

**Hatékonyabb fellépés a droghasználat ellen,
különös tekintettel a fiatalok számára, 2. rész**



**Nemzeti
Együttműködési
Alap**



MINISZTERELNÖKSÉG



BETHLEN GÁBOR
Alapkezelő Zrt.

2025 december

Tartalomjegyzék

Bevezető	3
A droghasználat jellemzőiről.....	4
Drogprevenció és gyermekvédelem	25
Prevenációs irányzatok.....	28
Prevenációs programok Magyarországon	33
A drogprevenáció egyes szinterei.....	36
Az eredményes prevenció elvei	42
A fiatalkorúakra, fiatalokra vonatkozó adatok	45
Intézkedési javaslatok	56

Bevezető

A kábítószer-fogyasztás egyre nagyobb problémát jelent a világ minden táján. Egyre nagyobb teret ölt a legális és illegális szerfogyasztás, mely az utóbbi években, évtizedekben már nem csupán a felnőtteket, fiatal felnőtteket érinti, hanem a kiskamasz, illetve a kisiskolás korosztályt is.

A kisiskoláskor és a serdülőkor mind a családban nevelkedő, mind pedig a szakellátásban élő gyermek életében nehézségekkel teli életszakasz, azonban a gyermekeket nevelő szülők, nevelők, pedagógusok, nevelőszülők segíthetnek, hogy a kritikus életszakaszok minél kisebb törést okozzanak. Ahhoz, hogy egyéni, családi, társadalmi vagy politikai szinten fel tudják venni a harcot a kábítószer terjedésével, a függőségek kialakulásával, fontos feltérképezni, hogy mik azok a pszichoszociális okok, amik elvezethettek a fogyasztó magatartás kialakulásához.

A droghasználat jellemzőiről

Fiatalok

A Drogkutató Intézet 2024-es publikációja¹ szerint a 9-10. évfolyamos diákok 28,1%-a már kipróbált valamilyen drogot élete során: tiltott szerekkel 18,7%-uk kísérletezett, míg droghasználati céllal 22,2%-uk használt ilyen szereket. Orvosi javaslat nélküli nyugtatókat, altatókat és fájdalomcsillapítókat a diákok 14,8%-a szedett már. A korábbi kutatások eredményeit elemezve megerősíthető, hogy a tiltott és droghasználati céllal történő szerfogyasztás inkább a fiúk körében, míg a gyógyszerhasználat inkább a lányok körében jellemző.

Az okok elemzése során több tényező is előtérbe kerül. Ma már a fiatalok könnyebben hozzáférnek a különféle szerekhez, emellett a média és internet is erőteljes hatással van a rájuk, a droghasználat egyre vonzóbbá és elfogadottabbá válik alternatívaként más szerek mellett. Az alkohol és a cigaretta után a legális nyugtatókat és a kannabiszt tartják a leginkább könnyen beszerezhetőnek, míg más drogokról kevésbé hozzáférhetően vélekednek.

Eszköz a stresszel való megküzdéshez: a kábítószer-fogyasztáshoz hozzájáruló tényezők összetettek és sokrétűek lehetnek. A kutatók szerint a szerhasználatnak a konfliktushelyzetekből eredeztethető problémákkal való megküzdésben is jelentősége van. A modern fogyasztói társadalmakban a gyermekek körülbelül 20-25 %-a érintett mentális problémákban, és a mentális-és egészségügyi problémák, illetve a fogyasztás közötti okokban fellelhető a szorongás, depresszió, figyelemhiányos hiperaktivitás, evés- és magatartászavar, tanulási képességzavarok, autizmus.

Egészségügyi és mentális kockázatok: a korai droghasználat növeli az egészségügyi és pszichológiai kockázatokat, és könnyebben vezethet hosszú távú függőséghez. Ebben az életkorban ugyanis a fiatalok agya még fejlődésben van, - az agy érési folyamata általában körülbelül 25 éves korra fejeződik be, - és a szerek káros hatásai devianciák és egészségügyi károsodás kialakulását okozhatják. Köztudott, hogy a serdülők különösen érzékenyek a szerhasználat elkezdésére és az esetleges problémás szerhasználatra a felnőttekhez képest. A tudományos kutatások kimutatták, hogy az életkor előrehaladtával nő a szerhasználat és visszaélés kockázata. Az eredmények szerint a férfiaknál magasabb a szerhasználat aránya,

¹ Magyar drogfigyelő. évf. 1. sz., 2024. január

mint a nők esetében, és a serdülőkorban történő szerhasználat összefügg a gyengébb iskolai teljesítménnyel, sikertelenségekkel, és növeli az öngyilkossági kísérletek kockázatát.

A serdülőkorúak mentális egészsége kiemelkedő fontosságú, mivel ebben az időszakban fejlődnek ki azok az alapvető egészségmagatartások, életcélok és életstílusok, amelyek kihatással vannak egész életükre és a társadalomra egyaránt. Emellett olyan készségek és képességek is kibontakoznak ebben az időszakban, mint az önkontroll, az autonómia, a társas interakciók és a társas tanulás, amelyeknek jelentős hatása van lelki egészségükre és életminőségükre. A legfontosabb, hogy az oktatási intézményeknek és a szülőknek nem kell tabutémaként kezelni a droghasználatot, ehelyett fel kell ismerniük a problémát, és proaktívan cselekedni. Az iskolai prevencióra összpontosító kezdeményezések kulcsfontosságúak abban, hogy edukálják a fiatalokat a szerhasználat káros következményeiről. Az oktatási intézmények mellett az egészségügyi és mentálhigiénés szolgáltatóknak is szerepet kell vállalniuk azon fiatalok segítésében, akik már érintettek a droghasználatban.

A felsőoktatásban tanulmányaikat kezdők számára meghatározó az ősz beköszönte. Az egyetemi, főiskolai éveket gyakran a legszebb résznek tartják az emberek életük során. Tudományos törekvések, személyiségfejlődés jellemzi, az újonnan felfedezett szabadság ízével fűszerezve, ugyanakkor szorongással és stresszel jár együtt: beilleszkedni egy új közegbe, megfelelni a tanárok elvárásainak, zárthelyi-és vizsgaidőszakokat teljesíteni, és ott van az egyetemi bulik kiugró mennyisége is. A szigorúbb középiskolai rend után a megfelelő időbeosztás és a napi rutin kialakítása nehézséget tud okozni a fiataloknak. Az órák és a tanulás mellett kevesebb idő marad a rekreációra, csökken a fizikai aktivitás és az alvásidő is. Az egyetemi élet nyomása miatt egyesek számára átmeneti megküzdési (coping) mechanizmust kínál a drogokhoz, alkoholhoz, gyógyszerekhez való fordulás.

Az egészségkárosító magatartás a 17-22 éves korosztályban éri el a csúcspontját. A szerhasználatot nagyban befolyásolja a családi háttér és a nevelési szokások, ezt pedig tovább fokozza a fogyasztói társadalom hedonizmusra való ösztönzése, azaz rövid időn belül minél több „szerotoninbombát” adni a szervezetnek, és a különböző stimulánsok jól illeszkednek ehhez a felgyorsult világhoz. A hallgatók életét a tanulmányi követelmények, a tananyag mennyisége mellett a kezdeti szakmai inkompetencia érzése és a szülőktől való leválás is megnehezítheti, illetve az anyagi problémák (lakhatás fenntartása, alapvető költségek, könyvek) és a tanulmányok melletti munkavállalás is fejtörést okozhat. Az első év a barátságok kialakulásának időszaka: a kollégiumi élet vagy albérlet lehetőségével a diákok kikerülnek a szülők felügyelete alól, a családi konfliktusokat felváltják a lakótársakkal való együttélés

problémái. Ha az új környezethez való alkalmazkodás nem valósul meg kellő mértékben, akkor elzárkózás, izoláció váltja fel, amely befordulás később depressziót és mentális problémákat okozhat.

A felsőoktatási intézményekben tanulók közül az orvostanhallgatók jelentik a leginkább veszélyeztetett csoportot, ezt alátámasztja, hogy egy amerikai felmérés szerint a 12 legmegterhelőbb foglalkozásból 8 egészségügyi munkakörhöz köthető. Nemzetközi és hazai kutatások igazolják, hogy az orvosképzés hat éve alatt a medikusokat számos stressz éri.

A magyarországi vizsgálatok szerint az orvostanhallgatók 27%-a használt már valamilyen drogot vagy gyógyszert stresszcsökkentő céllal. Az adatok alapján a szerhasználat előfordulása nem gyakori, viszont hosszabb távon növekedhet, továbbá az egészségkárosító hatásai sem elhanyagolhatók. Külföldön sem kedvezőbb a helyzet, egy angol kutatás szerint a friss medikusok illegális drogokkal való visszaélése 33% volt. Ugyanakkor azok a hallgatók, akik kábítószer-használatról számolnak be, már az orvosi egyetem megkezdése előtt éltek vele.

Az illegális drogok és gyógyszerek használata

Az illegális szerhasználat vizsgálatára nehéz olyan módszert találni, mellyel valós képet kaphatunk a magyarországi helyzetről. Sokszor az előítélet, a vonatkozó – büntetőjogi - szabályozás és a félelem miatt hamis adatokat adnak meg a válaszadók, emiatt inkább a barátok, ismerősök példáját bemutatva bújnak ki a kérdések alól. A hallgatóknak kinyílik egy új kapu az illegális szerhasználat felé, bővül a baráti kör, így akár vidékről a fővárosba költöző fiatalok számára is csábító lehet kipróbálni az újdonságokat, illetve a kíváncsiság vagy kísérletezés, esetleg a kimaradástól való félelem (FOMO, azaz Fear of Missing Out) is vezérelheti őket. A marihuána mellett az alkohol, a kokain és az ecstasy a legfelkapottabb, de a nyugtatók használata is gyakori.

A fiatalok véleménye szerint a legveszélyesebb anyagok a heroin, a kokain, az LSD és a hasis, az ezekhez való hozzájutást pedig nehezebbnek, drágábbnak ítélik meg. A kevésbé veszélyesek közé a marihuánát, az ecstasyt és a gyógyszereket sorolták, ezekhez könnyebben hozzá is férnek, és akár egy egyetemista pénztárcájának is kedvezőbb megoldást jelenthetnek. Az utóbb felsorolt szerek káros hatása természetesen nem marad el a „veszélyesebb” anyagokétól.

Demográfia

Az idősek többsége a fejlett országokban koncentrálódik. A termékenység csökkenése, a várható élettartam növekedése és az öregedő baby-boom generáció (a háború utáni 1946 és 1964 közötti időszakban születettek) mind jelentős okai a változó demográfiának. 2050-re a kevésbé fejlett régiókban az idősebb felnőttek aránya is nagymértékben megnő. A következő évtizedek egészségügyi problémái és betegségterhei között az idősebb felnőttek körében a szerhasználati problémák két kategóriája jelent súlyos gondot: az alkohol és a pszichoaktív, vényköteles gyógyszerek. Bár a tiltott kábítószeres használata alacsony ebben a korcsoportban, úgy tűnik, ez egy újonnan megjelenő probléma. Amellett, hogy sok hiedelem alakult ki a "gyógyító" célú szerhasználatról a közép- és időskorúak körében, a baby-boom korosztályhoz tartozó egyének fiatalkorukban többet találtak alkohollal, dohányáruval, illegális drogokkal, és hajlamosak voltak elnézőbbek lenni a szerhasználattal kapcsolatban. Ugyanebben az időszakban váltak elérhetővé a pszichoaktív gyógyszerek, mint széles körben elterjedt módszer a szorongás, a fájdalom és a stressz kezelésére. Azonban minél több ember él alkohollal és kábítószerrel későbbi éveiben, az valószínűleg annál több problémával és kezelési igénnyel jár együtt. Az amerikai hírek arról számoltak be, hogy az idősebbeket megnövekedett számban veszik fel a sürgősségi osztályra a kábítószerrel való visszaélés miatt. A kábítószer-használat miatt kezelést igénylő idősek számának növekedése arra készítette a Nemzeti Egészségügyi Intézetet, hogy 2012-ben riasztást adjon ki a nem megfelelő szerhasználatról, felhívva ezzel a közvélemény figyelmét az idősek körében előforduló szerhasználati zavarokra.

Európa helyzete – az idősek opioid fogyasztása

Az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2023 júliusában tette közzé a „Health and social responses to drug problems: a European guide” című irányelvének frissítését. Már az összefoglaló elején olvasható, hogy Európa összességében öregedő népességgel rendelkezik, és a 40 év felettiiek egyre nagyobb arányban vannak jelen az opioid problémával küzdők között. Ez tükröződik a kábítószer-kezelésben részesülők és az opioid-túladagolásban elhunytak növekvő életkorában. Más kábítószeres, például a benzodiazepinek problémás használata is egyre inkább aggodalomra ad okot. Az opioidokat használó időseknél a fizikai öregedési folyamatot felgyorsíthatja a többszörös kábítószer-használat és a hosszú évek óta tartó rossz egészségi állapot kumulatív hatása, és ezek az egyének fogékonyabbak lehetnek a fertőzésekre, túladagolásra és öngyilkosságra is. Ezenkívül a megbélyegzés miatt csökkenhet a szociális hálójuk, ami tovább fokozhatja a társadalmi kirekesztettséget és a családtól való elszigetelődést, továbbá a megbélyegzés a segítségkérés akadályaként is felléphet.

A kábítószer-problémákkal küzdő idős emberek kezelése és ellátása korlátozott Európában, mivel a legtöbb szolgáltatást a fiatalabb korosztály igényeinek kielégítésére hozták létre. Csak néhány országban léteznek speciális ápolási otthonok az önmaguk ellátására képtelen, drogproblémákkal küzdő idős emberek számára. Az irányelv kiemeli, hogy az egyre növekvő számú európai kábítószer-használó idős ember jövőbeli egészségügyi és szociális ellátási szükségleteinek kielégítését célzó szolgáltatások tervezése korosztályra specializált ellátási szolgáltatásokat, integrált, multidiszciplináris megközelítést és intézményközi partnerségeket, valamint a szakosított és az általános egészségügyi és szociális szolgáltatások közötti átírányítást teszi szükségessé. Az EMCDDA a kábítószer-problémákkal küzdő idős korúaknak azokat a 40 éves vagy annál idősebb személyeket tekinti, akiknek a hosszú távú kábítószer-használatuk kárt okoz, vagy nagymértékben veszélyezteti őket. A hosszú távon opioidokat használó idős emberek egyre nagyobb arányát fedik le az összes opioid használónak Európában. Az elmúlt két évtizedben az opioidokkal kapcsolatos problémák miatt kezelésre kerülő kliensek átlagéletkora a harmincas éveik elejéről a harmincas éveik végére emelkedett, miközben a kábítószerrel (főként opioidokkal) kapcsolatos halálesetben elhunytak átlagéletkora is nőtt. Az elkövetkező években tovább nő majd az egészségügyi és szociális ellátásra szoruló, kábítószer-problémákkal küzdő idős emberek száma, és ez különösen igaz azokra a nyugat-európai országokra, amelyekben az 1980-as és 1990-es években az első heroinjárványok² voltak. Emiatt egyre nagyobb szükség van arra, hogy ennek a populációnak a szükségleteire reagáló politikák, kezeléseket és szolgáltatásokat dolgozzanak ki Európában.

Az irányelv felhívja a figyelmet arra, hogy a szerhasználat okozta hatások széles köre csökkentheti azok életminőségét, akik hosszú ideje drogfogyasztók. Európában a problémás droghasználattal küzdő idős emberek nagy része az 1980-as és 1990-es években kezdte a heroinhasználatot. A hosszú szerhasználati karrierrel rendelkezők közül sokan HIV- és hepatitis C-vírusfertőzést (HCV) kaptak. Bizonyos kezeléseket segítségével az ilyen fertőzésben szenvedők tovább élhetnek, de a régre visszanyúló droghasználati múltjuk felgyorsíthatja fizikai öregedésüket is. Jellemzően ebben a csoportban magasabb a szomatikus és mentális egészségügyi problémák aránya, mint a nem drogfogyasztó társaiknál és a fiatalabb drogfogyasztóknál. A degeneratív rendellenességek, keringési és légzési problémák, cukorbetegség, hepatitis és májcirrózis is korábban jelentkezhetnek. Ezek az egyének a kábítószerrel kapcsolatos fertőzések, a túladagolás és az öngyilkosság nagyobb kockázatának

² <https://www.gov.uk/government/publications/the-heroin-epidemic-of-the-1980s-and-1990s-and-its-effect-on-crime-trends-then-and-now>

is ki vannak téve, emellett komoly gondot jelenthet a mentális egészségügyi problémák megjelenése is. Az irányelv szerint további problémát jelenthet, hogy sok opioidokat használó idős ember részesül vagy részesült metadon- vagy buprenorfin-kezelésben. Jelenleg azonban keveset tudunk az opioid gyógyszerek és a kezelések kölcsönhatásairól, illetve hatékonyságáról a testi rendellenességekkel és károsodott májfunkcióval rendelkező emberek körében. Az opioidokat használó idős emberek megfelelő fájdalomcsillapítása nehézséget jelenthet az egészségügyi szolgáltatók számára, mivel ezek a betegek fokozottan toleránsak lehetnek az opioid analgetikumokkal szemben, és a csoport hatékony fájdalomcsillapítására vonatkozó iránymutatás hiányában fennáll a veszélye annak, hogy az egészségügyi szolgáltatások alulkezelik őket. Fontos, hogy az egészségügyi szolgáltatók tisztában legyenek azzal, hogy számos olyan gyógyszer, amelyet a problémás opioid használattal küzdő embereknek gyakran az opioidot helyettesítő kezelés mellett írnak fel, a központi idegrendszerre gyakorolt depresszív hatása miatt növelheti a túladagolás kockázatát. A fentiekben túlmenően, a droghatásokkal küzdő idős emberek jelentős része egyedül él, lakhatásra szorul, munkanélküli és gazdaságilag inaktív. A foglalkoztatás hiánya csökkenti a szociális hálózatokat, a készségeket és a tudást, és erősíti a marginalizálódást és az elszigetelődést. A megőrzés és az „ageizmus”³ tovább fokozza a társadalmi kirekesztést és a családtól, barátoktól való elszigetelődést, ami gyakori ebben a csoportban. Ezek a személyek ki vannak téve a depresszióknak és a magánynak, mivel szociális hálójuk beszűkül, hiszen a többi kábítószerhasználó idős ember meghal, vagy felépül a függőségből és elfordul tőlük. Az idősebb korban a droghasználat folytatásával járó megőrzés megakadályozhatja őket a segítségkeresésben, a felépülési közösségekbe való bekapcsolódásban és az egészségügyi ellátás igénybevételeiben. Bár az irányelv elsősorban azokra az idős emberekre összpontosít, akiknél az opioidok használata – gyakran más kábítószerrel és az alkohol mellett – okoz problémát, vannak olyan idős emberek is, akik más kábítószerrel, többek között kannabiszt és gyógyszereket, például benzodiazepineket használnak. Az idősebb felnőttek fokozottan érzékenyek lehetnek a benzodiazepinekre és a hozzájuk kapcsolódó gyógyszerekre.

Bár a drogfogyasztás problémája minden társadalmi réteget érinthet, azok, akik már alapvető társadalmi hátrányokkal küzdenek, gyakran nagyobb veszélynek vannak kitéve. Ebből

³ az életkoron alapuló megkülönböztetés

kiindulva fontos megérteni, hogy a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok miként élik meg a drogfogyasztás kihívásait, és milyen tényezők vezetnek őket a kábítószerhez.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 alapján „... a kábítószer-jelenség szorosan összefügg más kémiai és viselkedési függőségi problémákkal, elsősorban pedig a nemzet általános lelki egészségi állapotával, különös tekintettel az értékszemlélet, a kapcsolati kultúra, a problémamegoldó készség személyes és közösségi jellemzőire...” Minden társadalmi rétegben másmilyen módon jelennek meg a droghasználattal kapcsolatos problémák, valamint a prevenció vagy éppen korrekció eszközei. A hátrányos helyzetű helységek közösségei az állandóan jelenlévő egzisztenciális bizonytalanság, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés korlátozottsága és a limitált kapcsolati rendszer miatt magasabb kockázattal bírnak a lelki egészség romlására nézve, a függőségek és a deviáns viselkedés kialakulásával kapcsolatban.

