásával és megosztásával támogatják az együttműködés eredményességét.

- Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működésének erősítése: a helyi együttműködés és koordináció szervezeti formája. Célja, hogy a helyi stratégiában rögzítettek az együttműködések keresztül megvalósuljanak. Az együttműködés erősítésére szükséges, hogy további tagintézmények kapcsolódjanak be a KEF munkájába. A tevékenységet elősegíti az intézmények közötti együttműködés és az évek során kialakult információáramlás, valamint az intézmények között működő jelzőrendszer

A stratégia színterei

- Köznevelési, közművelődési intézmények
- Családok
- Alternatív szabadidős helyek
- Civil szervezetek
- Helyi média
- Gyermekvédelem intézményrendszere
- Veszélyeztetett állapotok, kockázati csoportok:
 - Halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek
 - Alkoholista/droghasználó szülők gyermekei
 - Iskolából távolmaradó, szökött, csavargó gyerekek
 - Lelkileg veszélyeztetett gyermekek és serdülők
 - Gyermekvédelmi szakellátásban – gyermekotthonban – élő gyermekek, fiatalok
 - A büntető-igazságszolgáltatás intézményrendszerében tartózkodó, vagy onnan szabadult fiatalok és felnőttek

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉS KÁBÍTÓSZER-MEGELŐZÉS

RÖVIDTÁVÚ FELADATOK (2022-2023)	
R1	Képzések szervezése: a kábítószer-használat, a viselkedési addikciók felismerését támogató, az intézményi prevenciók tevékenységeket fejlesztő képzések biztosítása a stratégia színterein tevékenykedők számára. Külön tevékenységként az iskolai drogügyi koordinátorok , illetve az iskolai szociális munkások képzésének kialakítása.
R2	A KEF koordinációs szerepének megerősítése: a koordinációs és stratégia-megvalósító szerephez szükséges szervezeti és finanszírozási feltételek biztosítása .
R3	Városi adatbázis és dokumentáció: a kábítószerprobléma kezeléséhez kapcsolódó tevékenységeket, szolgáltatásokat, programokat és eredményeket tartalmazó és karmantartott, nyílt elérésű adatbázis létrehozása.
R4	Egészségfejlesztési-és drogmegelőzési programok folytatása a köznevelési intézményekben: elsősorban a külső közreműködőkre épített (lásd R3), rendszer-szerűen működtetett, korszerű eszközöket és módszereket felvonultató programok térnyerésének támogatása.
R5	Biztonságos szórakozóhely protokoll, minősítés és védjegy: a biztonságos szórakozóhely sztenderdjeinek kialakítása, a minősítési eljárás kidolgozása, a csatlakozási lehetőség felkínálása (védjegyrendszer) az EKF2023-hoz is kapcsolódóan .
R6	Konszenzus Konferenciák: évente szakmai egyeztetés szervezése a kábítószerügyi stratégia megvalósulásáról, a végrehajtás során felmerülő kérdések, tapasztalatok megvitatására, a szükséges korrekciók meghatározására.
R7	Post-Covid a viselkedési addikciókban: a pandémia alatt változó, illetve kialakult szokások addiktív jegyeire és következményeire felhívó ismeretterjesztő közösségimédia-kampány a teljes népességre kiterjedően.
R8	A Napsugár Klub és a Holdszugár Klub működésének folytatásához szükséges feltételek megteremtése. A klubok helyet adnak a lakótelepi fiataloknak a szabadidő hasznos eltöltésére és a segítségkérés, közösségépítés lehetőségére. Ugyanitt működhetne tovább a drogprevenciók szabadulószoja is.

KÖZÉPTÁVÚ FELADATOK (2024)	
K1	Drogügyi koordinátor-hálózat a köznevelésben: az intézményben jelen lévő, a témához kapcsolódó képzésen részt vett dedikált szakember kijelölése (pedagógus, iskolai szociális munkás, egyéb szakmai segítő, stb.).
K2	„Szülők iskolája 2.0” A családok érzékenyebbé tétele a kábítószerproblémák felismerésében és kezelésében: a közösségimédia felhasználásával tartalmak generálása és kampányok indítása kifejezetten a szülőkre, felnőtt közegre fókuszálva.
K3	Munkahelyi egészségfejlesztési programok kialakítása, nagyvállalatok bevonása
K4	„Beyond Trip - A szeren túl” - Alternatív, drogmentes szórakozóhelyek kialakítási lehetőségének vizsgálata: az EKF infrastruktúrájára is gondolva annak vizsgálata, hogy a szórakozást, technológiai attrakciókat, a művészeteket és a sportot egyszerre felkínáló, azonban a drogmentességet is megkövetelő alternatív szabadidő-eltöltési tér kialakítható-e és milyen feltételekkel.
K5	„MyAddicts” – Addikciós gyorsteszt fejlesztése: kifejezetten a viselkedési addikciók vonatkozásában önértékelésre alkalmas, az online térben alkalmazható mérőeszköz szakmai-módszertani fejlesztése
K6	Interaktív foglalkozások bevezetése a középiskolások alkoholfogyasztásának visszaszorítására (pl. a Collingwood Learning által kifejlesztett Szétcsúsztva program).
K7	Prevenációs foglalkozás kialakítása a fiatalok körében kialakult „rohamivászat” visszaszorítására: Junibor-kostolók (fiatal borászok szervezete közreműködésével) a kulturált alkoholfogyasztás népszerűsítésére.