Az érintett társadalmi csoportok közé soroljuk a szegényeket, akik gyakran korlátozott hozzáféréssel rendelkeznek az egészségügyi ellátáshoz és az oktatáshoz, az esélyeik pedig alacsonyabbak a szociális mobilitás terén. A kisebbségi közösségek esetében a társadalmi kirekesztettség, a diszkrimináció és a szegregáció is hozzájárulhat a drogfogyasztáshoz, míg a hajléktalanok esetében érdemes megnézni, hogy milyen befolyással van az otthontalanság a szerhasználatra és fordítva.

Hátrányos helyzetű települések

Egy 2016-os tanulmányban összefoglalták a feltáró terepkutatás eredményeit, amelynek célja a magyarországi kistelepülések legszegényebb rétegeiben élők közötti drogfogyasztás vizsgálata volt⁴. A kutatást három kiválasztott település szegregátumaiban végezték el, amelyek egy hátrányos helyzetű járásban találhatóak. Az etnográfiai jellegű terepmunka során a kutatók módszertana résztvevő megfigyelést és interjúzást tartalmazott. Megfigyeléseik alapján a vizsgált területeken a legális és illegális drogfogyasztás elterjedtebb, ami különösen igaz az újfajta pszichoaktív szerekre. Kiemelték, hogy a jelenség kezelésekor szükséges figyelembe venni a szerhasználat háttérében álló társadalmi kontextust és hatásokat, amelyek ma kiemelkedően fontosak. A kutatás háttérében az állt, hogy a 2016-os évet megelőző időszakban a dizájn drogok hatásairól és a vidéki területeken terjedő drogfogyasztásról szóló gyakori médiajelentések heves vitákat váltottak ki mind a közvélemény, mind a szakma körében. A bemutatott problémáról nem voltak rendelkezésre álló szisztematikus adatok vagy helyzetjelentések, ebből kifolyólag a helyzet értékeléséhez és a beavatkozás megtervezéséhez

⁴ Magyar drogfigyelő. évf. 1. sz., 2024. január

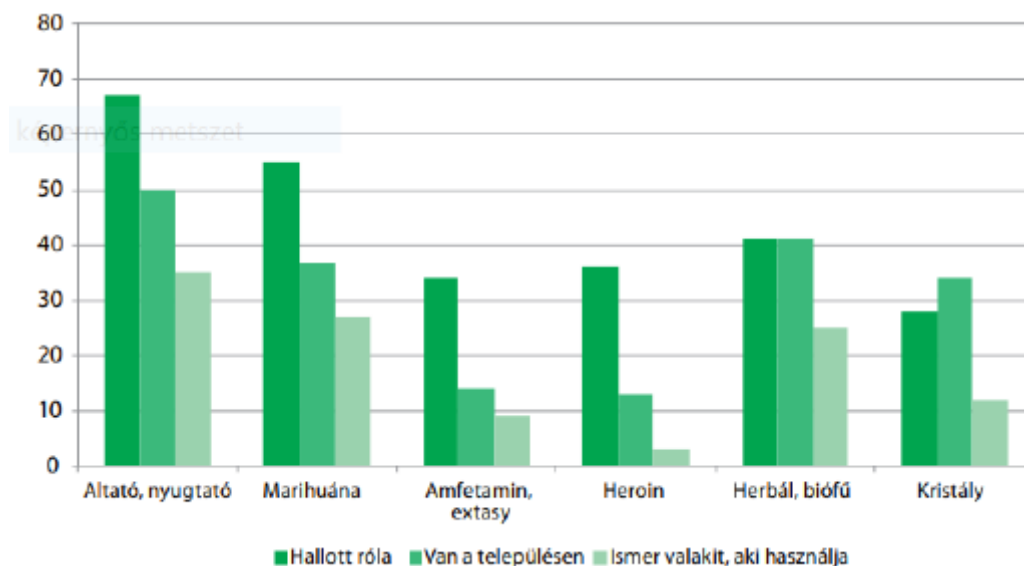
mindenképpen szükséges volt egy rendszerezett adatgyűjtés elvégzése. A tapasztalatok alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a szegénység és a jövőkép teljes hiánya kilátástalanságot szül a helyi lakosságban, ami az olcsó és rossz minőségű illegális és legális kábítószeres fogyasztásának elsődleges okává vált a térségben.

A hátrányos helyzetű csoportok drogfogyasztási szokásai

A 2016-os felmérés eredményei azt mutatták ki, hogy legnagyobb arányban az altatókat, illetve a marihuánát ismerik. A nyugtatók és altatók tekintetében a vizsgálati alanyok több mint fele nyilatkozott úgy, hogy használják a településen, ahol él, és a megkérdezettek több mint harmada személyesen is ismert olyat, aki rendszeresen fogyasztja ezeket az anyagokat. Ezzel ellentétben az amfetamint és a heroint kevésbé ismerték, míg a herbállal vagy biofűvel sokkal inkább familiárisak voltak. Összességében ugyanakkor azt is el lehetett mondani, hogy a kábítószeres különböző típusai, megnevezései nem voltak tisztázottak a kutatási alanyok számára, úgy, ahogyan a szerek összetétele sem.

A következő ábra szemlélteti, hogy a hátrányos helyzetű településen élő emberek milyen arányban ismerik a felsorolt szereket, illetve ismernek-e olyat, aki használja őket.

1. ábra: a hátrányos helyzetű településen élő emberek által ismert szerekről, és arról, ismernek-e olyat, aki használja őket



A felmérésben végzett interjúk során megállapították, hogy az idősebb generáció hajlamosabb a legálisan beszerezhető gyógyszerek (nyugtatók, altatók stb.) fogyasztására. Az újonnan

megjelenő pszichoaktív szereket nem differenciálták az interjúkban, inkább általánosan kérdeztek rá a témára. A vizsgált településeken a „bármit bármikor” jelenség áll fenn, azaz a beszerzés rendkívül egyszerű, mert a kisközösségek adottsága, hogy a dílereket mindenki ismeri, ott laknak a településen és könnyen elérhetőek. Elmondásuk szerint az újfajta pszichoaktív szerek és a saját gyártású kábítószeresek egyaránt beszerezhetőek.

Az interjúk során az alanyok azt állították, hogy az újfajta pszichoaktív szereket elsősorban a fiatalok használják, akár már 12–13 éves koruktól kezdve. Az ő becslésük szerint a településrész fiatal lakosainak több mint fele kipróbálta ezeket a szereket, akik leggyakrabban rekreációs célból fogyasztják ezeket, de előfordulnak napi szintű használók is a településeken. Az interjúalanyok nagy része ismer függőket, a résztvevők elmondása alapján pedig az iskolákban is jelen vannak a kábítószeresek, erről a pedagógusok és az iskolavezetők is tudnak. Szintén 2016-ban jelent meg egy cikk, ami a cigányság területi/települési viszonyait boncolgatja, ebben szót említenek a romák drogfogyasztásáról is. Azért foglalkoztak a kérdéssel, mert az akkoriban megjelenő, alacsony áron beszerezhető dizájner drogok (elsősorban a herbál és a kristály) komoly problémákat kezdtek el okozni a mélyszegénységben élők körében, beleértve a cigányságot is. A kábítószer-fogyasztás viszonylag jól kivehető területi különbségeket mutatott: a kisebb településeken kevésbé volt jellemző, míg a nagyobb városokban kirajzolódott a dizájner drogok fogyasztása. Emellett jellemző volt a nyugtatók alkohollal való keverése, ami a rendkívül erős egészségromból hatású herbál és kristály mellett szintén rémisztően hat, főleg, mivel a megkérdezettek szerint a fogyasztás már fiatal roma gyerekek (akár általános iskola alsó tagozatától fogva) körében is elterjedt. Egy 2024-ben Forgács István romaügyi szakértő, felzárkózáspolitikai tanácsadó által publikált cikkben ugyancsak azt elemezték, miként lehetne a droggal szemben eredményesebben fellépni a cigánytelepeken és azok környékén.⁵ A cikk írója szerint a jelenlegi droghelyzet minden társadalmi és gazdasági felzárkózást ellehetetlenít, ezért teljesen új alapokra kell helyezni a kábítószer elleni fellépést, elsősorban a cigánytelepeken.

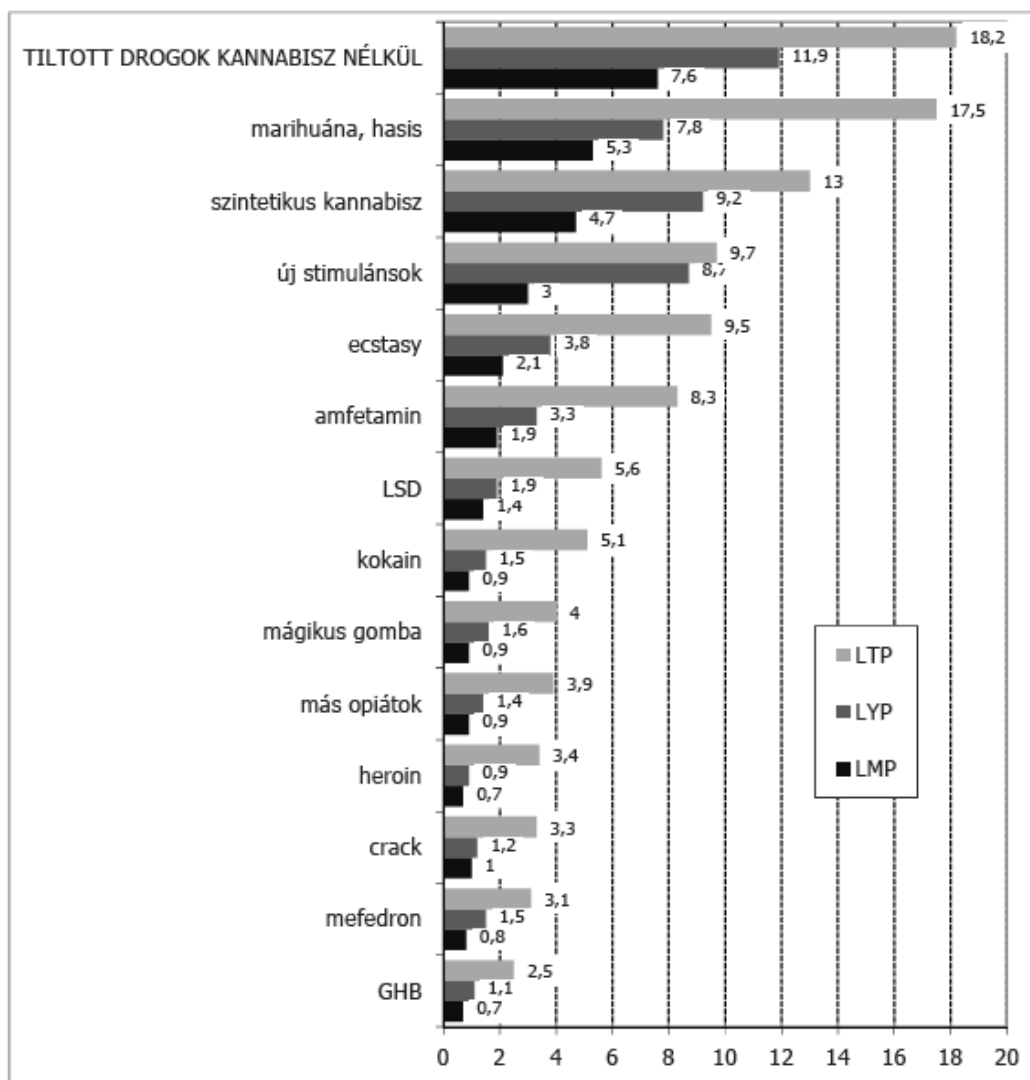
Egy 2017-es adatfelvétellel készült és 2021-ben publikált kutatás⁶ szerint a hajléktalan emberek egynegyede használt már életében valamilyen tiltott drogot. A használat folyamatosságára utaló mutatók alapján azt mondhatjuk, hogy a valaha fogyasztók több mint egyharmada (32,8–44,8

⁵ <https://index.hu/velemeney/2024/10/17/drog-ciganysag-nyomor-integracio-szolasszabadsag-szigor/>

⁶ Paksi Borbála – Magi Anna – Gurály Zoltán: Hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználata. Esély folyóirat 2021

%-a) folyamatosan használ (több mint egy éve használt először és a kérdezést megelőző 12 hónapban is fogyasztott) tiltott drogot. Ugyanilyen arányban vannak azok, akik már felhagytak a droghasználattal (kilépő), azaz a kérdezést megelőző 12 hónapban már nem fogyasztottak semmilyen tiltott szert. A valaha használók mintegy egyötöde pedig (17,3–27,5) új belépő, azaz a kérdezést megelőző évben használt először tiltott drogot.

2. ábra: különböző tiltott drogok élet-, éves és havi prevalencia értéke a hajléktalan populációban, 2017-ben (%)



A hajléktalan populációban az életprevalencia értékek alapján a legelterjedtebb tiltott drog a marihuána/hasis: minden ötödik-hatodik válaszoló fogyasztott már életében ezekből a szerekből. A népszerűségi sorrendben a marihuána/hasist a szintetikus kannabisz, majd azonos aránnyal az új stimulánsok, az ecstasy és az amfetamin származékok követik (új stimulánsok: 9,7% ecstasy: 9,5% amfetamin: 8,3%). Legnépszerűbb szerek után jelentősen lemaradva következik az LSD és a kokain, melyeket a hajléktalan emberek 4-6%-a próbált már életében.

Az összes többi vizsgált szer (heroin, egyéb opiátok, crack, GHB) mért életprevalencia értéke 2-4% között mozog, azaz a megkérdezettek közül minden huszonötödik- ötvenedik próbálkozott ezekkel.

A kábítószer-használatot nagyrészt a piaci erők határozzák meg, a megfizethetőség és a hozzáférhetőség növekedése pedig egyértelműen növeli a fogyasztást is. A társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű emberek – bárhogy is mérjük – fokozottan ki vannak téve a kábítószer-használat kockázatának, csakúgy, mint a hátrányos családi környezetben élők, és azok, akik olyan közösségekben élnek, ahol alapvetően gyakoribb a kábítószer-használat előfordulása. A kábítószer-használat egyre növekszik az alacsony jövedelmű országokban, amelyek az elkövetkező évtizedekben aránytalanul nagy terhet viselhetnek majd a kábítószer okozta fogyatékoság és korai halálozás tekintetében.

A kábítószerrel való visszaélés önmagában is kirekesztő ok lehet, és ha ehhez lakhatási problémák, alacsony jövedelem, munkanélküliség vagy rossz egészségi állapot társul, akkor a kábítószer-függőségi probléma megoldásának valószínűsége erőteljesen csökken. A kábítószer-használók marginalizálása döntő jelentőséggel bír a függőségi folyamat kimenetelének szempontjából. Ha a kábítószer-használók nem tudnak a saját körülményeikhez mérten szükséges kezeléshez jutni, és nem állnak rendelkezésükre társadalmi vagy családi erőforrások, akkor egy olyan lefelé tartó spirálba kerülnek, amely csak súlyosbítja a kábítószer-függőségüket. Az olyan társadalmi és gazdasági tényezők, mint a bebörtönzés, az egészségügyi ellátás, a hajléktalanság, az alacsony jövedelem és a családi támogatás mind befolyásolják a kábítószer-használók egészségi állapotát, és hozzájárulnak a droghasználati magatartás változásához. A társadalmi kirekesztés és a szegénység az Európai Unió modernizációjának folyamatában – a szociálpolitika területén – már a 2000-es évek elejétől központi kérdéssé vált, ahogyan a kábítószer-függőség kezelése is új kihívást jelentett.

A 2000-es években a kannabisz volt a leggyakrabban használt kábítószer az EU-ban, amelyet az amfetaminok és az ecstasy követett. A kokainfogyasztás, bár alacsony volt, növekedett, míg a heroin fogyasztása stabil szinten maradt. A heroin leginkább a marginalizált kisebbségeket, a szociálisan hátrányos helyzetű fiatalokat, a bűnözőket, a börtönviselteket és a szexmunkásokat érintette.

Írországból, Németországból, Olaszországból és Ausztriából volt a legmagasabb az intravénás droghasználók aránya, Spanyolországból és Portugáliából ez kevésbé volt elterjedt. A heroin

és a kokain (önmagában fogyasztva) széles körben elterjedt, azonban az egyes országok között jelentős különbségek voltak felfedezhetőek. A kirekesztett csoportok szokásait tekintve Spanyolországban és Portugáliában volt a legalacsonyabb a heroinfogyasztás, a kokaint pedig leginkább Ausztriában és Angliában használták. A kokainnal kombinált heroint (speedball) Spanyolországban és Ausztriában használták széles körben, míg a crack használata alapvetően nem volt nagymértékű, Angliában és Spanyolországban volt magasabb a fogyasztás mértéke. A metadon használata minden országban széles körben elterjedt, a mintában szereplő felhasználók 50-95%-a használta, kivéve Olaszországot, ahol csak 34,8% alkalmazta a szert. A résztvevők minden országban magas kannabisz- és nyugtatószer-fogyasztást mutattak. Az ecstasynak változatosan alakult a mintázata, Ausztriában volt a legmagasabb a használók aránya.

További eredményként meg kell említeni, hogy az intravénás kábítószer-használattal összefüggő egyéb társadalmi kirekesztő változók a bebörtönzés, a hajléktalanság, a rendszertelen foglalkoztatottság és az illegális tevékenységek voltak. Azok a résztvevők, akik elhagyták a valamilyen függőséget okozó szerrel történő kezelést, vagy akiket kizártak belőle, nagyobb kockázatnak vannak kitéve az intravénás droghasználat szempontjából, mint azok a résztvevők, akik soha nem részesültek kezelésben, még mindig kezelési programban vannak, vagy akik már sikeresen befejezték azt. A hajléktalanság a rossz egészségi állapottal, a kábítószerrel való visszaéléssel, mentális betegségekkel és a társadalmi elszigeteltséggel kapcsolatos döntő tényező. A kábítószer-használat kontrollvesztésével is összefügg, és az intravénás kábítószer-használók marginalizálódásának folyamatában is sodró tényezővé válhat. A hajléktalanok nagyobb valószínűséggel használnak intravénás kábítószerrel. Két alternatívát lehet mondani a hajléktalanság és a kábítószerrel való visszaélés közötti kapcsolat magyarázatára: társadalmi szelekció és társadalmi alkalmazkodás. A korábbi kábítószer-fogyasztás növeli a hajléktalanná válás kockázatát (társadalmi szelekció), míg a kábítószer-fogyasztás egy megküzdési stratégiaként is működhet a hajléktalansággal való szembesüléskor (társadalmi alkalmazkodás).

A börtönbüntetés általában együtt jár az illegális kábítószerrel való visszaéléssel. Azok, akik már voltak börtönben (azokhoz képest, akik soha nem voltak), a legnagyobb kockázatnak vannak kitéve az intravénás szerhasználat szempontjából. További megállapítás, hogy a börtönbüntetés hossza is közvetlen hatással van a börtönben való injekciózásra. Ehhez kapcsolódik, hogy az illegális tevékenységet űző résztvevők körében nagyobb a valószínűsége az intravénás droghasználatának. Az intravénás használók több kábítószerrel kapcsolatos

bűncselekményt követtek el, és hosszabb ideig voltak őrizetben, mint a nem intravénás használók.

A foglalkoztatottság, amely a társadalmi inklúzió fontos feltétele, szintén összefügg a kábítószer adagolási módjával. Azok a résztvevők, akiknek rendszeres munkájuk volt, kisebb valószínűséggel használtak intravénásan kábítószer. A foglalkoztatottság ugyancsak kapcsolatba hozható azoknak a kezeléseknél az eredményével, amelyek során valamilyen szert kellett alkalmazni. Ez alátámasztó bizonyítékot szolgáltat arra, hogy a kezelésben maradók képesek megtartani a munkahelyüket.