K8	Iskolai médiumok (iskolarádió, iskolaújság) és a diákönkormányzatok bevonása a drogprevenációs tartalmak megosztására.
----	---

HOSSZÚTÁVÚ FELADATOK (2025)	
H1	Ötletpályázat: a következő időszakra szóló stratégia megalapozásához a 14-29 éves korosztály, illetve a szakemberek köréből javaslatok gyűjtése, a kiválasztott ötletek kidolgozásában részt vesz az ötletgazda, illetve díjazásban részesül.
H2	„MyAddicts” – Addikciós gyorseszteszt platform fejlesztése: a viselkedési addikciók önértékeléséhez online térben alkalmazható platform (web, app) fejlesztése és hozzáférhetővé tétele.
H3	A sportolást, a természetjárást, az egészség megőrzését és az általános erőnlét fejlesztését népszerűsítő programok megvalósítása, az ezeket a tevékenységeket az életvitelükbe integráló fiatalok példaképként állítása. (Pl. Rasovszky Kristóf, Kalmár Ákos úszók, Bartha-Kéri Bianka és Szögi István atléták vagy a veszprémi tájfutók)



KEZELÉS, ELLÁTÁS, FELÉPÜLÉS

RÖVIDTÁVÚ FELADATOK (2022-2023)	
R1	Szenvedélybetegek rehabilitációs intézményének fejlesztése: a kapacitások és a szolgáltatások bővítése, a noszlopi intézmény népszerűsítése, megismertetése a lakossággal.
R2	Utógondozási szolgáltatások fejlesztése: a felépülő függők számára igénybe vehető támogató ellátások biztosítása
R3	Post-Covid Coaching: a krízisben leginkább érintett mikro-vállalkozásoknak coaching-csomag biztosítása, amiben pénzügyi, kríziskezelési és mentálhigiénés (ennek részeként addiktológiai) elemek is megjelennek. Post-covid mentálteszt fejlesztése, amit anonim kitölthet bárki, az eredményt azonnal látja és megismerheti veszélyeztetettségének szintjét az addiktív-hajlam tekintetében, ezt követően közvetlenül jelentkezhet tanácsadói konzultációra.
R4	Viselkedési addikciókhoz kapcsolódó tanácsadás: elsősorban az online tartalmak fogyasztásához és ezen felületek használatához kapcsolódó problémák körében tanácsadási módszertan és a kínálat kialakítása.

KÖZÉPTÁVÚ FELADATOK (2024)	
K1	Addiktológiai osztály létesítése Veszprémben.
K2	Viselkedési addikciók terápiás intézménye: a tanácsadások, szolgáltatások, közösségi aktivitások, prevenciós és PR-tevékenységek komplex működtetésére alkalmas szakmai és intézményi háttér kialakítása,
K3	Mindennapi addikcióinkkal, nemzetünk általános egészségi állapotával szembesítő kampány indítása a változás igényének felébresztésével.
K4	Az addikciók kezelésében a családrendszer szemléletű megközelítés alkalmazása, ennek módszertani támogatása („a drogos családtag a család hibás működésének a tünete”).
K5	A felépülés támogatásában az egyházak szakmai és módszertani részvételének kidolgozása, elindítása.

HOSSZÚTÁVÚ FELADATOK (2025)	
H1	Szenvedélybetegek rehabilitációs otthona Veszprémben: a noszlopi intézményhez kapcsoltnan veszprémi egység létesítése, nők számára is igénybe vehető ellátás biztosításával.
H2	Gyermek-addikcióval foglalkozó szakmai egység kialakítása a pszichiátrián belül, kórházi férőhelyekkel együtt.



KÍNÁLATCSÖKKENTÉS

RÖVIDTÁVÚ FELADATOK (2022-2023)

R1	A térfigyelő-rendszer fejlesztése az iskolák és szórakozóhelyek környékén az utcai kábítószer-kereskedelem visszaszorítására.
R2	Jó gyakorlatok elemzése: a kínálatcsökkentésben alkalmazott hazai jó gyakorlatok feltérképezése, alkalmazhatóságuk vizsgálata

KÖZÉPTÁVÚ FELADATOK (2024)

K1	Új elemek bevezetése a kínálatcsökkentésben: a jó gyakorlatok adaptálása.
K2	A térfigyelő-rendszer továbbfejlesztése az iskolák és szórakozóhelyek környékén az utcai kábítószer-kereskedelem visszaszorítására.
K3	Az oktatási intézményekben dolgozó, vagy munkájukat azokkal szoros együttműködésben végző személyek oktatása, érzékenyítése a drogproblémák felismerésére, különös tekintettel a dizájnerdrogokra.