Konklúzió

A kábítószer-fogyasztók aránytalanul nagy része hátrányos helyzetű és/vagy társadalmilag kirekesztett helyzetben van már a fogyasztás kezdete előtt. Sokak számára a mindent felemészítő kábítószer-központú életmód az egyetlen felnőtt lét, amelyet ismernek. A kábítószer-függőség fiziológiai és pszichológiai aspektusainak fontosságát hangsúlyozó diskurzusok nehezen tudnak hatást gyakorolni, mivel kevésbé veszik figyelembe a kábítószer-használat mögötti társadalmi kontextusát. Ha a kábítószer-használókat csupán büntetés-végrehajtással szankcionálják, az valószínűleg kevés hosszú távú hatást fog kifejteni, hiszen nem ismerik el, nem értik meg, és nem foglalkoznak a fogyasztás mögött álló társadalmi egyenlőtlenségekkel. Hajlamosak vagyunk a kábítószer-problémára összpontosítani és az ártalomcsökkentést, a fizikai/pszichológiai függőséget tekintjük a változás eszközének, de a kezelésnek a társadalmi környezetre is összpontosítania kell, ha a rehabilitáció és a reintegráció reális és elérhető céllá válik a kábítószer-használók számára. A fentiek tekintetében fontos lenne vizsgálni, hogy vajon a hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzet, illetve a társadalmi kirekesztettség áll-e nagyobb arányban a kábítószer-használat mögött, vagy esetleg pont fordítva: még a hátrányos helyzet kialakulása előtti drogfogyasztás vezetett oda, hogy az egyén a társadalom periferiájára sodródott. Mindenesetre fontos megjegyezni, hogy a kirekesztettséghez és a hátrányos szociális státuszhoz rendszerint magasabb esély társul a drogfogyasztást illetően, ezért az ilyen csoportoknál döntő fontosságú lehet a szociális háttér vizsgálata, akkor is, ha a leszoktatás vagy a helyzetük megértése a célunk.

Gyógyszerfogyasztás

Az elmúlt évek és évtizedek hivatalos magyarországi és külföldi adatai alapján pontosan látszik, hogy a világ legtöbb országában ugrásszerűen megnövekedett a gyógyszerfogyasztás.

Ehhez kapcsolódóan érdemes röviden lefektetni, mik a támogatott és nem támogatott gyógyszerek, hogyan kerülnek forgalomba a gyógyszerek, mit jelent a gyógyszer túlfogyasztás és gyógyszerfüggőség.

A gyógyszer fogalmát az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény határozza meg. Eszerint gyógyszer bármely anyag vagy azok keveréke, amelyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére alkalmazható terméként jelenítenek meg, vagy azok az anyagok vagy keverékei, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében az emberi szervezetben vagy emberi szervezeten alkalmazhatók. A gyógyszerre minősítés tehát nem az előállítás módja szerint történik, hanem a bizonyított gyógyhatás alapján, és nem minősíthető gyógyszernek az a készítmény, amely nem rendelkezik tudományosan alátámasztott, az illetékes hatóságok által jóváhagyott gyógyhatással.

Gyógyszerek forgalomba hozatala

A gyógyszerek speciális termékek, amelyeknek a forgalomba kerülése során fokozottan érvényesül a kontroll. Gyógyszer hazánkban csak akkor kerülhet forgalomba, ha azt a gyógyszerészeti államigazgatási szerv (NNGYK) vagy az Európai Bizottság engedélyezte. Az NNGYK csak abban az esetben engedélyezheti a gyógyszer forgalomba hozatalát, ha annak minősége és mennyiségi összetétele, gyártási körülményei ismertek, a terápiás hatásossága klinikailag bizonyított, illetve, ha az előny-kockázat aránya kedvező. A forgalomba hozatali vizsgálatot és engedélyezést az NNGYK végzi, az engedélyezés kérelemre indul, melyhez részletes, szakembereknek és felhasználóknak szóló szakértői összefoglalót kell csatolni. Azokat a generikus termékeket lehet forgalomba hozni, melynek originális terméke az EGT-ben elérhető. Ebben az esetben a generikus készítmény dokumentációját az originátor dokumentációjára hivatkozva kell benyújtani. Ennek megfelelően a gyógyszerek forgalomba hozatali eljárása döntő módon négyféleképpen történhet.

1. A centralizált eljárás lehetőséget biztosít a gyógyszergyártóknak, hogy a készítmény egyetlen eljárással az Európai Unión belül forgalmazható legyen. (A legtöbb gyógyszer így kerül forgalomba.) Az eljárás során a gyógyszer dokumentációjának értékelését az

Európai Gyógyszerügynökség (továbbiakban: EMA) Emberi Felhasználásra Kerülő Gyógyszereket Értékelő Bizottsága (CHMP) végzi, az engedélyt pedig az Európai Bizottság adja ki.

2. A decentralizált eljárás esetében a készítmény még egyik tagállamban sem került forgalomba, azonban a készítmény dokumentációja azonos tartalommal, különböző tagállamok részére kerül benyújtásra. Ilyenkor az egyik tagország irányítja a forgalomba helyezés folyamatát.
3. A nemzeti eljárás, amely esetében csak egy országban kívánja a gyógyszergyártó a terméket forgalomba helyezni, így csak abban az országban kezdeményezi az eljárást.
4. A kölcsönös elismerési eljárást akkor alkalmazzák, ha egy tagországban már forgalomba hozatalra került a termék. Ilyenkor az a tagállam, ahol forgalomban van a termék, értékelő jelentést készít, melyet követően a másik tagállam engedélyezheti a termék forgalomba helyezését.

A túlfogyasztás meghatározása

Túlfogyasztásnak minősül, ha a gyógyszerek, vagy étrend-kiegészítők alkalmazása mögött nincs egyértelmű egészségügyi ok, azt nem alapozza meg kórkép, továbbá a terápia, illetve az alkalmazás hátrányai felülmúlják az előnyöket, valamint az alkalmazás hatása nem mutatható ki sem pozitív, sem negatív értelemben.

A túlfogyasztás fogalma

A nem indokolt gyógyszerfogyasztás, túlfogyasztás kérdéskörét az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a „racionális gyógyszerhasználat” definícióján keresztül ragadja meg. A WHO meghatározása szerint a racionális gyógyszerhasználat olyan gyógyszeres kezelést jelent, amely:

- megfelel a beteg klinikai szükségleteinek,
- abban az adagolásban történik, amelyet a beteg egyéni jellemzői megkövetelnek,
- megfelelő időtartamban történik,
- és a beteg és közössége legalacsonyabb költségén valósul meg.

Jól látszik, hogy a definíció három általános orvos-szakmai kritériumot tartalmaz, ezek részletes tartalmáról azonban a WHO szövegének más részeiben nem találunk pontosabb kifejtést, míg a negyedik kritérium egyértelműen gazdaságossági, pénzügyi szempont.

A túlfogyasztás jelensége

A XX. század utolsó évtizedeire a gyógyszerfogyasztás növekedése általános tendencia lett, amely a lakosság idősödése mellett nagyszámú új gyógyszer megjelenésével, a klinikai irányelvek és farmakoterápiás ajánlások dinamikus változásaival is összefügg. Ugyanakkor a nem indokolt gyógyszerhasználatot jelezheti, hogy minden fejlett egészségügyi rendszerben folyamatosan nő a felírt gyógyszerek mennyisége és emelkednek a gyógyszerkiadások. Emellett megfigyelhető, hogy a gyógyszeralkalmazás, gyógyszerfogyasztás jelentős eltéréseket mutat országról országra – miközben nem feltételezhető, hogy ezen populációk egészségi állapota ilyen jelentős mértékben különbözne. Mindez azt is jelenti, hogy a gyógyszerek alkalmazásában az egészségügyi szempontokon túl egyéb (orvos-szocializációs, kulturális, információ-hozzáférhetőséggel kapcsolatos és iparági) tényezők is szerepet játszanak. Amennyiben a gyógyszerek alkalmazása nem egyértelmű egészségügyi okokon alapul, felmerül, hogy az mennyiben indokolható és milyen egészségi kockázatokkal jár.

A gyógyszer-túlfogyasztás jelei

A gyógyszerfogyasztással kapcsolatos adatok a fejlett világban egyes gyógyszerfajták (koleszterincsökkentők, magas vérnyomás gyógyszerek) több nagyságrendű emelkedését mutatják. Az OECD országokban a vérnyomáscsökkentők fogyasztása mintegy 70%-al nőtt 2000 és 2017 között, és az lakosságárányosan Magyarországon és Németországban a legmagasabb. Az antidepresszánsok fogyasztása ezen országok körében tizenhét év alatt megduplázódott, Magyarországon az ilyen célú gyógyszerek fogyasztása ugyanakkor alacsonyabb, mint a többi fejlett ország körében. A koleszterincsökkentők felhasználása még nagyobb növekedést mutatott, tizenhét év alatt megháromszorozódott, és Magyarországon ezek fogyasztása átlagosnak mondható. Emellett a nem indokolt használat veszélyét veti fel például az időskori demenciában szenvedők részére felírt antipszichotikus szerek alkalmazása, amely túlmutat a gyógyszerek eredeti rendeltetésén és inkább a betegek környezetének szükségleteit tükrözi.

Gyógyszerfüggőség

Bizonyos gyógyszerek, rendszeres adagolás mellett függőséget okozhatnak. A gyógyszerfüggőség a kémiai addikciók közé tartozik, általában akkor fordul elő, ha a beteg valamilyen más szenvedélyszerről, például alkohorról való leszokás érdekében helyettesítő gyógyszert kap, vagy szorongásos panaszai miatt kezd nyugtatókat szedni. Gyógyszerfüggőséget okozhatnak a nyugtatók, vagy altatók, fájdalomcsillapítók, hangulatjavítók, antidepresszánsok és antipszichotikumok. A leggyakoribb függőséget okozó

gyógyszerek a fájdalomcsillapítók és az altatók, de egy egyszerű vény nélküli orrcsepp alkalmazásával is valódi gyógyszerfüggőség léphet fel. A gyógyszerfüggőség előfordulási gyakoriságát nehéz megbecsülni, 2024-es publikációk szerint csaknem 200 ezer fő szenvedhet gyógyszerfüggőségben Magyarországon. Nagyjából 70 ezer a pszichiátriai szerfüggők (nyugtató, altatószer, szorongáscsökkentő szer) száma, 100 ezren lehetnek a hashajtó-függők, 25 ezren pedig orrcsepp miatti addikciótól szenvednek. A szakemberek szerint Magyarországon nagy mennyiségű altató- és nyugtatószer fogy, mely komoly népegészségügyi gond.

Az Európai Unió Kábítószer-ügynökség (EUDA)

A 2023. június 30-án kihirdetett, az Európai Parlament és az Európai Unió Tanácsa által közzétett rendelet⁷ felülvizsgálta az Európai Kábítószer- és Kábítószerfüggőség-megfigyelőközpont (EMCDDA) meglévő megbízatását, annak érdekében, hogy lépést tudjon tartani az egyre összetettebb és gyorsan változó kábítószer-jelenséggel. A rendelet 2023. július 1-jén lépett hatályba, és ennek eredményeként az EMCDDA 2024. július 2-án Európai Unió Kábítószer-ügynökséggé⁸ (EUDA) vált.

A szervezet célja továbbra is segíteni Európát, hogy felkészültebb legyen a kábítószer-helyzet adta kihívások kezelésére. Információkat szolgáltatnak a jelenlegi tendenciákról, az esetleges újonnan megjelenő veszélyekről.

Új szolgáltatások

Az EUDA végső célja az Európai Unió kábítószer-ellenes felkészültségének megerősítése. Munkája négy egymással összefüggő szolgáltatási kategória köré szerveződik:

- *Előrejelzés:* az EU és tagállamai segítése a jövőbeli kábítószerrel kapcsolatos kihívások és azok következményeinek előrejelzésében;
- *Riasztás:* valós idejű riasztások kiadása az új kábítószer-kockázatokról és az egészséget és a biztonságot fenyegető veszélyekről;
- *Válasz:* az EU és tagállamainak segítése a kábítószer-jelenségre adott válaszaik megerősítésében;

⁷ https://www.euda.europa.eu/drugs-library/regulation-eu-20231322-european-parliament-and-council-27-june-2023-european-union-drugs-agency-euda-and-repealing-regulation-ec-no-19202006_en

⁸ https://www.euda.europa.eu/news/2024/1/new-european-union-drugs-agency-starts-work-with-broader-mandate_en

- *Tanulás*: az EU-szerte zajló tudáscsere és tanulás elősegítése a bizonyítékokon alapuló drogpolitikák és beavatkozások terén.

Új mechanizmusok

Az Európai Unió kábítószer elleni küzdelemmel kapcsolatos felkészültségének biztosítása érdekében új mechanizmusokat hoztak létre, többek között:

- *Európai Kábítószer-riasztórendszert*, amely riasztásokat ad ki, ha súlyos kábítószerrel kapcsolatos kockázatok jelennek meg a piacon. Ez kiegészíti az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó meglévő uniós korai figyelmeztető rendszert (EWS).
- *Európai Fenyegetésvértékelési Rendszert*, amely javítani fogja az Európai Unió felkészülését és reagálását az újonnan felmerülő vagy potenciális egészségügyi és biztonsági fenyegetésekre.
- *Európai Igazságügyi és Toxikológiai Laboratóriumok Hálózatát*, amely elősegíti az új trendekkel kapcsolatos információcserét, valamint nemzeti toxikológusokat és igazságügyi drogzakértőket képez.

A **2025. évi európai kábítószer-jelentés**⁹ szerint a legszélesebb körben fogyasztott kábítószer a kannabisz, az elmúlt évben a felnőtt lakosság 8,4%-a, 24 millió felnőtt használta, ebből körülbelül 4,3 millió fő napi vagy közel napi rendszerességgel.

A kokain a második legelterjedtebb kábítószer Európában, melynek hozzáférhetősége évek óta növekedést mutat: 2023-ban immár hetedik éve dönt éves rekordot a hatóságok által lefoglalt mennyiség. Elsősorban a tengeri útvonalakon történő csempészet teszi lehetővé az anyag nagy mennyiségben történő Európába juttatását, mellyel párhuzamosan növekszik a kokain EU-n belüli illegális feldolgozása is. Hozzávetőlegesen 2,7 millió fiatal (15–34 éves) számolt be elmúlt évi kokainhasználatáról. A kokainhasználat miatt kezelésbe kerülők számának változása is megerősíti a szer elterjedtségének, és így az azzal összefüggő egészségügyi problémáknak a növekedését: 2018 és 2023 között 31%-kal emelkedett a kokain miatt kezelést igénylők száma.

Az ember- és állatgyógyászatban egyaránt alkalmazott ketamin elmúlt évi használatáról a 2024-es „Európai Online Felmérés a Droghasználatról” (*European Web Survey on Drugs*) című vizsgálat eredményei szerint a valamilyen drogot használók 14%-a számolt be. Bár a ketamin

⁹ https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en

miatt kezelésbe kerülők száma továbbra is alacsony, a használat gyakran több szerrel kombinációban történik, ami fokozza a szerhasználat kockázatait.

A szintetikus stimulánsok Európán belüli gyártása és az ehhez kapcsolódó előanyagok (prekursorok) lefoglalása meredeken nőtt az elmúlt időszakban. 2023-ban 178 tonna prekuzort foglaltak le a hatóságok, szemben az elmúlt évtized 54 tonnás éves átlagával. Továbbra is jelentős mennyiségű szintetikus katinon érkezik Indiából, főként Hollandián keresztül, mellyel párhuzamosan európai gyártása is kimutathatóan emelkedik.

A jelentés kiemeli két különösen kockázatos szerhasználati mintázat, a polidroghasználat (többféle szer egyidejű használatának) és az intravénás szerhasználat szerepét a szerhasználat következményeivel összefüggésben.

A jelentésben leírtak szerint egyre több olyan összehangolt európai vizsgálat van, melyek eredményei rendkívül fontosak az európai helyzetkép megajzolásában. Ezek közül az egyik az iskoláskorúak reprezentatív európai vizsgálata az ESPAD. A vizsgálat 4-5 évente méri a különböző legális és illegális szerhasználati magatartások elterjedtségét a 15–16 éves populációban. Ezek alapján a kannabisz még mindig a leggyakrabban használt tiltott szer az iskolások körében, ugyanakkor 1995 és 2024 között egyre csökken azon fiatalok aránya, akik kipróbálják a kannabiszt. Ezzel párhuzamosan a többi illegális szer összesített használata is visszaszorulni látszik, és a szerhasználati mutatókban csökken a nemek közötti különbség is.

A drog használatakor fellépő tünetek, ismertető jegyek¹⁰

Opiátok: az opiát szervezetbe jutásakor intenzív „flash” élmény lép fel, ezt gyakran a szexuális kielégüléshez hasonlítják. Ilyenkor gyakran fellép a teljes testre kiható viszketés, vérbőség, a vérnyomás megemelkedik (hőhullám). A használón önelégültség és eufória látszik, beszédesebb és közlékenyebb lesz, az agresszió és az akaratosság erejét veszíti. Az opiát befolyásoltsága alatt lévő embert „kenyérre lehet kenni”. A hatás második szakasza a „stoned”, egy erősen nyugalmi állapot, ami gyakran jár hallucinációkkal. Hirtelen felriadások szakítják meg, ilyenkor a drogfogyasztó megpróbálja elhíttetni a kívülállókkal, hogy ő egész idő alatt ébersége csúcán állt (ez az állapot a mákteásoknál, vagy heroinistáknál figyelhető meg a legjobban, akik az opiát mellé glutethimid tartalmú nyugtatót is szednek. Drogos körökben ez a kombináció biztosítja az optimális „flash”-t). Ilyenkor szokott a cigarettacsikk lehullani, a

¹⁰ <https://drogproblema.hu/a-drog-hasznalatakor-fellepo-tunetek-ismerteto-jegyek/>

szemek gyakran a kancsalítás érzetét keltik. A beállítás jele a szemben figyelhető meg a legjobban, mivel a pupilla nagyon összehúzózik. Az élettani folyamatok lelassulnak (székrekedés, vizelési inger megszűnése). Az orr és a száj kiszárad. A beállítás alatt a cigarettai igény hatványozódik, és folyamatos meleg érzet alakul ki (bármilyen is a környezet hőfoka). Magas dózison hányás és eszméletvesztés is felléphet.

Kokain: a kokain szervezetbe jutásakor a „flash” élmény nagyon intenzív. Talán a legfőképpen az erős „flash” miatt használják a kokainisták, és mivel a beállítás érzése hamar múlik, gyakran adódik lehetőség az újabb drogbevitelre. A „flash” alatt a hangok nagyon intenzívek (mintha a fülek bedugulnának), a vérnyomás megemelkedik. Mivel a hatása nagyon hasonlít az amfetaminszármazékokra, ezért ez szintén stimulál, élénkít, bepörget. A használóját beszédesség, jó kedélyállapot, tenni vágyás jellemzi. Gyakori a felelőtlen kijelentés vagy teljesíthetetlen ígért. Ha a kokainista számára korlátlan mennyiségben lenne anyag, szinte az örületig tudná magát hajszozni vele. Rendszeres kokainfogyasztók a nap végén „lecsengetőnek” heroint használnak. A kokainfogyasztón látni a pörgés jelét, az apróbb izmok (rágóizmok) motorikus mozgást mutatnak (gyakori a rágózás), étvágytalanság, kis adagnál a szexuális vágy fokozódik, nagyobb adagnál szinte lehetetlen a nemi aktus. Ha a fogyasztó intravénásan juttatja be a szert, úgy a „lövések” sebeinek a száma nagyon gyorsan tud emelkedni, hiszen fél óra elteltével már a szer hatása gyengül.

Amfetamin, speed: a speed szervezetbe jutása nagyon hasonlít a kokainéra, biokémiai tekintetben is azonos hatást fejt ki az agyban. Különbség, hogy a speednek a beállítás érzete nem múlik el olyan hamar, mint a kokainé. A hatása alatt állót a beszédesség, motorikus mozgások (dobolás, szipogás, fogcsikorgatás), öntudatos cselekvések, önbizalom megerősödése és akaratosság jellemzik. Az étvágyat elnyomja, emeli a vérnyomást. Gyakran olyan erőket és éberséget is mozgósít, amik normál esetben csak a halálfélelemnél következnek be. A használó egy kívülálló szemében nagyon ideges, stresszes egyénnek tűnhet, akinek a pupillái kitágultak.

Ecstasy, MDMA: a szer bevitelét követően a használót az örömezzet, gátlások feloldódása, beszédesség és határtalan bizalom, fokozott empátia jellemzi. A mindennapokban új vonásokat vesz észre, és ebben gyönyörködik. Megemeli a vérnyomást, a száj kiszárad, és a speednél leírt motorikus mozgások is jelentkeznek. Változásokat okoz az érzékelésekben, néha el is torzítja azokat. A külső ingerek felerősödnek, de olyan hallucinációt, mint az LSD, nem okoz.

Fű, kannabisz: a szervezetbe jutást követően a vérnyomás megemelkedik, emiatt a szem vörössé válik, az apró hajszálerek vérrel telítődnek. A kezdeti fokozott nyáleválasztást

követően a száj kiszárad. Mivel a tüdőt enyhe irritáció érte, ezért a normális cigaretta sokkal gyengébbnek tűnik, az irritáció miatt köhögés léphet fel. A vizeletelési inger és az étvágy fokozódik. A szer használóját a kedélyesség, az elvont képekben való beszéd, a gyakori asszociációk jellemzik. A gondolkodás és logikai funkció hanyatlik, gyakran érzi úgy a használó, hogy szavak nélkül is megért mindent, kreatívabbnak, okosabbnak éli meg magát. Ez elsősorban abból adódik, hogy a valóság pontos érzékelése a fű hatása alatt sérül. Akad, akire ilyenkor a nevetés jellemző és van, akire a befelé fordultság igaz. A fű használói körében gyakori, hogy az eseményeket, mint szemlélődő nézi végig, mintegy a sarokba ülve és magában, vagy másnak kritizálva jellemzi a cselekményeket. Túlszívás esetén előfordulhat az opiátoknál már ismertetett „stoned” állapot, ám jóval enyhébben. Férfiaknál csökken a vér tesztoszteronszintje és a spermiumok termelése.

LSD: a szervezetbe jutást követően egy-másfél óra után fejti ki hatását. A használó lassan (flash nélkül) mozdul át a megváltozott tudatállapotba. Megemeli a vérnyomást, hőérzetet kelt, a pupillák kitágulnak és álmatlanságot okoz. Hatással van az agytörzsre és a köztiagyra, elsősorban azokra az agysejtekre, amelyek az érzékszervi ingerekre adott érzelmi reakciókat szabályozzák. A megváltozott tudatállapot nagyon sokrétű lehet, mivel a felhasználó adott érzelmi világa és a környezet is nagyon befolyásolja az anyag hatását. Kis mennyiség esetén tudatmódosulást, nagyobb mennyiség esetén hallucinációt idéz elő. Kellemetlen hallucinációs élmények (bad trip) esetén jelentős szorongás, halálfélelem, paranoid gondolkodás, üldözési mánia, pánikreakció is kialakulhat. A verbális kommunikáció szinte teljesen gondolati síkra terelődik, sok vizuális és hang hallucinációval. Legfontosabb pszichés hatása a látási, valamint hallási és tapintási hallucinációk kiváltása. Kívülről szemlélve szokatlanul irracionális, vagy nagyon nyugodt szemlélődő viselkedést tapasztalhatunk. Kialakulhat „flashback” élmény hetekkel, hónapokkal a szer használata után is, amely például geometriai hallucinációval járhat. Kellően nagy dózis felett már csak a hatás időtartama növekszik.

Drogprevenció és gyermekvédelem

Prevenció

A gyermeket gondozó felnőtt(ek) felelősége, hogy a gyermek életkorának és fejlettségének megfelelő szinten tájékoztatást kapjon a különböző egészségkárosító szokások (alkohol, dohányzás, drogfogyasztás, függőségek: játék-, internet-, párkapcsolati függőség) veszélyeiről.

A preveniót, és ezzel együtt a drogpreveniót - Caplan nyomán (1963) – korábban a következő három kategóriába sorolták:

- Elsődleges prevenió: azoknak szól, akik még nem próbálták ki a kábítószerket
- Másodlagos prevenió: a résztvevőknek vannak tapasztalataik a drog terén
- Harmadlagos prevenió: a rendszeres fogyasztók, a függők és a „gyógyult” szerhasználók kezelése

Az újabb szemlélet szerint a prevenió az alábbi három kategóriába csoportosítható:

- Általános prevenió: nem differenciál célcsoportok szerint, - egy nagy csoport van, ami maga a célcsoport
- Célzott prevenió: a célcsoport kiválasztása a teljes populációból - például veszélyeztetettségük alapján
- Javallott vagy indikált prevenió: már célcsoporton belül is differenciál, többszörös kockázati tényezőket céloz meg

Az Európai Unió Kábítószer-ügynökség (EUDA) elődje, a Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) által is használt felosztás a következő módon határozza meg a preveniót:

Az **általános (universal) prevenió** kategóriájába tartozó stratégiák a népesség egészét szólítják meg, ami lehet az egész nemzet, a helyi közösség, vagy az iskolás populáció. A prevenió beavatkozás folyamatában a teljes közösség minden tagját célozzák meg azzal az ismeretátadással, mely információk segítik a készségek és jártasságok kialakulását a probléma kivédésére. Az általános megelőzés szemlélete alapján az egész népesség veszélyeztetett, bár a

mértéke eltérő lehet. Az általános prevenció egyik kedvelt eszköze például a médiakampány, melynek segítségével a lakosság széles köre elérhető az információátadás céljából.

A **céltott prevenció (selective)** a népesség egy adott csoportját célozza meg, melyek rizikócsoportnak tekinthetők valamilyen szempont alapján (pl. túlkoros, az iskolai oktatásból lemorzsolódott fiatalok köre, alkohol vagy kábítószerfüggő szülők gyermekei stb.). A veszélyeztetett csoportok behatárolhatóak biológiai, szociális, környezeti vagy pszichoszociális szempontok alapján, ha adott tudományos kutatás ok-okozati összefüggést tár fel az adott tényező megléte és a problémás viselkedés kialakulása között. A prevenció célcsoportjába azon személyek kerülnek bele, akik a meghatározott kockázati tényezővel rendelkeznek.

A **javallott prevenció (indicated)** olyan beavatkozásokat és programokat tartalmaz, melyek a még nem függő, de a függővé válás útján elindult személyek ezirányú viselkedését szeretné befolyásolni és megfordítani pozitív irányba. Ezek a programok az egyén szükségletének és problémájának szintjén kezdeményezi a beavatkozást, mely beavatkozások célja minden olyan viselkedészavar pozitív irányú befolyásolása, amely szerhasználó életúthoz vezethet. Az ilyen programok különösen alkalmasak azon fiatalok számára, akik már a bűnelkövető életmódba sodródtak és összeütközésbe kerültek az igazságszolgáltatással. Ezen prevenció programok közé tartoznak az elterelés intézményrendszerén belül nyújtott szolgáltatások is.

A prevenció legelső említett színtere megegyezik az elsődleges szocializálódás színterével, a családdal. A családban alakul ki az önértékelés, és innen sajátítja el a gyermek az első viselkedésmintáit, amik meghatározzák, hogy miképpen viszonyuljon önmagához és másokhoz, az értékekhez, és a szabályokhoz, az egészséghez, és a kevésbé humanisztikus viselkedésmintákhoz (erőszak, káros szenvedélyek). A családtagoknak, elsősorban a szülőknek képesnek kell lenniük felismerni a drog jelentette veszélyt, és ha szembesülnek a problémával, tudjanak róla beszélni, szükség esetén a megfelelő szakembert felkeresni. A családból kiemelt gyermekek és fiatalok esetében ezért kell kiemelten fontos feladatnak tekinteni a hatékony dropprevenció alkalmazását. A célcsoport szocializációs hiányosságai, a család mindent felemészítő hiánya különlegesen veszélyeztetetté teszi a gyermekvédelmi gondoskodásban élőket.

„Az iskolai drogprevenció elsődleges prevenció” - kezdi az iskolai szintér tárgyalását a Stratégia¹¹. Bár nem tárgyalja a prevenció fajtáit részletesen, itt leírja az első és másodlagos prevenció megkülönböztetését:

„Ha felszínre kerülnek a drogproblémák, az elsődleges prevenció módszerei az iskolai környezetben kábítószer használók kezelésére nem, vagy csak korlátozottan alkalmasak. Ilyenkor beavatkozásra van szükség, általában megfelelő (külső) szakemberek bevonásával (iskolaorvos, védőnő, pszichológus, nevelési tanácsadó, drogambulancia stb.)”

A stratégia a következő szintereket nevesíti:

- család
- iskola (nevelési-oktatási intézmény)
- munkahely
- a szabadidő-eltöltés szinterei
- internet és más médiumok
- gyermekvédelmi intézményrendszer
- büntető-igazságszolgáltatás intézményei

A drogprevenció céljai

Szükséges, hogy a megvalósításra kerülő drogprevenciós tevékenységeknek legyenek konkrét célkitűzései, az alábbi célkitűzések mentén:

- a drogot első alkalommal kipróbálók átlagéletkorának csökkenését visszafordítani;
- a fiatalok körében ne legyen általánosan elfogadott, menő és „trendi” a drogfogyasztás, tudatosuljon bennük, hogy a társadalom nagy része által nem elfogadott a droghasználat;
- váljon vonzóvá az egészséges, drogmentes életmód;
- működő egészségfejlesztő, drogprevenciót tartalmazó programok létrehozása mindazon szintereken, ahol a fiatalok felnőnek (család, középfokú és felsőoktatás, kiegészítő oktatási rendszerek, szabadidős tevékenységek, sport, egyházi élet);
- az egészségfejlesztő programok és a drogprevenció fedjék le az ifjúság minél szélesebb körét, különösen ott, ahol kiemelt szerepe van: a középfokú és a felsőoktatásban

¹¹ Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására. A Kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. Ifjúsági és Sportminisztérium, 2000

résztevők, az iskolából kimaradtak, a munkanélküli fiatalok, más pszichoszociális okból veszélyeztetettek körében;

- fokozódjon a fiatalok tudása droghasználatból következő negatív hatásokról;
- a hosszú távú prevenció, az egészségfejlesztés hangsúlyát a készségfejlesztésre kell helyezni.

Prevenációs irányzatok

Információnyújtó programok

Az iskolákban megvalósított drogprevenciós programoknak legtöbb esetben a drogokkal kapcsolatos információnyújtás és a droghasználattal összefüggő veszélyek következményeinek megvilágítása a célja. A legtöbb esetben tényszerű információkat adnak át, vagy a droghasználattól való elrettentés a cél. A programok megalkotói abból a feltevésből indulnak ki, hogy ha a serdülők rendelkeznek információkkal a drogokról és a droghasználat veszélyeiről, akkor nem fognak droghoz nyúlni. Az ezen a megközelítésen alapuló programok nem hatékonyak a következő okok miatt: a kamaszok nem csupán racionális alapon döntenek (hogy használnak drogokat vagy nem), nem foglalkoznak a drogok egészségre gyakorolt hatásaival, vagy pont az ellenkező hatást érik el, felkelti a kíváncsiságukat. Az a kérdés, hogy valaki miért használ drogokat, a használatról szól, és nem a nem-használatról. A drogprevenciós programok hatékonyságát szakértők bevonásával akarják hatékonytá tenni: orvosokat, rendőröket, jogászokat, droghasználókat vonnak be a programok megvalósításába, hiteles információforrásként, azonban a programok hatékonyságát ez sem növelte. A programok hatására nőtt a serdülők tudása a drogokról és annak káros következményeiről, talán még a drogokkal kapcsolatos attitűdjük is változott, ami azonban a viselkedésükben nem mutatkozott meg.

Érzelmi nevelés / fejlesztés felőli megközelítések

Az információalapú programok minimális hatékonysága miatt változtatásokat vezettek be az iskolai drogprevencióban. A drogokkal kapcsolatos információnyújtás helyett a hangsúly a serdülők pszichoszociális igényeire tevődött át. Azt feltételezték, hogy a fiatalok olyan életkorbeli sajátosságokkal rendelkeznek, melyek veszélyeztetetté teszi őket a kábítószerhasználat vonatkozásában, ezért a megoldás az érzelmi nevelés, fejlesztés. Ez a drogprevenciós irányzat az egyéni és a szociális fejlesztést helyezi előtérbe. A fejlesztésekkel azt az eredményt

érhetik el, hogy a fiatalok felülkerekedhetnek a drogok iránti igényükön, és tovább fejleszthetnek olyan készségeket, tulajdonságokat, melyek segítik őket a drogmentes életvitel megtartásában. Ilyen tulajdonságok a magasfokú önértékelés, a belátóképesség, az asszertivitás. Az igényesen kidolgozott elméleti háttér ellenére a programok a gyakorlatban nem működnek. A kutatások azt mutatták, hogy a várt pszichoszociális hatások bekövetkeztek, a droghasználatra gyakorolt hatásuk mégis csekély volt. Az eredménytelenséget többek között olyan okokkal magyarázták, hogy túl hangsúlyosak voltak az osztálytermi „általános” foglalkozások, amiket sokszor nem megfelelő képzettségű szakember tartott. A programok nemcsak eredménytelenek, de költségesek is voltak.

Társas hatás felőli megközelítések

Ezeket a programokat szintén az előzők eredménytelensége hívta életre. Kifejlesztésükben felhasználták a szociálpszichológiát: azt feltételezték, hogy a serdülőkori droghasználat kialakulásában döntő szerepe van a kortárs és a média hatásoknak, ennek megfelelően a prevenció egyfajta „beoltás”, ellenállóvá tétel e hatásokkal szemben, másrészt az ellenállási készségek fejlesztése és a normatív elvárások (tehát az, hogy mindenki drogozik”, vagy hogy „a fiatalok többsége drogozik”) átalakítása. Az „immunizálás” azon alapult, hogy a fiatalok találkoznak dohányzásra felhívó hirdetésekkel, tehát már korábban immunizálni kell őket ezekkel szemben, hogy később ne reagáljanak az ilyen felszólító ingerekre. Ez azt jelentette, hogy cigarettareklámokat mutattak nekik, és kielemezték, hogy hol vezetik félre őket, hogy manipulálják őket a reklámokkal, továbbá arra készítették fel a fiatalokat, mit tegyenek, ha cigarettával vagy kábítószerrel kínálják őket, hogy legyenek felkészülve az ebben a helyzetben adandó válaszokra, reakciókra. A normatív elvárások más irányba terelése a következő okok miatt volt szükséges: a fiatalok többségének tudatában az az elképzelés él, hogy mindenki dohányzik, vagy a serdülők többsége kipróbálta már a kábítószerrel. A statisztikák bemutatásával bizonyítani lehet, hogy ez az elképzelés nem igaz, az ellenállási készségek fejlesztése pedig a média és a kortárs hatások kivédésére irányul. Ezek valójában az asszertív készségek közé tartoznak; hogyan tudja felismerni egy fiatal, hogy manipulálni, befolyásolni akarják egy általa nem kívánt irányba, és mit tud tenni ennek elkerülése vagy kivédése érdekében. Az eredményesség-vizsgálatok szerint, amelyek elsősorban a cigarettázásra terjedtek ki, a programok hatékonyak. Egyes vizsgálatokban a dohányzás 30-50%-kal csökkent a kontrollcsoporttal összehasonlítva (ahol nem történt prevenció), és az új dohányosok megjelenése is 30-40%-kal alacsonyabb volt. A követéses vizsgálatok tanúsága szerint az eredmények még 3 év után is megfigyelhetők voltak.

Integrált szociális hatást / kompetenciát növelő megközelítések

E megközelítés háttérében olyan kutatási tapasztalatok álltak, amelyek szerint a fiatalok azért kezdenek el drogot használni, mert ebbe az irányban befolyásolják őket (kortársaik vagy a média), illetve hiányosak azok a készségeik, melyek segítségével ellent tudnának állni a droghasználatra készítő befolyásnak. Ezek az átfogó megközelítések egyesítik a korábbiak előnyeit, de nagyobb hangsúlyt fektetnek a készségfejlesztésre, illetve az intraperszonális (saját belső, személyiségen belüli) kompetencia (illetékesség) fejlesztésére. Feltételezik, hogy a droghasználat kialakulása nem egyetlen tényezőtől függ és fordítva, a személyiségfejlődésben szerepet játszó tényezők segítségével nemcsak a drogfogyasztás területén érhetők el kedvező eredmények. A kutatások szerint az átfogó, a nem egy-egy tényezőt megcélzó prevenciók programok az igazán hatékonyak.

A konkrét elméleti háttér a szociális tanulás-elmélete (Bandura, 1977), valamint a problémaviselkedések kutatása (Jessor és Jessor, 1977) jelentette. A droghasználat ezek szerint tanult viselkedés, ami valamilyen cél teljesítése érdekében történik. Kialakulásában és fennmaradásában jelentős szerepük van a környezeti megerősítő és hátráltató ingereknek, valamint a fiatalok hiedelmeinek (beliefs). A fő különbség az előző megközelítésekkel szemben leginkább a prevenciók program kivitelezésében, felépítésében mutatkozik meg. Kiemelt hangsúlyt kapnak az olyan technikák, mint a dramatikus elemek, helyzet- és szerepgyakorlatok, a visszajelzés, az ismétlés, a próbálkozás, az osztályon kívüli gyakorlás (pl. viselkedéses házi feladatok formájában). Szintén fontos szempont a problémamegoldó és döntéshozó készségek fejlesztése, az önértékelés fejlesztése, a stressz-szel való megküzdést elősegítő technikák gyakorlása, a kommunikációs és társas készségek fejlesztése (hogyan lehet pozitív és negatív érzéseket kifejezni, hogyan lehet ismerkedni és barátkozni). Sok olyan gyakorlati elemet tartalmaznak ezek a programok, melyek segítenek a serdülőknek abban, hogy a mindennapi életben a megküzdési technikáik fejlődjenek. Látható, hogy az irányzat fókuszában tulajdonképpen nem is a drog vagy a droggal kapcsolatos viselkedések állnak. Az irányzat alkalmazói feltételezik, hogy ha a serdülő segítséget kap mindennapi problémái megoldásához, megtanulja ezeket a technikákat, akkor nem fog drogokhoz nyúlni. Ezért speciálisan a drogokkal csak jóval kevesebb óraszámokban kell foglalkozni, mint az előző irányzatok esetében. Az irányzattal kapcsolatos kutatások zöme 13-17 éves fiatalokkal, általában a középiskolai korosztályhoz tartozó diákokkal készült, és zömük 40-80%-os droghasználat-csökkenést eredményezett.

A prevenciós programok hatékonysága nagyban függ az interaktivitástól. Megállapították, hogy egy program annál hatékonyabb, minél interaktívabb. Itt a diákok aktív részesei a programnak, a frontális munka helyett pedig a pedagógus bevonja a gyerekeket a gyakorlatokba, szerepjátékokba. A pedagógus nem csak tanít, hanem nevel is és maga is szerep-modellé válik. Az interaktív foglalkozások során kerül előtérbe a készségfejlesztés, a döntéshozás, problémamegoldás, a stressz-kezelés.

A prevenciós tevékenységek megvalósítása érdekében három alkalommal került sor akcióterv kialakítására, melyek kormányhatározatok (1036/2002; 1129/2004; 1094/2007) formájában kerültek elfogadásra. Az akciótervek minden alkalommal számos, alkalmanként mintegy 5-8 célkitűzést, tevékenységcsoportot határoztak meg a prevenciós tevékenységekkel összefüggésben. A 2009 decemberében elfogadott új Nemzeti Stratégia célkitűzéseinek összefoglalása megjelent az EMCDDA számára a Nemzeti Drog Fókuszpont által készített 2010-es éves jelentésében.

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

„A megelőzés szemléleti kerete a drogprevenció területén nemzetközileg elfogadott, bizonyítékon alapuló elvek mentén került kialakításra. Hangsúlyozza többek között a közösségi erőforrások kiaknázását, az integrált megközelítések alkalmazását, a készségfejlesztést és innovatív technikák alkalmazását, az alternatívák nyújtását és a korai kezelésbevételt. Az új stratégia is a különböző szinterek vonatkozásában fogalmazza meg célkitűzéseit, az egyes szintereken azonban elkülönülnek az általános, célzott és javallott prevencióval kapcsolatos célkitűzések.”¹²

A Stratégia alapvetően a következő prevenciós irányzatokat és azok főbb tartalmi elemeit sorolja fel:

Információ-közlés

- a drogokkal kapcsolatos ténybeli információközlés

¹² EMCDDA, 2010

- negatív hatás bemutatása: elrettentés, félelemkeltés
- az információ átadója lehet előadó, pedagógus, vagy a média
- a hatásvizsgálatok szerint nem hatékony ez a módszer
- a hatékonyság hiányának okai: veszély eltúlzása hiteltelenné teszi a közlőt, fiatalok kockázatkeresése
- egyes esetekben fokozhatja a drogok kipróbálására irányuló kíváncsiságot
- az információ hitelességét növelheti egy rendőr vagy volt drogos

Érzelmi nevelés

- hangsúly nem a tudás növelésén, inkább a személyiség és a szociális készségek fejlesztése a fő
- érzelmi nevelés, döntéshozás, érdekérvényesítő képesség, kommunikáció fejlesztése
- fő színtere a csoport, módszere a csoportfoglalkozás
- a mérések szerint nem túl hatékony, és speciálisan képzett szakemberre van szükség hozzá

Társas hatás modell:

- az előző módszerek hiányosságai hívták életre
- kiindulási alapja, hogy a drogozás egy tanult viselkedésmód
- társas immunizáció: a fiatalokat drogellenes üzenetekkel való "beoltása"
- nemet mondás: elutasítás képességének fejlesztése
- viszonylag hatékony, de csak egy bizonyos ideig (néhány év)

Drog alternatívák

- fiatalok pszichológiai szükségleteinek kielégítése a társadalom számára elfogadható módon
- természetes kockázatkeresés sporttal vagy közösségi tevékenységekkel
- a pszichológiai elmélyülésre alkalmas tevékenységek: a művészet, az értékteremtés
- a módszer csak akkor hatékony, ha egyénre szabott, ezért költséges lehet

Integrált megközelítés

- az előző módszereket összehangoltan használja
- átfedést mutat az egészségfejlesztés komplex programjával
- ez a módszer a leghatékonyabb a szakirodalom szerint

Prevenációs programok Magyarországon

DADA Program

A Magyar Rendőrség általános iskolai ifjúságvédelmi, bűnmegelőzési programja. A DADA mozaikszó, amelyben a betűk jelentése: Dohányzás – Alkohol – Drog - AIDS. A betűk sorrendje, a fogalmak egymásutánisága nem véletlenszerű: követni igyekezik a fiatalok próbálkozásait és az ezek következtében jelentkező veszélyeket.