HOSSZÚTÁVÚ FELADATOK (2025)

H1	A térfigyelő-rendszer továbbfejlesztése az iskolák és szórakozóhelyek környékén az utcai kábítószer-kereskedelem visszaszorítására.
H2	Az oktatási intézményekben dolgozó, vagy munkájukat azokkal szoros együttműködésben végző személyeknél keletkező bűnügyileg releváns információk összegyűjtése és azok felhasználása a bűnüldöző tevékenység során.



Függelék

Elemzett adatkörök jegyzéke

- A büntetés-végrehajtási intézetek kábítószerügyi helyzete
- A dohányzás elterjedtsége a 16 éves korosztály körében
- A jogi keretek alakulása
- A kábítószerbűnözés és kábítószerpiac alakulása
- A kábítószerpolitika jellemzői
- A kezeléssel összefüggő tevékenységek
- A szerfogyasztás elterjedtsége a 16 évesek körében
- Alacsonyküszöbű szolgáltatások
- Az alkoholfogyasztás elterjedtsége a 16 évesek körében
- Az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos szolgáltatások
- Az ifjúság szabadidő-eltöltési és információszerzési szokásai
- Az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos folyamatok
- Hozzáférhetőség a 16 évesek körében
- Lefoglalási laboratóriumi vizsgálatok
- Médiamegjelenési és keresési terdek
- Népszétségstatisztikai és demográfiai adatok
- Országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról
- Prevenációs tevékenységek, kínálat
- Rendőrségi, ügyészségi és bírósági vonatkozások
- Veszélyérzet a 16 évesek körében
- Viselkedési addikciók jellemzői a fiatalok körében

Felhasznált nemzetközi, országos és helyi hatókörű dokumentumok

- 2020-as éves jelentés (2019-es adatok) az EMCDDA számára (készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont)
- A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei (Budapesti Corvinus Egyetem MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport)
- Az EU 2021–2025 közötti időszakra szóló kábítószer elleni programja és cselekvési terve – az Európai Bizottság közleménye
- Az Európai Unió Tanácsa Kábítószer-elleni stratégiája
- Drogrporter portál elemzései (Jogriporter Alapítvány)
- Európai Kábítószer Jelentés 2020 (European Drug Report)– European Drug Market
- KEF Kézikönyv kiegészítő segédanyag (Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet – Nemzeti Drogmegelőzési Iroda)
- Konzultáció a fiatalok viselkedési addikcióiról - a veszprémi ifjúságsegítők tapasztalatai alapján (KEF, Lélektér Alapítvány)
- Problematic Online Gaming - Behavioral Addictions (Academic Press – Orsolya Király, Katalin Nagygyörgy, Mark D.Griffiths, Zsolt Demetrovics)
- Veszprém az élhető város – Helyi közösségi fejlesztési stratégia
- Veszprém MJV Helyi Esélyegyenlőségi Programja
- Veszprém MJV Ifjúsági koncepciója
- Veszprém MJV Kábítószerügyi stratégiája (korábbi)
- Veszprém MJV Közbiztonsági és Bűnmegelőzési Koncepciója
- Veszprém városi ifjúságkutatás (Várfok Alapítvány – Echo Kutatóintézet)
- Viselkedési addikciók: spektrumszemléletű kutatások (Demetrovics Zsolt)



Közreműködő intézmények szervezetek

Alkohol-Drogsegély Ambulancia – Veszprém

Innova Alapítvány – Veszprém

Kapcsolat 96 Mentálhigiénés Egyesület

Kapcsolat 96 Mentálhigiénés Egyesület - Veszprém

Lélektét Alapítvány – Veszprém

Szociális Innovációs Társulás – Veszprém

Veszprém Megyei Büntetésvégrehajtási Intézet

Veszprém Megyei Kormányhivatal Veszprémi Járási Hivatal Népegészségügyi Osztálya

Veszprém Megyei Pedagógiai Szakszolgálat

Veszprém MJV Kábítószerügyi Egyeztető Fórum

Veszprém MJV Önkormányzata

Veszprémi Bölcsőde és Alapellátási Integrált Intézmény

Veszprémi Cholnoky Jenő Általános Iskola

Veszprémi Családsegítő és Gyermekjóléti Integrált Intézmény

Veszprémi Érseki Hittudományi Főiskola

Veszprémi Középiskolai Kollégium

Veszprémi Rendőrkapitányság

Veszprémi Tankerület Központ

VSZC Ipari Technikum

VSZC Jendrassik-Venezs Technikum

A stratégiakészítést koordináló KEF-munkacsoport tagjai: Kiss Teodóra, Tóth Barbara, Orsós Károly és Weber László

A stratégia elkészítését az EMMI támogatta!

A felhasznált fotók szerzői: Budai Gábor, Mac Zen, Orbán Balázs, Steve Grey, Szabó Viktor, Treasure, With Richardson

A stratégia szabadon másolható, terjeszthető és bemutatható!

(CC)-2021