A programot kizárólag rendőr oktathatja, mert ő olyan elsődleges, hiteles ismeretekkel áll a tanulók elé, amelyeknek sem a pedagógusok, sem a szülők nincsenek birtokában. Célja, hogy a gyermekek mindenkor felismerjék a veszélyhelyzeteket, meg tudják különböztetni a pozitív és a negatív befolyásolásokat, ki tudják számítani döntéseik, cselekedeteik következményét, eredményét, legyenek képesek nemet mondani még a kortársaiktól érkező csábításnak, kínálásnak is, konfliktushelyzeteiket úgy oldják meg, hogy ne érezzék vesztesnek magukat.

A program fő mondanivalója: tanuld meg a veszélyhelyzetet mindenkor felismerni, a következményeket jól átgondolva helyesen dönteni, ha kell elutasítani a neked ártó dolgokat, de mindenképpen mondd el a szülőknek, tanárnak, rendőrnek, hogy mi történt, és ha lehet, próbáld meg elkerülni az ilyen helyzeteket.

ELLEN-SZER Program

A Magyar Rendőrség biztonságra nevelő középiskolai programja, célzottan a 10. és 11. évfolyamos fiatalok számára. A program arra vállalkozik, hogy a kamaszkor kritikus időszakában mellé áll a fiataloknak és hasznos ismeretekkel, tanácsokkal segíti őket az eligazodásban, abban, hogy ne váljanak veszteseivé ennek a korszaknak.

A program alaptétele, hogy emelje a fiatalok biztonságát a legsúlyosabb devianciák, a bűnözéssel és a szerfogyasztással szemben. Tudatosítsa bennük, hogy a bűncselekményekkel szemben fel lehet és kell lépni, ne tűrjék el, hogy áldozat válják belőlük, kérjenek segítséget, illetve áldozattá válásuk elkerülése érdekében alkalmazzák az oktatás során megismert technikákat.

A programban elhelyezkedő média témakör harmonikus egységet képez a Nemzeti Alaptanterv vizuális kultúra műveltségi területeinek irányelveivel. A rendőr oktató felvállalja, hogy elrendezi a tömegtájékoztató eszközökből áradó különböző információhalmazt, s azt „rendőri

szemlélettel” közvetíti a diákok felé (lásd az erőszak tartalmú bűnügyi-, akció-, horror-, és pszicho-thriller filmeket). Ez a szerepe mintegy elősegíti, hogy a diák felismerje a média emberekre történő befolyásoló szerepét, azok káros hatásait. A középiskolai program ezért különös figyelmet szán a témának, ezáltal igyekszik ösztönözni a szelektivitásra épülő, értelmes médiahasználatot.

A programrészt főbb nevelési céljai: önálló gondolkodásra nevelés; a döntési képesség, aktivitás kifejlesztése; a helyes értékrend kialakítása; az önazonosság, önismeret pozitív irányú fejlesztése; a nemes értelemben vett ‚helyi karakter’ alakítása; a szociális magatartás képességeinek és készségeinek elsajátíttatása; szeretetteljes emberi kapcsolatok, fejlett együttműködési készség kialakítása; a toleranciára való nevelés; a szenvedélybetegség-mentes attitűd kialakítása.

Drogprevenációs összekötő tiszti hálózat

A fiatalok kábítószer-fogyasztásának visszaszorítása érdekében a rendőrség 2014 szeptemberében új drogprevenációs programot indított „A szülők és a családtagok a rendőrség kiemelt partnerei a kábítószer-bűnözés megelőzésében” címmel. A kezdeményezés keretein belül a rendőrség kiemelten számít a szülők együttműködésére. A program célja, hogy a 12-18 éves gyermekeket nevelő szülők, családtagjaik közvetlen tájékoztatást kapjanak a kábítószer-fogyasztás kockázatairól, büntetőjogi következményeiről. A kezdeményezés a szülők megelőzésben betöltött szerepét hangsúlyozza: a társas kohézió és a családi kapcsolatok megerősítése segítséget jelenthet a kortársak befolyásolásával és az iskolában szerzett kudarcélményekkel szemben.

VoltEgySzer- mobilizált drogprevenáció

A Nyíró Gyula Kórház Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Drogambulanciája és a Moholy-Nagy Művészeti Egyetem Kreatív Technológia Laborja közös, VoltEgySzer névre hallgató projektjük keretein belül nemzetközi viszonylatban is egyedülálló, fiatalokat és szüleiket célzó, drogprevenációs mobil applikációt, illetve honlapot fejlesztett¹³, mely újszerűen, többek között animált képregényes formában hívja fel a figyelmet a megelőzés fontosságára.

A projekt célja olyan mobil alkalmazás, illetve honlap fejlesztése volt, ami vonzó a tizenévesek számára és hatékonyan mozdítja elő a prevenciót, illetve ami a szülőknek is gyakorlati tanácsokkal szolgál, hogy hol és milyen szakemberek és civil segítők érhetők el. Az applikáció

¹³ <https://voltegyyszer.com/>

hat különböző aspektusból közelít a témához, hat különböző módszerrel igyekszik megszólítani a fiatalokat: interaktív képregénnyel, kvízzel, a pszichoaktív szerek és elváltozások bemutatásával, szerepjáttékkal, valamint a segélynyújtó helyek ismertetésével. A mobil alkalmazás egyesíti a weben szokásos ismeretnyújtást és a számítógépes játék élményét.

A hagyományos, személyes kapcsolaton alapuló iskolai prevenciós programokhoz képest az applikáció nagy előnye, hogy nem csupán egy-egy alkalommal, hanem bárhol és bármikor képes a serdülők számára “párbeszédet” biztosítani és az adott helyzetben releváns visszajelzéseket adni. Az alkalmazott műfajok - animált képregény és szerepjáték - eleve vonzóak a fiatalabb korosztály számára. Ezen felül a mobil applikáció anonimitást biztosít a használói számára. A mobil eszközök hazai elterjedtségére vonatkozó felmérések alapján elmondható, hogy a fiatakorúak egyre nagyobb hányada, szociális helyzetre való tekintet nélkül, használ már az alkalmazáshoz szükséges eszközt, így hatékony prevenciós eszközzé válhat ez az igazán XXI. századi, a digitalizált, felgyorsult világhoz is alkalmazkodó applikáció.

A projekt nemzetközi viszonylatban abban a tekintetben is egyedülálló, hogy nemcsak a fiataloknak, hanem a szülőknek is segítséget kínál. Az alkalmazás letölthető a Google Play és az App Store áruházakból.

Tudattörő- drogprevenciós szabadulószoza

2017 decemberében Drogprevenciós szabadulószoza nyílt a Nyíró Gyula Kórház és a XIII. kerületi Prevenciós Központ együttműködésének eredményeként a világon elsőként¹⁴. A szabadulószoza a közönség számára ingyenesen látogatható, csak regisztrálni szükséges hozzá.

A szabadulószoza sztorija: a történetben a játékosoknak egy elhanyagolt terhességből született, szétesett családban, magányosan felnövő drogfüggő életútját kell végig követniük. Közben megismerik a különféle kábítószereket, azok veszélyeit, és a függőségből való gyógyulás nehézkes folyamatát is. Logikai és kooperatív feladatok segítségével juthat a résztvevő közelebb a végső megoldáshoz. Az interaktív, játékos módszerekkel felépített prevenciós programot kimondottan középiskolásoknak szánják a készítőik.

A hatékony drogprevenció formái

¹⁴ <https://tudattoro.voltegyyszer.com/>

- ✓ A gyermekeket fel kell ruházni a szükséges és korszerű ismeretekkel, készségekkel és jártaságokkal.
- ✓ Az iskolán kívüli szabadidős tevékenységben rejlő szocializációs lehetőségeket, és azok hatékonyságát kell erősíteni.
- ✓ Hangsúlyt kell fektetni olyan életvezetési készségek, megküzdési (alkalmazkodási) módok kiépülésére, amelyek kinek-kinek az egyéni boldogulását, útkeresését és az egészségesebb alternatívák választását mozdítja elő.
- ✓ Az egészségfejlesztés eszmerendszerének fontos alappillére, hogy a gyermekekben és fiatalokban kialakuljon a saját életük iránti felelősségérzet.
- ✓ Lehetőséget és teret kell biztosítanunk a közös élményeken túl a nyílt kommunikációnak, valamint tudatosító beszélgetéseknek az indirektivitás és az informális pedagógia eszköztárát használva.

A drogprevenció egyes szinterei¹⁵

Család

A rendszert célzó preventív programokat meg lehet valósítani a veszélyeztetettség előzetes vizsgálata után vagy a veszélyeztetettség vizsgálata nélkül. Ez utóbbi típusba tartoznak azok a beavatkozások, amelyek általában minden családnak szólnak, míg az előbbiek kifejezetten azokat a családokat célozzák, amelyeknél fennáll a kockázata a szerhasználathoz kapcsolódó problémák kialakulásának. Habár nincs egységes európai definíció, veszélyeztetett családnak tekinthetjük azokat a családokat, amelyeknél a család egy vagy több tagjának alkohol és/vagy szerhasználati problémája van, és/vagy ahol a szülők között sok a konfliktus és az erőszak, ahol a kapcsolatok szegényesek, ahol valamilyen törés volt a családban (pl.: válás, halál) és/vagy ahol komoly anyagi problémákkal küzdenek.

A gyermekek szerhasználatában leggyakrabban a következő faktorok játszanak szerepet: a szülők alkoholfogyasztása illetve szerhasználata, idősebb testvérek szerhasználata, szülői felügyelet hiánya, rossz családi kapcsolatok, törések a családi életben és nehéz anyagi körülmények. Az európai és nemzetközi kutatások azt mutatják, hogy a függő szülők gyermekei

¹⁵ forrás: dr. Sivadó Máté: Jelenkori drogpolitika Magyarországon és Európában, tengerentúli kitekintéssel – doktori (PhD) értekezés (2015)

veszélyeztetettebbek, nagyobb eséllyel fognak kipróbálni valamilyen szert, válnak szerhasználókká vagy függőkké késő kamaszkorukban. Az is ismert, hogy a családok kockázati jellemzői – problémás szerhasználat, konfliktus, elhanyagolás, szülői felügyelet hiánya, kevés interakció a fiatal és családtagjai között, szociális hátrányok – növelik a problémás szerhasználat kockázatát a gyermekeknél. Bár a szülői felügyelet hiánya előfordulhat egyedülálló szülőknél és tehetős családoknál is, a szülői fegyelmezés és ellenőrzés, a családi kohézió egyaránt fontos védő tényezők.

Iskola

Mivel a kamaszkor önmagában kockázati tényező és az illegális szerek használata jellemzően iskolás korban kezdődik, így az iskola hatékony színtere az általános prevenciónak. Továbbá az iskolába járó fiatalok nagyobb célcsoportján belül vannak különösen veszélyeztetett csoportok, mint például az iskolából kimaradók, a társas vagy tanulmányi problémákkal küzdők (ugyanígy a fiatalkorú bűnözők, gyermekotthonokban nevelkedők, az olyan környéken élő fiatalok, ahol a szerhasználathoz kapcsolódó problémák és kockázati tényezők halmozottan vannak jelen). Lehet átfedés ezek között a csoportok között: például egy olyan fiatal, aki sokat hiányzik az iskolából vagy rossz az iskolai teljesítménye, lehet, hogy családi problémákkal is küzd vagy érintett a fiatalkori bűnözésben, ráadásul, ha több veszélyeztetett csoporthoz is tartozik, azok hatásai összeadódnak, és így még nagyobb a szerhasználat valószínűsége.

Az iskolai programokat össze lehet állítani úgy, hogy a szerek fizikai és pszichés hatásairól adjanak át ismereteket, mint a szerekkel kapcsolatos negatív attitűd kialakításának módját; hogy növeljék az egyén önbecsülését és tudatosságát, olyan pszichológiai tényezőkkel dolgozva, amelyek hozzájárulhatnak az egyén kitettségéhez; hogy a visszautasításhoz és a társas élethez szükséges készségeket tanítsanak meg; hogy a prevalenciával (vagy informális normákkal) kapcsolatos percepciókat megváltoztassák; illetve, hogy a szerhasználattal szemben ösztönözzék a részvételt olyan alternatív tevékenységeken, amelyek egyben a kontroll képességet is növelik.

Az iskolák tanulóinak szóló beavatkozásokat a következő csoportokba sorolhatjuk:

- készségekre fókuszáló beavatkozások, amelyek célja, hogy fejlesszék a tanulók általános készségeit, a visszautasítás és a biztonságra törekvés képességét;
- affektív beavatkozások, amelyek célja, hogy a belső tulajdonságokat alakítsák át: az olyan személyiségjellemzőket, mint az önbecsülés és önhatékonyság, illetve az olyan motivációs tényezőket, mint a szándék a szerhasználatra);

- tudás fókuszú beavatkozások, amelyek célja, hogy növeljék a szerekekkel, azok hatásaival és következményeivel kapcsolatos ismereteket.

Lakosság

Feltételezhető, hogy a népesség minden tagja ugyanolyan általános kockázatnak van kitéve a szerhasználat vonatkozásában, ugyanakkor az egyéni kockázat nagyon eltérő lehet.

Az egyének nem kerülnek kapcsolatba a szerekekkel kizárólag a személyes jellemzőik miatt. Sokkal inkább a környezeti tényezők komplex rendszere befolyásolja őket, mint például az, hogy mit tekintenek normálisnak, elvártnak vagy elfogadottnak abban a közösségben, ahol élnek, a szabályok az adott országban, a médiában megjelenő üzenetek, amelyeknek ki vannak téve, illetve, hogy mennyire lehet hozzáférni alkoholhoz, cigarettához vagy illegális szerekekhez. A szerhasználatra tehát a rendszer egészének eredményeként tekinthetünk.

A legfőbb eszközök a tömegmédiában megjelenő kampányok, valamint az olyan beavatkozások, mint a piac szabályozása vagy a különböző korlátozó intézkedések (életkorra vonatkozó korlátozások, vagy a dohányzás betiltása bizonyos helyeken). Ezek a beavatkozások a kényszerítésen és korlátozáson kívül tartalmazhatnak pozitív elemeket is, például amikor megteremtik a változtatáshoz szükséges lehetőségeket, támogatást és biztatást. Az általános népességnek szóló stratégiák döntően a legális szereket célozzák meg, mégis fontosak a teljes prevenciós terület szempontjából, mert a korai, széles körben jellemző és intenzív alkoholfogyasztás és dohányzás sok országban összefüggést mutat az illegális szerhasználattal.

Az illegális drogok iránti kereslet csökkentése ésszerűnek látszik. Ugyanakkor a tudatállapot megváltoztatásának vágya, és a pszichoaktív drogok használata ezen cél elérése érdekében szinte univerzális jelenség – és a legtöbbször nem okoz problémát. Gyakorlatilag egyetlen társadalom sem volt drogmentes, és évről évre egyre több drogot fedeznek fel és hoznak létre. Azok a keresletcsökkentési erőfeszítések hasznosak lehetnek, amelyek az őszinte tájékoztatáson és a droghasználat pozitív alternatíváin alapulnak, kivéve, ha irreális, zéró-tolerancia politikává válnak.

A zéró-tolerancián alapuló szabályozás elrettent ugyan egyeseket a drogok használatától, emellett azonban drámaian növeli az ártalmakat és költségeket azok számára, akik nem engedelmessé válnak neki. A drogok potensebbé válnak, a droghasználat veszélyesebb lesz, a drogokat használó emberek pedig olyannyira marginalizálódnak, ami senkinek sincs hasznára.

A legtöbb prevenciós tevékenység az általában vett szerhasználatra koncentrálna, illetve esetenként az ezzel járó problémákra, például az erőszakra és a kockázatos szexuális magatartásra; csak korlátozott számú program foglalkozik külön az egyes anyagokkal, például az alkohollal, a dohányzással vagy a kannabisszal.

Gyermekvédelem

Az állami gondoskodásban történő szocializálódás, az esetek többségében értéksemleges nevelés olyan alapvető hiányosságokat szül az itt élő gyermekek és fiatalok személyiségjegyeit tekintve, amelyek az esetek döntő többségében, a kikerülést követően további elszigetelődéshez, életpályájuk meredek zuhanásához vezetnek. Életükből legtöbbször hiányoznak a példaképek, a követhető, jó minták, melyek elengedhetetlenül szükségesek lennének sikeres beilleszkedésükhöz. A referenciaszemély szerepét legtöbbször nem egy etalon- személyiség tölti be, így nagy a veszélye - a státuszukat tekintve - peremhelyzetük megszilárdulásának a kikerülésüket követően. Pedig értékpreferenciáikat tekintve a legfontosabb értékek ugyanazok, mint bármely családba felnövekvő társuknál.

A családból kiemelt gyermekek és fiatalok esetében nem nevezhetünk meg egy okot, ami miatt droghasználóvá válhatnak, nagyon komplex okrendszer vezethet ehhez az úthoz. A főbb problémaköröket csoportosítva azonban áttekintést nyújthatunk, hogy a droghasználóvá válás megelőzése érdekében milyen problémakörökkel kell dolgoznunk a család nélkül nevelkedő fiatalok esetében:

I. Interperszonális kapcsolati rendszer hiányosságai

- a. Személyes támogató háttér hiánya
- b. Destruktív kapcsolatok
- c. Kortárs kapcsolatok kiemelt szerepe
- d. Szocializációs hiányosságok

II. Bizalom/önbizalom hiányosságai

- a. Alacsony önbecsülés
- b. Bizalmi problémák

III. Önrendelkezési problémák

- a. Rossz, vagy hiányos konfliktuskezelési technikák
- b. Hiányos problémamegoldási képesség
- c. Megküzdési képesség hiánya
- d. Reziliencia hiánya
- e. Szociális kompetencia hiányosságai
- f. Döntés és felelősségvállalás egyensúlyának felborulása

IV. Kommunikációs nehézségek

- a. szegényes szókincs
- b. asszertív kommunikáció hiánya
- c. túlsúlyban lévő indulatvezérelt kommunikáció
- d. társadalmilag elfogadott kommunikációs fordulatok ismereteinek hiánya
- e. érzések megfogalmazásának hiánya

V. Elítélő társadalmi környezet

- a. kettős szégyenbélyeg
- b. elfordulás
- c. adekvát segítségnyújtás hiánya

VI. Jövőkép hiánya

- a. célok megfogalmazásának hiánya, célokhoz vezető út ismeretének hiánya
- b. reménytelenség, kilátástalanság érzése
- c. Maslow szerinti szükséglethierarchia kielégítetlensége az alsóbb szinteken

Egy gyermekvédelmi intézmény, vagy egy nevelőszülői család működésének nagy részét a hétköznapi feladatok rutinszerű megoldása, és az éppen aktuális problémák megoldása jelenti. A drogprobléma kezelése úgy jellemezhető, hogy hirtelen a figyelem középpontjába kerül, ha nyugtalanító esetek derülnek ki a fiatalok drogfogyasztásával kapcsolatban. Ekkor sürgős intézkedésekről hozunk döntéseket, fokozott odafigyelésre és cselekvésre szólítjuk fel az összes

nevelőt, de amikor új, más jellegű problémák kerülnek előtérbe, a drogzkérdés megint háttérbe szorul. A napi rutinnak sem része a drogzokról való kommunikáció, ha éppen nincs különösebb aktualitása, így csak a pedagógiai programba és a foglalkozások témáiba építve biztosítható, hogy a drogzokról szó eshessen az aktuális kontextus terhe nélkül.

Sok nevelő és szülő/nevelőszülő nem érzi magát kompetensnek a drogzokkal kapcsolatban, és bár foglalkozásokon az egészséges életmód tárgyalásakor megbeszélnek a dohányzás és az alkoholfogyasztás veszélyeit, nem esik szó az illegális szerekről. A kollégáknak nagy szerepe van a drogzprobléma kezelésében akkor is, ha nem rendelkeznek szakszerű jogi, biológiai, kémiai ismeretekkel, mivel az élet szinte minden területének tárgyalásakor meg lehet említeni a kábítószerket, szervesen kapcsolva az adott témához.

Néhány szempont a drogzprevenciós tevékenységeink tervezéséhez:

- A drogzok kérdésével nem csak kampányszerűen kell foglalkozni, de nem is szabad állandóan, főleg nem kötelező jelleggel a fiatalokra erőltetni.
- A fiatalok körében végzett kutatásokból kiderül, hogy a tanulók szemében hiteles lehet egy gyógyult drogzos vagy egy pszichológus előadása a drogzok témájában, így módot kell találni ezen programok megrendezésére.
- A fiatalok érzékenységét növelni kell a témában, olyan módon, hogy ne azt érezzék, hogy őket gyanúsítják drogzhasználattal, vagy „kinézik belőle”, hogy drogzos.
- Az érzékenyítés eszköze lehet, ha egy jól sikerült játékfilmet néznek meg a foglalkozáson. A film kiválasztásakor célszerű olyan filmet választani, ami professzionális technikával készült kis- vagy nagyjátékfilm, lehetőleg nem túl régen készült, a diákok által is ismert szereplők játszanak benne, a története lehet „akciódús” vagy drámai, de semmiképp sem a sokkolás, vagy az elrettentés kerüljön a középpontba.
- Fontos, hogy a filmben ábrázolt karakterek hitelesek legyenek, és ha kortársakat ábrázolnak, akkor létrejöhessen az azonosulás a szereplővel. A film ábrázolhatja naturalisztikusan a bűnözést, az erőszakot vagy a drogzfogyasztás körülményeit, de fontos, hogy ezeket sose öncélúan, hanem a végső pozitív üzenet érdekében tegye. A vetítés végén mindig célszerű megbeszélni a nézőkben megfogalmazódó kérdéseket, „kibeszélni” a felszabaduló érzéseket.

Az eredményes prevenció elvei

A fentieket figyelembe véve megpróbálhatjuk összegezni, hogy milyen prevenciós programok tekinthetők hatékonynak, ám valójában csak általános elveket lehet megfogalmazni, konkrét módszertani ajánlásokat nem lehet tenni. A sikeres prevenció alapelvei az alábbiak:

- A prevenciós programoknak a „protektív faktorokat” kell erősítenie, és csökkenteni a „kockázati”, „veszélyeztető” tényezők befolyását.
- A prevenciós programoknak az összes pszichoaktív anyagra ki kell terjedniük (dohányzás, alkohol- és gyógyszerfogyasztás, kábítószer-és inhaláns használat).
- A prevenciós programoknak tartalmazniuk kell olyan készségek fejlesztését, melyek segítenek a fiataloknak ellenállni a drogok kínálásának, erősítik a személyes elkötelezettségüket a drogokkal szemben, növelik szociális kompetenciájukat (pl. kommunikációjukat, kortárs kapcsolataikat, én-hatékonyságukat, asszertivitásukat, és megerősítik a drogokkal szembeni attitűdjeiket).
- A prevenciós programok interaktívak (pl. csoportos beszélgetéseket alkalmaznak), és a hangsúly nem a didaktikus előadásokon van.
- A prevenciós programok bevonják a szülőket; így megerősítik a fiatalok felé továbbított üzeneteket, valamint lehetőséget teremtenek arra, hogy a család ezeket a témákat megbeszélje, és kialakítsa a család stratégiáját ezekkel az anyagokkal szemben (mit, hány éves korban lehet, vagy nem lehet használni).
- A prevenciós programok hosszú távúak, végig kísérik az iskolai pályafutást, ismétlődnek, megerősítve a korábban kitűzött célok elérését.
- A család-központú prevenciós programok hatékonyabbak, mint a csak a gyerekeket vagy csak a szülőket megcélzó programok.
- A közösségi programok, melyek médiakampányokat és stratégiai-politikaiváltozásokat tartalmaznak (pl. alkoholos italok kiszolgálása 18 év alatt, dohányárak reklámja és forgalmazása) eredményesebbek, ha iskolai vagy családi intervenciókkal párosulnak.
- A közösségi programoknak erősíteniük kell a drogokkal szembeni normákat, minden szinten: az iskolában, a családban és a helyi közösségben.
- Az iskolai programoknak minden, iskolába járó populáció-szegmenst el kell érniük, ezen kívül speciális módszereket kell alkalmazniuk a különösen veszélyeztetett populációkkal kapcsolatban (pl. magatartásproblémás gyerekek, tanulási nehézségekkel küzdő tanulók, potenciális iskolából kimaradók).

- A prevenció programoknak figyelembe kell venniük az adott közösségben felmerülő drogjelenség speciális természetét.
- Minél nagyobb a kockázat egy adott populációban, annál intenzívebb prevenció beavatkozásokra van szükség, és annál korábban el kell kezdeni ezeket a beavatkozásokat.
- A prevenció programoknak életkor-specifikusnak kell lenniük, alkalmazkodniuk kell a fiatalok fejlettségéhez, valamint figyelembe kell venniük a diákok kulturális hátterét.
- A hatékony prevenció programok költséghatékonyak. Becslések szerint minden prevencióra költött forint 4-5-szörös megtakarítást okoz a kezelési költségek csökkenésével (és az egyéb költségek, pl. a kriminalitással kapcsolatosak, ebben a számításban nem is szerepelnek).

A drogprevenciónak számtalan irányzata, eszköze létezik és működik, melyeknek a célja, hogy a fiatal generáció ne nyúljon sem legális, sem illegális drogokhoz, rendelkezzen megfelelő ismeretekkel a drogok és egyéb viselkedési függőségekről, hogy fel tudja ismerni a számára veszélyes helyzeteket és önmagát becsülni tudó fiatalként tudjon dönteni ezekben a helyzetekben.

A szocializáció elsődleges közege a család, amelybe a gyermek beleszületik. Ha a gyermek számára a saját családja nem tud vagy akar biztonságot adó, védelmező, az egészséges személyiségfejlődését biztosító közeget teremteni, a gyermekvédelemben tevékenykedő, a családból kiemelt gyermekek neveléséért felelősséget vállaló szakemberek feladata a gyermek sérüléseinek gyógyítása és olyan egészséges személyiségű felnőtté nevelése, aki képes bizalmat adni és elfogadni, aki tisztában van erősségeivel, értékeivel, képességeivel és készségeivel. Aki képes kifejezni érzéseit és mások érzéseit is tiszteletben tartja, aki képes az önérvényesítésre mások érdekeit is tiszteletben tartva, aki képes az önálló életvezetésre és nem függ másoktól, nem fél a döntéshelyzetektől, vállalja a felelősséget döntéseiért. Reális, számára elérhető céljai vannak, és küzd is ezeknek a céloknak az eléréséért.

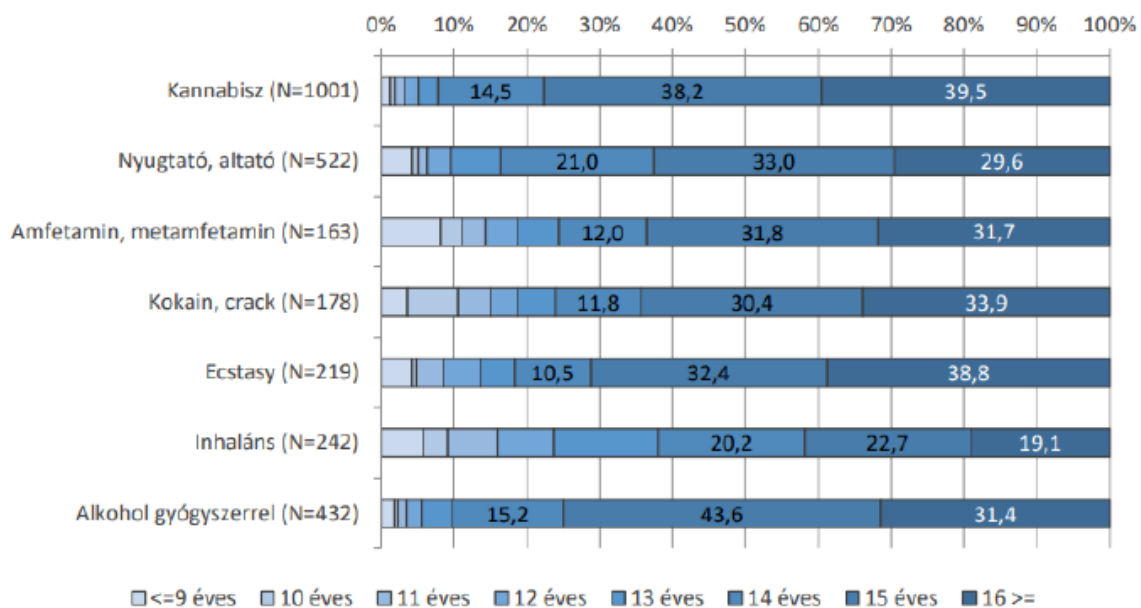
A drogprevenció elsődleges eszköze és módszere a gyermek egészséges személyiségfejlődésének biztosítása családon belül, és ha ezt a saját családja nem tudja biztosítani, akkor a gyermekvédelem rendszerében, ahol a sérülések gyógyítása és az egészséges személyiség fejlődésének elősegítése a fő feladat a nevelés eszközeivel.

A fiatalok számára, fiatalokra vonatkozó adatok

Az elmúlt évek adatai alapján¹⁶ Magyarországon aggasztó tendenciát figyelhetünk meg, ami az első szerhasználat időpontját illeti, különösen a fiatalabb korosztályok körében: egyre több 13-14 éves fiatal próbál ki pszichoaktív szereket.

Kamaszkorban, amikor a fiatalok keresik az identitásukat és bontogatják szárnyaikat, feszegetik a határokat, mint ismert, a családi minta helyét egyre inkább átveszi a kortárs csoportoknak való megfelelés. Fogyasztói társadalmunkban, ahol egyre inkább a javak és szolgáltatások fogyasztása határozza meg az egyéneket, számos kockázattal is számolni kell, az egyik ilyen kockázat a veszély átértékelődése az élet számos területén. Napjainkban a fogyasztás az önkifejezés részévé válik, és ezáltal egy olyan élethelyzetben találjuk magunkat, ahol egyre több döntést kell hozni, a fiatalok pedig azzal szembesülnek, hogy sorozatos döntéshelyzetbe kerülnek, amire nem mindenki képes a társadalmi normáknak megfelelően reagálni.

3. ábra: az első használat életkora a fogyasztók körében, 2019-ben



forrás: <https://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf>

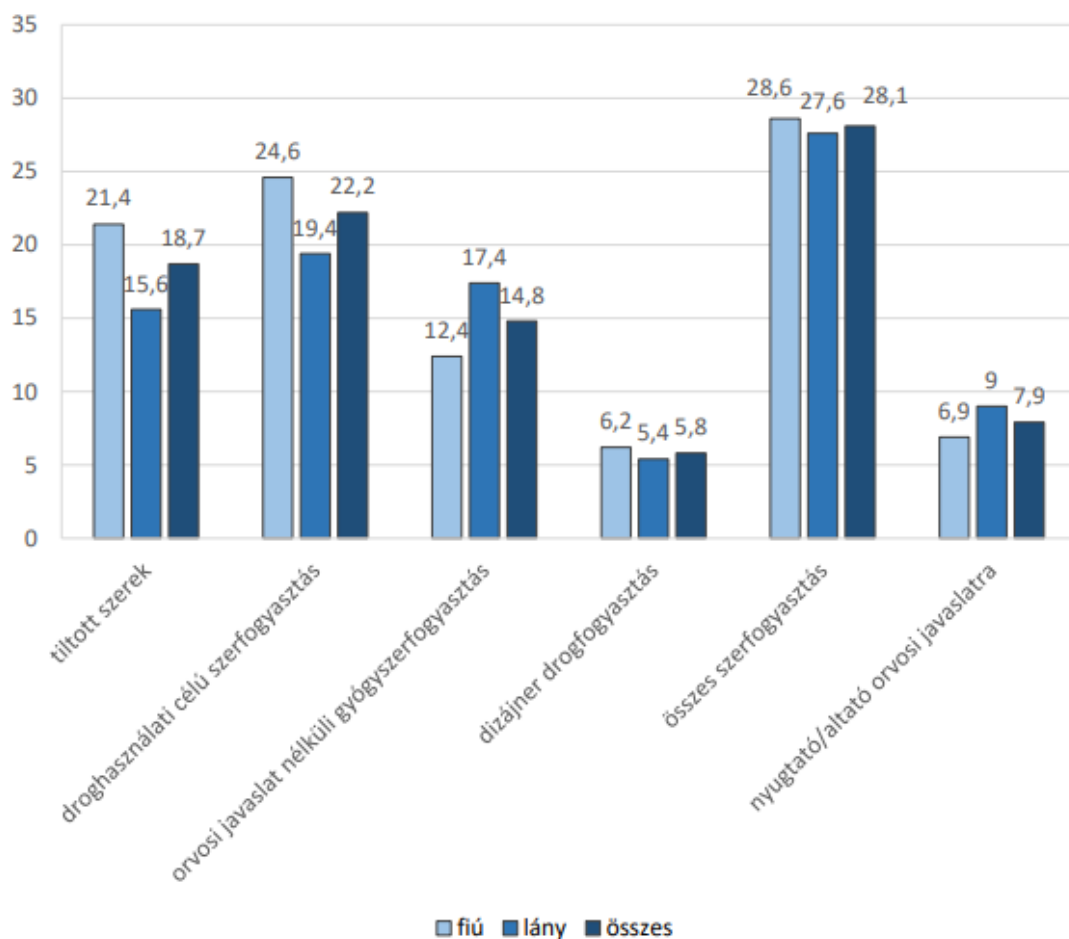
Az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2019-es kutatása¹⁷ szerint a fiatalok átlagosan 13 éves koruk körül találkoznak először a cigarettával és az alkohol fogyasztással, majd nagyjából egy évvel később jön az intenzívebb használat, mint a napi

¹⁶ forrás: Különböző társadalmi csoportok droghasználati szokásai. Magyar drogfigyelő, 2024. január

¹⁷ <https://www.espad.org/espad-report-2019>

rendszerességgű dohányzás és a részegedés. Ugyanerre az időszakra tehető az inhalánssal való kísérletezés is. A fogyasztók 58,1%-a 14 évesen vagy még korábban találkozott először ezzel a szerhasználati módszerrel. Az egyéb drogokat általában 15 évesen vagy annál idősebb korban kezdik el használni, de érdemes megemlíteni, hogy a nyugtatók, altatók, amfetaminok, metamfetaminok és a kokain vagy a crack esetében relatíve magas arányban – több, mint 35%-uk-, - már 14 évesen vagy még fiatalabb korban kipróbálták ezeket az anyagokat. A tiltott és droghasználati célú szerfogyasztók nagy része rendszeresen használja ezeket a szereket, míg a dizájnert drogokat fogyasztók körében azok vannak többségben, akik csupán egy-két alkalommal próbálták ki ezeket az anyagokat.

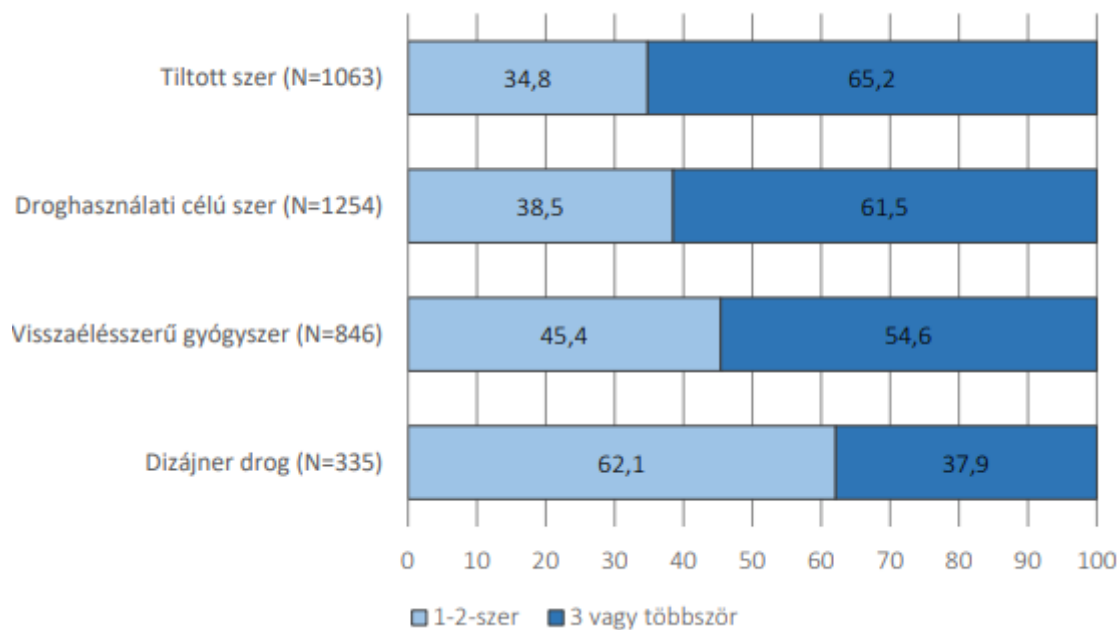
4. ábra: A különböző típusú szerfogyasztás életprevalencia értéke a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2019-ben, nemenként (%)



forrás: <https://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf>

A nemi különbségeket vizsgálva jelentősebb eltérés a tiltott szerek, a droghasználati célú szerfogyasztás, az orvosi javaslat nélküli gyógyszerfogyasztás, valamint a receptre felírt nyugtató, altató használatban mutatkozik meg. 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 dizájner drog fogyasztása és az összes szerfogyasztás tekintetében nem mutatható ki szignifikáns eltérés a fiúk és lányok között.

5. ábra: A szerhasználat gyakorisága a fogyasztók körében, 9-10. évfolyam, 2019-ben (%)



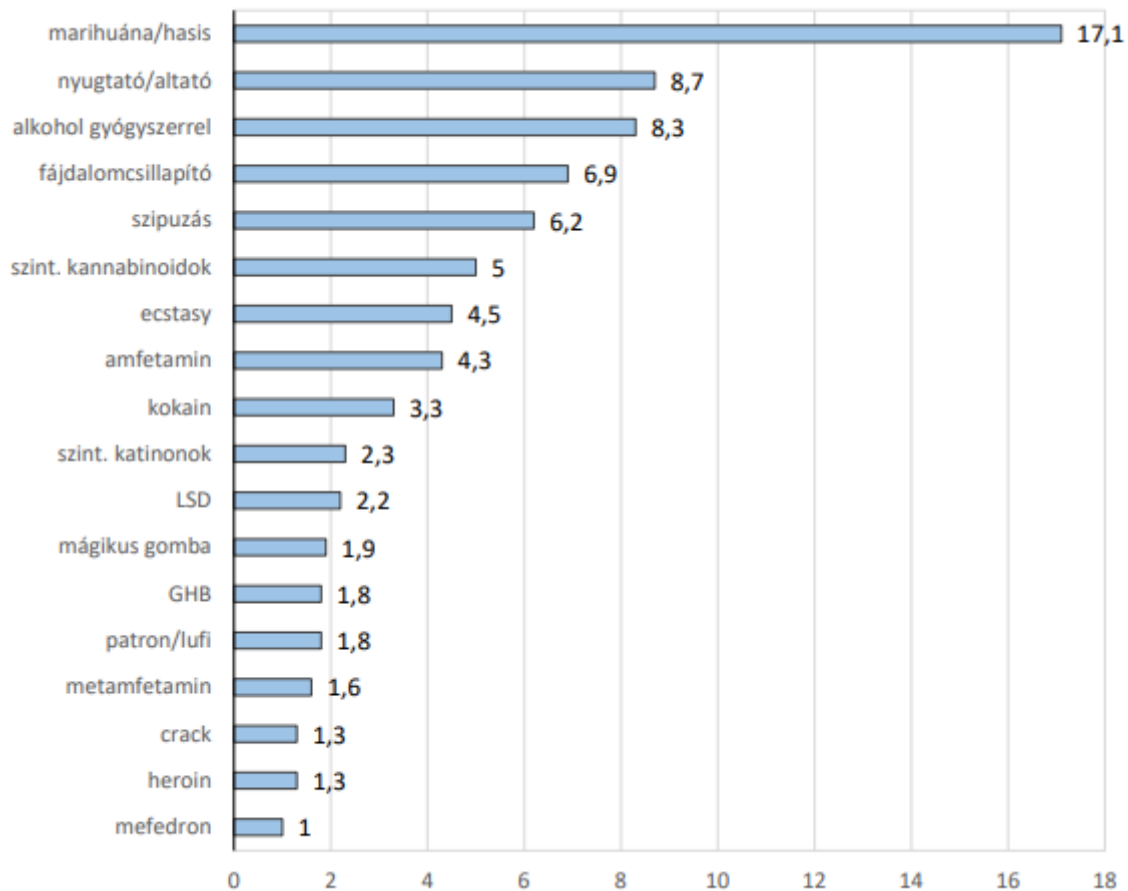
forrás: <https://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf>

A szerfogyasztás gyakorisága tekintetében, a tiltott és a droghasználati szer esetében „bátrak” a 9-10. évfolyamos diákok, ugyanis a fogyasztók jelentős többsége többszöri fogyasztónak és nem csupán a 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 anyagot (a droghasználat esetében rendre 38,5% és 61,5%).

A visszaélésszerű 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 egykét, 37,9%-a három vagy több alkalommal használt Új Pszichoaktív Szeret (ÚPSZ-ot). A szerhasználat gyakorisága nem mutat szignifikáns eltérést a fiúk és a lányok között.

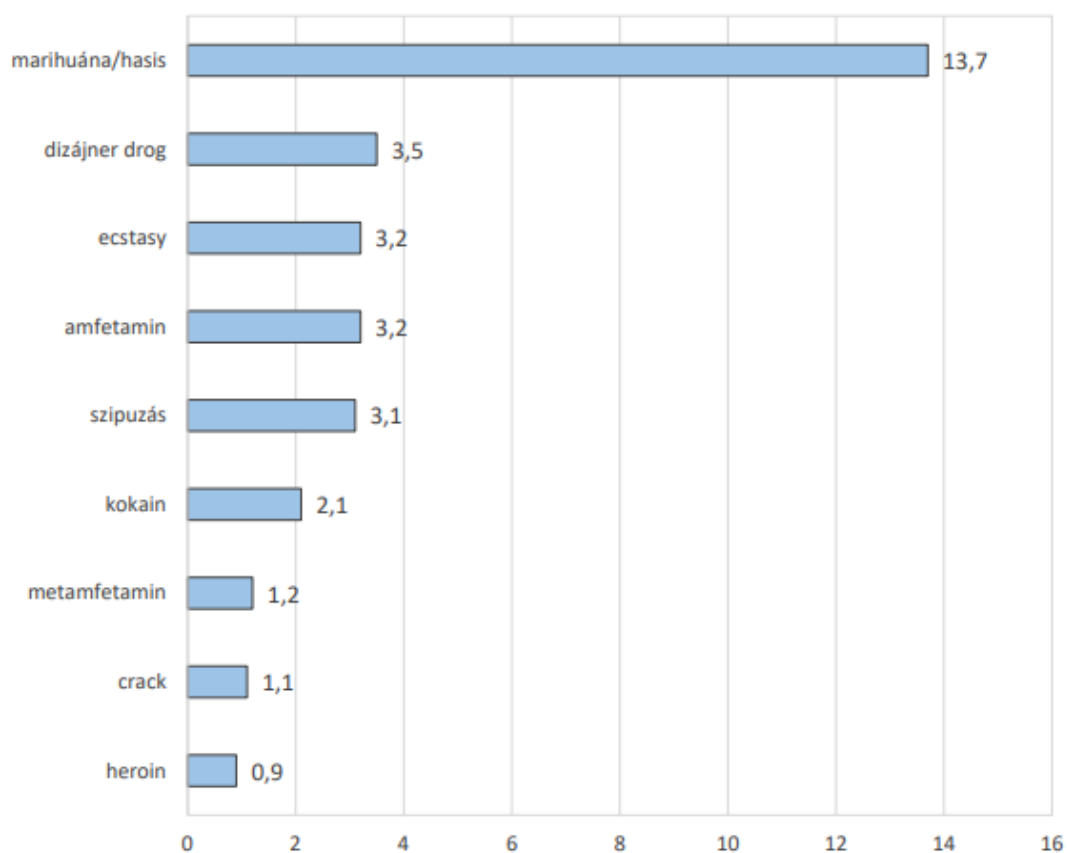
6. ábra: Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2019-ben (%)



forrás: <https://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf>

A szerfogyasztás piramisban a korábbi évekhez hasonlóan első helyen a kannabisz szerepel. A 9-10. évfolyamos diákok 17,1%-a próbálta már életében a kannabiszt. A kannabiszt követően a rangsorban a visszaélészerűen használt gyógyszerek szerepelnek: a diákok 8,7%-a fogyasztott már nyugtatót, altatót doktor javallata nélkül, 8,3%-a alkoholt gyógyszerrel, illetve 6,9%-a fájdalomcsillapítót azzal a céllal, hogy feldobódjon. 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.

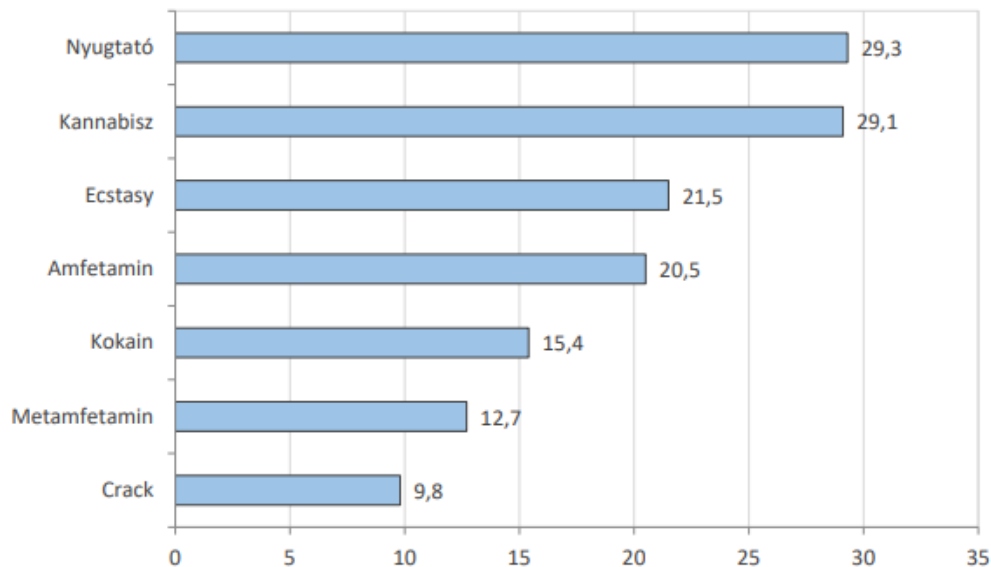
7. ábra: Szerenkénti éves prevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében
2019-ben (%)



forrás: <https://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf>

Ha a szerenkénti éves prevalencia értékeket vizsgáljuk, akkor azt látjuk, hogy ez esetben is a kannabisz szerepel az első helyen: a 9-10. évfolyamos diákok 13,7%-a fogyasztott a kérdezést megelőző évben marihuánát vagy hasist (a valaha fogyasztók 79%-a a kérdezést megelőző évben fogyasztott kannabiszt). Második helyen közel holtversenyben a dizájner drog, amfetamin, ecstasy és szipuzás szerepel, 3% körüli prevalencia értékekkel. A többi vizsgált szer éves prevalencia értéke 1-2% körül van.

8. ábra: A különböző szereket könnyen vagy nagyon könnyen hozzáférhetőnek tartók aránya a 9-10. évfolyamos diákok körében, 2019-ben, %

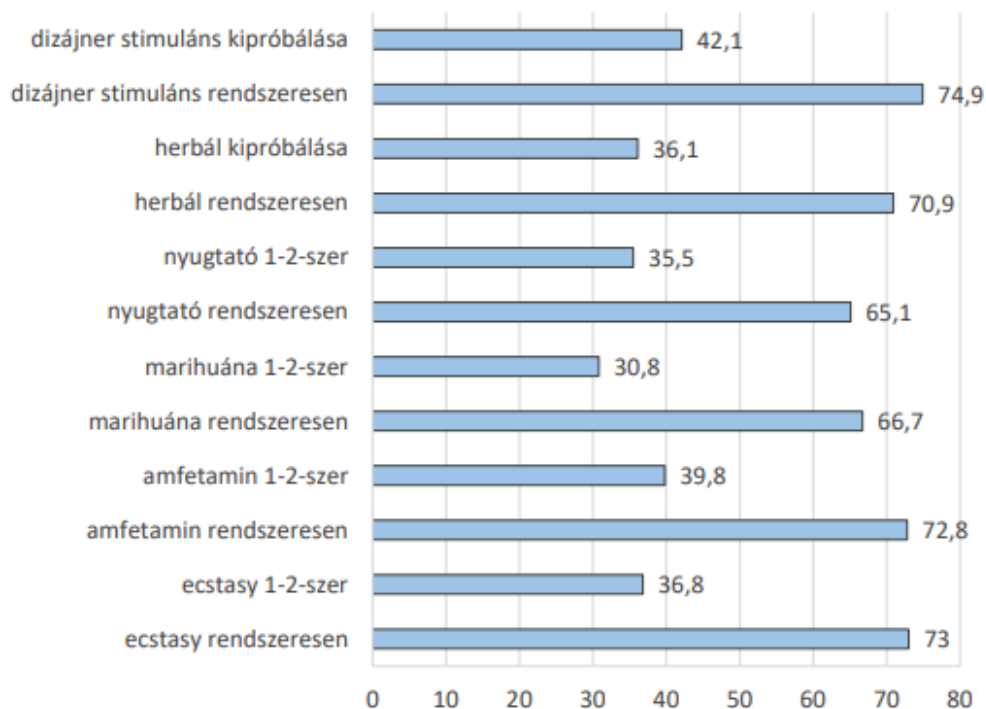


forrás: <https://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf>

Hozzáférhetőség

A 9-10. évfolyamos 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. Könnyen vagy nagyon könnyen hozzáférhetőnek tartók aránya ezen szerek esetében kb. 10-15% között van.

9. ábra: A különféle szerek fogyasztását nagyon veszélyesnek tartók aránya a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2019-ben (%)



forrás: <https://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf>

Veszélyészlelés

A 9-10. évfolyamos diákok minden vizsgált szer esetében egyértelműen különbséget tudtak tenni a kipróbálás és rendszeres használat veszélyességének megítélése között: a rendszeres fogyasztást minden szer esetében veszélyesebbnek gondolják a fiatalok a kipróbáláshoz képest. A dizájner drogok, 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 diákok kétharmada gondolja úgy, hogy nagyon veszélyes e szerek rendszeres használata. A kipróbálás veszélyességének megítélése esetében a kannabisz mutatkozik legkevésbé veszélyesnek a fiatalok szerint, és leginkább veszélyesnek a dizájner stimuláns, valamint az amfetamin kipróbálását tartják.

2025 tavaszán megjelent a European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2024-es gyorsjelentése

Az Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról (ESPAD) 30 éve követi nyomon a serdülők rizikómagatartását Európában, 37 ország részvételével. Bár a hangsúly továbbra is a szerhasználati szokásokon és trendeken van, legújabbán a kutatás hangsúlyt helyez a mentális jóllétre és a prevenciók tevékenységeire is, felismerve e tényezők egyre nagyobb jelentőségét a serdülők egészségi állapota alakításában. Fontos tudni, hogy az ESPAD kutatás kizárólag a 15-16 éves korosztályban vizsgálódik.

A 2024-es jelentés¹⁸ részletes képet fest a 15–16 éves európai diákok illegális droghasználati szokásairól. Magyarország továbbra is az európai mezőny középmezőnyének felső részében helyezkedik el, azonban vannak területek – különösen a dizájner drogok és a kokain –, ahol a magyar diákok kiemelkedő arányokat mutatnak. Az alábbiakban ezeket az adatokat vetjük össze az európai trendekkel.

Marihuána-használat: Magyarország visszafogottabb, de nem elhanyagolható

Az adatok alapján a marihuána továbbra is a legelterjedtebb illegális szer a vizsgált korosztályban és országokban: átlagosan a diákok 16%-a próbálta ki életében legalább egyszer, míg Magyarországon ez az arány 13%, ami az európai átlag alatt van, de korántsem elhanyagolható. Természetesen a látenciát itt is figyelembe kell venni, és szem előtt kell tartani azt is, hogy a 14-29 korosztályt vizsgáló legutóbbi OLAAP jelentés ezt az arányt Magyarországon 36%-ra mérte¹⁹.

Az első kipróbálás kora átlagosan 14,5 év, ez szinte mindenütt egységes, így Magyarországon is ez a jellemző adat. Magyarországon a fiúk körében a használat aránya közel kétszerese a lányokénak. Európában kiugróan rossz adattal Franciaország, Csehország, és Spanyolország rendelkezik, ahol több mint 20%-os prevalenciát mutat a felmérés. Csehország annak ellenére a legrosszabb mutatóval rendelkezik, hogy élen járnak a legalizáció előszobájaként ismert dekriminalizációban, aminek a legfőbb indoka a fiatalok marihuána használatának visszaszorítása volt, ami feketén-fehéren kimutathatóan megbukott.

Dizájner drogok: Magyarország az EU élén

¹⁸ https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings_hu

¹⁹ Paksi Borbála, <https://www.youtube.com/watch?v=Lqhuzlqxtvo>

Az ESPAD szerint Magyarország a dizájner drogok használatában az első helyen áll az EU-n belül: a diákok 7,9%-a számolt be ilyen szerek kipróbálásáról, míg az uniós átlag 2–3% között mozog. Tipikus szereknek tekinthetőek a szintetikus kannabinoidok, a kristályos pszichoaktív anyagok, gyakran biofűként vagy herbálként emlegetve. A használat jellege a vizsgált korosztályban alkalmi, kísérletező jellegű, de ez is nagyon veszélyes a használóra nézve, hiszen nagyon gyakran ismeretlen összetételű szereket szednek, és a 16 évesen történő alkalmi használat később rendszeres használattá és gyorsan függőséggé változhat.

A tendencia különösen riasztó, mivel a dizájner drogok hatása kiszámíthatatlan, és szinte minden esetben erősebb, mint a klasszikus szereké. A helyzet - a kutatás adatfelvétele Magyarországon 2024 tavaszán zajlott, az európai irányelveknek megfelelően. A korábbi évek gyakorlatához hasonlóan az adatgyűjtés időszaka jellemzően február és június közé esik, a legtöbb országban március és május között történik.²⁰ - Magyarországon sürgős beavatkozást igényelt, vélhetően ezt felismerve indította el a kormány a hajtóvadászatot a drogkereskedők ellen és fogadta el a parlament a szigorításokat tartalmazó törvénycsomagot.

Kokainhasználat: feltűnően magas a magyar arány

A 2024-es felmérés szerint Magyarország a kokainhasználatban is kiemelkedő: a 15–16 évesek körében az életprevalencia (valaha kipróbálták) 3,3%, ami az európai élmezőnyhöz tartozik (Európa-átlag: 2%). Hasonló értékeket mutatnak például Olaszország, Portugália és az Egyesült Királyság egyes részei. A jelentés megállapítása szerint, a kokainhoz való hozzáférés a városi régiókban (pl. Budapest) különösen egyszerűvé vált az utóbbi években. Ez az adat meglepő, tekintettel a kokain klasszikusan „elit” drog státuszára. A magas arány a feketepiac bővülésére és a bűnszervezetek jelenlétére is utalhat.

Egyéb szerek: extasy, amfetamin, LSD

A magyar diákok körében az extasy (2,8%), az amfetaminok (2,4%) és az LSD vagy egyéb hallucinogének (1,6%) használata nem tér el jelentősen az európai átlagtól. A magyar arányok, ugyan stabilak az elmúlt évekhez képest, de az amfetamin használat enyhe növekedést mutat, ami a dizájner drog-használattal együtt komoly koktéllhatásokat okozhatnak a szerhasználóknál.

²⁰ https://www.echosurvey.hu/espada?utm_source=

Kockázatérzékelés és hozzáférhetőség

A jelentés egyik fontos tanulsága, hogy a magyar diákok droghasználattal kapcsolatos kockázatérzete csökkent. A marihuána rendszeres használatát már kevesebb mint 50% tartja „nagyon veszélyesnek”. A dizájner drogokkal kapcsolatos ismeretek hiányosak, és sokan úgy vélik, hogy „legálisak”, így kevésbé ártalmasak. Ezzel párhuzamosan a drogokhoz való hozzáférés is javult. A magyar tanulók szerint a marihuána, extasy és amfetamin is „könnyen vagy nagyon könnyen” beszerezhető, főként az online térben, vagy idősebb kortársak révén.

Intézkedési javaslatok

Áttekintés²¹

Cselekvési keretrendszer

- Az európai droghasználatokkal kapcsolatos egészségügyi és szociális válaszlépések gyakorlatba való átültetésére az uniós, nemzeti és helyi szakpolitikák és jogszabályi keretek között kerül sor. Ezek a tényezők befolyásolják a beavatkozások kiválasztását és megvalósítását.
- A válaszlépéseknek meg kell felelniük bizonyos alapelveknek. Ilyen például az emberi jogok tiszteletben tartása, beleértve az elérhető legmagasabb szintű testi és mentális egészséghez való jogot is.
- A droghasználatokra adandó válaszlépések kidolgozása és megvalósítása – akár uniós, akár helyi vagy egyéni szinten – három alapvető lépésből áll:
 - a kezelendő problémák jellegének azonosítása;
 - a problémákat potenciálisan eredményes módon kezelő beavatkozások kiválasztása; valamint
 - a beavatkozások megvalósítása, monitorozása és a hatásuk értékelése.
- Minden szakaszban sok különböző tényezőt kell figyelembe venni; itt a legfontosabbak közül mutatunk rá néhányra.

A droghasználatokhoz kötődő ártalmak függenek a drog típusától és használati módjától, valamint attól, hogy ki és milyen körülmények között használja a szert. E tényezők összjátéka nagyon sokféle lehetséges droghasználati helyzetet eredményezhet, amelyeket változó súlyosságú egészségügyi és szociális hatásokkal társítunk. A droghasználat formáinak leggyakoribb kombinációi, a droghasználók profiljai és a használat körülményei országról országra változnak Európában, ennek megfelelően a droghasználatok jellege és mértéke is eltér.

²¹ https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/action-framework-for-developing-and-implementing-health-and-social-responses-to-drug-problems_hu

Az országok közötti különbségek mellett a droghasználat és az azzal összefüggő problémák idővel változhatnak. Ez azt jelenti, hogy a drogproblémák nem kezelhetők egyetlen hatásos terv alapján, valamint, hogy az ezzel megbízottaknak rendszeresen felül kell bírálniuk a szolgáltatásaik körét, és a beavatkozásokat a változó igényekhez kell igazítaniuk, vagy azoknak megfelelő új beavatkozásokat kell kidolgozniuk. Hangsúlyozandó a rendszerszintű megközelítés szükségessége is, amelyben a drogproblémákra adandó válaszlépések eredményességének értékelését beépítésre kerül a válaszlépések kidolgozásába, megvalósításába és monitorozásába.

A drogproblémák kezelésére irányuló egészségügyi és szociális válaszlépések kidolgozására vonatkozó keretrendszer

A „Drogproblémákkal kapcsolatos egészségügyi és szociális válaszlépések: 2021-es európai útmutató”²² referenciapontként szolgál azoknak, akik megtervezik vagy a gyakorlatba ültetik a drogproblémákra adandó egészségügyi és szociális válaszlépéseket. A legmegfelelőbb válaszlépések az adott drogproblémák jellegétől és felmerülésük kontextusától, valamint a lehetséges és társadalmilag is elfogadható beavatkozások típusától függenek. Az útmutató elsődleges jelentőségű drogkérdésekről nyújt kulcsfontosságú információkat, hogy az ilyen kihívásokkal foglalkozó szakemberek új programokat dolgozhassanak ki, és javíthassák a meglévőket.

Definíció: a drogproblémákra adandó egészségügyi és szociális válaszlépések

A drogproblémákra adandó válaszlépések alatt azokat az intézkedéseket és beavatkozásokat értjük, amelyek célja a tiltott szerekkel kapcsolatos jelenségek negatív következményeinek kezelése.

A drogproblémákra adandó egészségügyi és szociális válaszlépések megfontolásakor a hangsúly azokon az intézkedéseken, illetve beavatkozásokon van, amelyek a droghasználattal, valamint az olyan kapcsolódó egészségügyi és szociális ártalmakkal foglalkoznak, mint a halálesetek, a fertőző betegségek, a függőség, a mentális zavarok és a társadalmi kirekesztés. A definícióba nem tartoznak bele a kábítószerrel kapcsolatos törvények végrehajtását vagy a kábítószer-kínálat csökkentését célzó intézkedések.

A drogproblémákra adandó válaszlépések kidolgozásának szakaszai

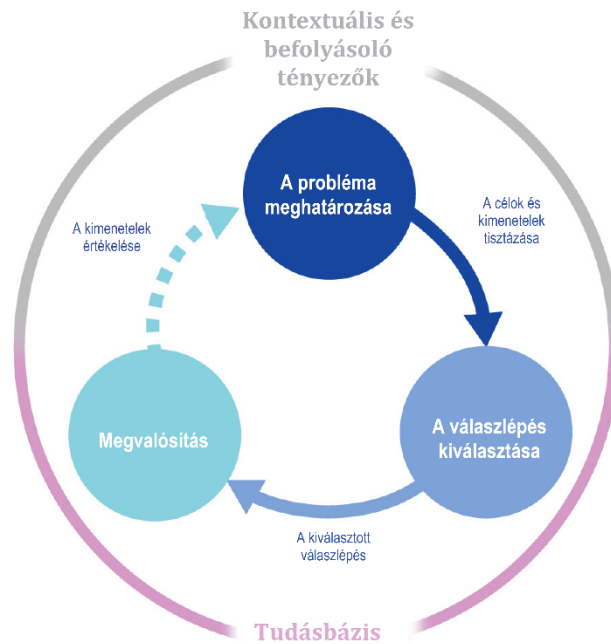
²² https://www.euda.europa.eu/publications/health-and-social-responses-a-european-guide_en

A droghasználat és az azzal összefüggő problémák összetett és sokrétű jelenséget alkotnak, amely idővel változik, ezért az egyéneket és társadalmakat érintő ártalmak megelőzéséhez és csökkentéséhez szükséges válaszlépések szükségképpen számosak és változatosak. Emellett rugalmasságra van szükség ahhoz, hogy alkalmazkodjunk a változó droghasználati mintázatokhoz és a kapcsolódó problémákhoz, valamint a különböző nemzeti kontextusokhoz is.

A drogproblémákra való válaszadás folyamatát három főbb szakaszra oszthatjuk (10. ábra): a kezelendő drogprobléma azonosítása; a tervezett válaszlépések vagy beavatkozások kiválasztása; valamint a beavatkozások megvalósítása, aminek szerves része a monitorozás és a hatásértékelés. Ez a megközelítés bármely – nemzeti, helyi vagy rendszerszintű – válaszlépés kidolgozásakor alkalmazható. Ezek az alapvető folyamatok érvényesek akkor, amikor először dolgozunk ki válaszlépést egy bizonyos problémára, és akkor is, amikor a jelenlegi szolgáltatásnyújtást vizsgáljuk felül. Bár jelenleg nem az egyes droghasználókra összpontosítunk, ugyanezek az általános lépések – a probléma azonosítása vagy igényfelmérés, a válaszlépés vagy beavatkozás kiválasztása, valamint annak megvalósítása és értékelése – az egyénekkal végzett munka során is érvényesek.

A kiindulópont minden esetben az, hogy megismerjük a kezelendő problémák mértékét és jellegét, amit aztán változtatási célokra fordíthatunk le. E megismerés forrásai a következők lehetnek: a problémával kapcsolatban elérhető adatok áttekintése az országos statisztikáktól a helyi kutatásokig és igényfelmérésekig, valamint az érdekeltekkel - köztük a droghasználókkal és a hozzájuk közel álló emberekkel - folytatott konzultáció. A prioritások és a beavatkozási célok kiválasztása a következőkből ered: probléma-meghatározás, a nyilvánosság és a politikusok attitűdjei, valamint a helyi és országos prioritások ismerete.

10. ábra: A drogproblémákra adandó válaszlépések kidolgozásának három fő szakasza



A második szakaszban döntések születnek a szükséges intézkedésekről, és tervek készülnek a megvalósításukhoz. Ezen a ponton meg kell fontolni, hogy milyen típusú beavatkozások lesznek valószínűleg eredményesek, melyek az érintett célcsoportok, és milyen színtereken hajtják majd végre az intézkedéseket. A körülményektől függően ennek során a lehetséges beavatkozások széles skálájából válogathatunk olyan intézkedéseket, amelyek eredményesnek bizonyultak; átvehetünk és adaptálhatunk olyan beavatkozásokat, amelyek máshol már működtek; illetve kiterjeszthetjük vagy optimalizálhatjuk a meglévő, bizonyítékalapú beavatkozásokat. Ha nincs megfelelő opció, akkor ebben a folyamat-szakaszban dolgozhatunk ki új beavatkozást. Ha már van program vagy stratégia, akkor szükség lehet arra, hogy az adott csoportok igényeinek megfelelően felülvizsgáljuk az ellátást, vagy megszüntessük a lefedettség hiányosságait. Ezeket a döntéseket olyan szempontok is befolyásolják, mint a probléma kiterjedése és súlyossága, a rendelkezésre álló erőforrások és kompetenciák, a várt kimenetek, valamint a közösség értékei és preferenciái.

A megfelelő válaszlépések kiválasztása után a soron következő szakasz a megvalósítás. Hogy a bizonyítékalapú beavatkozás működik-e egy adott esetben, az a gyakorlatba való átültetéstől és a helyi kontextustól függ. Ezért ennek a fázisnak egyik alapvető komponense a megvalósítás – többek között a költségek és a kimenetek – monitorozása és értékelése, aminek eredményeit felhasználhatjuk a folyamatos felülvizsgálat és tervezés során.

Átfogó kontextus és alapelvek

Különbféle nemzetközi szakpolitikák és dokumentumok — például az UNGRASS-ra vonatkozó közös állásfoglalás²³, az EU drogstratégiája és más uniós dokumentumok, például a keresletcsökkentés minimális minőségi követelményei – mutatnak rá a drogproblémákra adandó egészségügyi és szociális válaszlépések számos alapelvére. Ezek az elvek minden egészségügyi és szociális válaszlépés alapját képezik. Az egészségügyi és szociális válaszlépésekre egy ország jogszabályi keretei és a bűnüldözési tevékenységek is nagy hatással vannak, mert vagy akadályozzák, vagy pedig segítik a beavatkozásokat. Például a droghasználókra összpontosító bűnüldözési tevékenység gátolhatja a segítségkérést, a kábítószer-ellenőrzési tevékenységek pedig súlyosbíthatják a használathoz fűződő ártalmakat, valamint korlátozhatják az egészségügyi és szociális ellátások eredményes és hatékony működését. Másrészt a korábban drogproblémákkal küzdő emberek elleni diszkriminációt tiltó foglalkoztatási jogszabályok elősegíthetik a társadalmi reintegrációt, valamint javíthatják a kezelési és rehabilitációs programok eredményességét. Az uniós tagországok jelentősen eltérő jogszabályi és szakpolitikai megközelítései tehát nagy hatással lehetnek az elfogadott és forrásokkal támogatott egészségügyi és szociális válaszlépésekre, az eredményességüket is beleértve.

Főbb szakpolitikák és jogszabályi keretek

Az ENSZ által elfogadott, a 2030-ig tartó időszakra vonatkozó fenntartható fejlődési menetrend átfogó globális keretet nyújt az egészségügyi és szociális szakpolitikákhoz. A fenntartható fejlődési célok olyan cselekvési platformot képeznek, amelynek célja a gazdasági, társadalmi és környezeti körülmények javítása világszerte. Ezen a területen fontos hozzájárulást jelenhetnek a drogproblémákat kezelő lépések, különösen a 3. cél (Az egészséges élet biztosítása és a jóllét előmozdítása minden korosztály valamennyi tagjának) tekintetében. Ezen belül három szűkebb célt érintenek közvetlenül a drogproblémákra adandó eredményes egészségügyi és szociális válaszlépések:

- 3.3. 2030-ig az AIDS, tuberkulózis, malária és az elhanyagolt trópusi betegségek fel-számolása, valamint a hepatitis, a víz útján terjedő és egyéb fertőző betegségek elleni küzdelem erősítése.

²³https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/IO/EU_COMMON_POSITION_ON_UNGASS.pdf

- 3.4. 2030-ig a nem fertőző betegségekből származó idő előtti elhalálozás egyharmadával történő csökkentése megelőzéssel és kezeléssel, valamint a mentális egészség és jóllét elősegítése.
- 3.5. Az egészségre káros szerek használatára vonatkozó megelőzés és kezelés megerősítése, beleértve a kábítószerekkel való visszaélést és a káros alkoholfogyasztást.

Az Európai Unió drogstratégiája²⁴ és a 2021–2025-ös időszakra vonatkozó, kapcsolódó cselekvési terv nemzeti, uniós és nemzetközi szinten is bizonyítékalapú, integrált, kiegyensúlyozott és multidiszciplináris megközelítést alkalmaz a droggal kapcsolatos jelenségek vonatkozásában. Az új stratégia felismeri a drogok kiterjedt negatív hatását az egyénekre, a közösségekre és a gazdaságra, valamint a kábítószerpiacokkal kapcsolatos szélesebb körű ártalmakat is. Továbbá például az UNGRASS-ra vonatkozó közös állásfoglalás, amelyet az ENSZ Közgyűlésének a globális drogproblémával foglalkozó külön ülésén mutattak be, hangsúlyozza, hogy logikája azon a felismerésen alapul, miszerint „a drogpolitikának helyes népegészségügyi megközelítésre kell épülnie, amely tudományos bizonyítékokon alapul, valamint megbízható, objektív monitoring rendszer és értékelés támogatja, összhangban a nemzetközi jogi aktusokban elismert emberi jogokkal”. Az állásfoglalás az uniós napirenddel összhangban rámutat, hogy mind a kereslet, mind a kínálat csökkentésével foglalkozni kell.

A drogproblémákra adandó egészségügyi és szociális válaszlépések elsősorban a drogpolitika keresletcsökkentési elemébe illeszkednek. A keresletcsökkentés tárgyában az uniós közös állásfoglalás kimondja továbbá, hogy „a kábítószer iránti kereslet csökkentését célzó, eredményes, célzott, multidiszciplináris és bizonyítékalapú szakpolitikának legyen része a megelőzés, a korai észlelés és beavatkozás, a kockázat- és ártalomcsökkentés, a kezelés, a rehabilitáció, a társadalmi reintegráció és a felépülés, valamint épüljön a folyamatosan nyújtott szolgáltatásokra”. Az állásfoglalás hangsúlyozza azt is, hogy a kábítószer-ellenőrzési egyezmények népegészségügyi célkitűzésével összhangban a drogfüggőket figyelemre, gondozásra és kezelésre szoruló embereknek kell tekinteni, hogy javíthassuk egészségi állapotukat, elősegítsük társadalmi reintegrációjukat, valamint csökkentsük megbélyegzésüket és marginalizáltságukat.

Az európai drogproblémákra adandó egészségügyi és szociális válaszlépések alapelvei

²⁴ <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14178-2020-INIT/en/pdf>

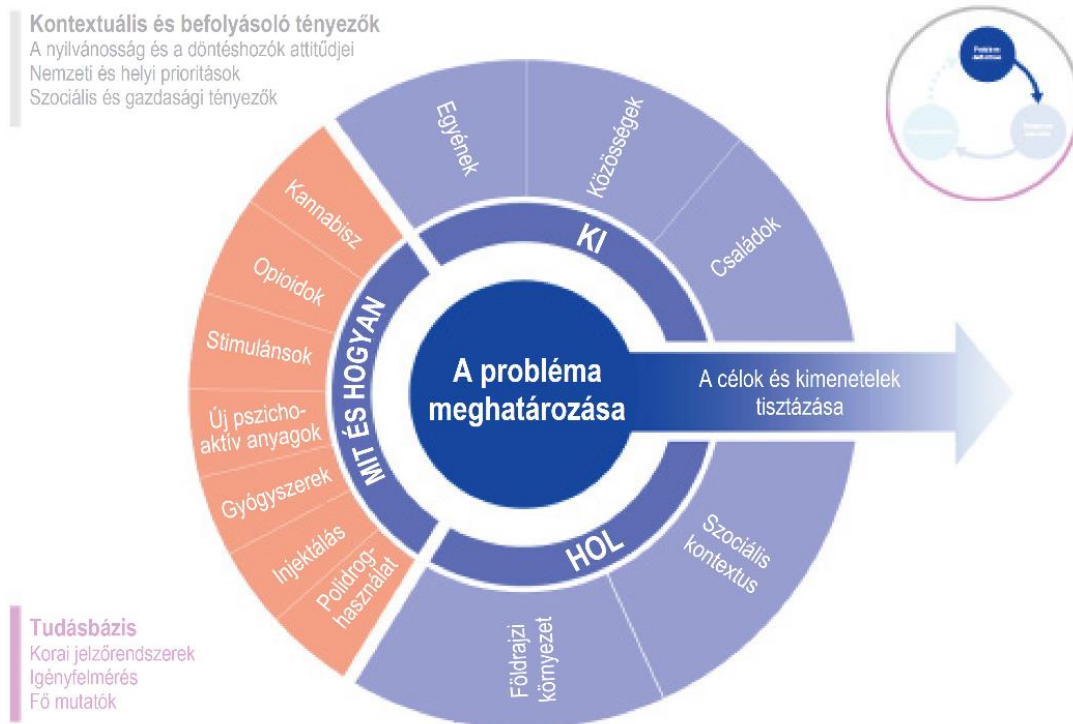
Az egészségügyi és szociális válaszlépéseknél népegészségügyi megközelítést kell alkalmazni, és:

- tiszteletben kell tartani az emberi jogokat, beleértve:
 - az elérhető legmagasabb szintű testi és mentális egészséghez való jogot;
 - a droghasználók jogát arra, hogy alapos tájékoztatás után, a beleegyezésükkel kezeljék őket;
- tiszteletben kell tartani az etikai alapelveket, beleértve az alapos tájékoztatás utáni beleegyezést, az adatvédelmet és az egyenlő hozzáférést;
- elő kell mozdítani, hogy a szolgáltatások használóit és a hasonló helyzetben lévőket bevonják a szolgáltatások megtervezésébe és nyújtásába;
- a válaszlépéseket az igényfelmérésre kell alapozni, és a megcélzott népesség sajátos igényeire kell szabni;
- figyelembe kell venni a kulturális és társadalmi jellemzőket, beleértve a nemi kérdéseket és az egészségügyi egyenlőtlenségeket; és
- alapos tervezésre, bizonyítékokra való alapozásra, valamint megfelelő monitorozásra és értékelésre van szükség.

A probléma meghatározása és az igények felmérése

A probléma-meghatározást, illetve igényfelmérést különböző szinteken több szereplő is végezheti, beleértve a hatóságokat, a tanácsadókat vagy az egészségügyi szakembereket. Különböző megközelítések lehetségesek, és számos eszköz áll rendelkezésre a folyamat támogatására. Ilyen például az EMCDDA által készített [Eszköztár prevenciók programok tervezéséhez és értékeléséhez](#) (Prevention and Evaluation Resources Kit, PERK), valamint az eljárási [mutatók](#). Egyéni szinten az egészségügyi szakemberek olyan bevált felmérési eszközöket használhatnak, mint az európai Addikció Súlyossági Index (Addiction Severity Index), illetve a Szerhasználati Zavarok Szűrőtesztje (Drug Use Disorders Identification Test). Az értékelési eszközök online gyűjteménye olyan megoldások tárházát nyújtja, amelyek mind az egyén, mind a népesség szintjén hasznosak lehetnek.

11. ábra: Az 1. szakaszban (probléma-meghatározás) figyelembe veendő tényezők



A kezdeti felmérési szakaszban több fontos kérdést is meg kell válaszolni: ki az érintett; milyen típusú szerekről és szerhasználati mintázatokról van szó; és hol jelentkezik a probléma? A válaszlépéseket az érzékelt konkrét droghatásokhoz kell igazítani. Az ebben a szakaszban mérlegelendő sokféle tényezőt a 11. ábrán láthatjuk.

A droghasználat egyes típusaiból, illetve mintázataiból eredő problémák megértése

A pszichoaktív drogok az agyra hatnak, különféle változásokat idézve elő az érzékelésben, hangulatban, gondolkodásban és viselkedésben. Ezek a hatások kezdetben pozitívak is lehetnek, például enyhíthetik a fájdalmat és a lelki szenvedést, vagy élvezetet okozhatnak, azonban sokféle káros hatásuk van, akár a szernek a testre kifejtett közvetlen mérgező hatása, akár a bódultság miatt, a drogok ugyanis eufórikus állapotot okozhatnak, és akadályozzák a racionális gondolkodást és a test koordinációját.

A krónikus és különösen a tartós, mindennapos droghasználat függőségi szindrómát okozhat – ilyenkor az érintett nehezen tudja csökkenteni vagy abbahagyni az adott drog használatát, annak ellenére, hogy az káros hatással van saját, illetve családtagjai és barátai egészségére és jóllétére. Az ilyen tartós droghasználat súlyosbíthatja a testi és lelki problémák tüneteit, és súlyosan veszélyeztetheti az olyan fontos szociális funkciók működését, mint az iskolába járás, a munka vagy a gyerekek ellátása. Azok körében, akiknél a droghasználat függőssé alakult, gyakoriak

a mentális egészségügyi problémák és a testi társbetegségek, és sokan nehezen tartják fenn rendszeres munkahelyüket vagy biztos lakhatásukat.

A drogproblémák a szer típusától, a szervezetbe juttatás módjától (orális bevétel, elszívás vagy injekció) és a használat gyakoriságától vagy mintázatától függően változhatnak. Ezek a változók más tényezőkkel is kölcsönhatásban vannak; ilyen a droghasználó személye (pl. fiatal, nő vagy férfi, társadalmi szempontból integrált vagy hátrányos helyzetű), valamint a droghasználat szociális színtere (munkahely, otthon, éjszakai klub vagy bár, az utca). Ezek a tényezők növelhetik vagy csökkenthetik a droghasználók által tapasztalt problémákat. Ezért a drogproblémák kezelését célzó beavatkozások kidolgozásakor fontos meghatározni a releváns tényezőket.

A főbb problémás drogok és szerhasználati mintázatok pontos megállapítása megmutatja a kapcsolódó elsődleges, lehetséges ártalmakat is. A heroin és a gyógyszeripari opioidok függőségi kockázata magas, különösen, ha intravénásan alkalmazzák őket. Használatuk halálos túladagoláshoz vezethet, a szennyezett injekciós eszközök közös használata pedig olyan, vérrel terjedő fertőzések kockázatával jár, mint a HIV vagy a hepatitis B és C.

A stimulánsok, például a kokain, az MDMA és az amfetaminok, bódító hatásúak. Ezeket a drogokat gyakran rekreációs célból használják, de problémásabb szerhasználati mintázatokkal és szervezetbe juttatási módokkal – pl. injekció vagy elszívás – is társulhatnak. Az ilyen szerek befolyása alatt az érintett kockázatosabb szexuális vagy más viselkedést tanúsíthat (pl. autót vezethet), veszélyeztetve ezzel a saját és mások biztonságát. A heteken vagy hónapokon át, nagy dózisban használt stimulánsok pszichózist, valamint súlyos szív- és érrendszeri eseményeket, pl. szívrohamot vagy agyvérzést okozhatnak. Bizonyos stimulánsok – például az MDMA – már egyetlen erős dózisban is nagyon súlyos, akár végzetes kárt okozhatnak, és ezért az ártalmakat nem szükségképpen társítjuk a rendszeres használathoz.

A kannabisz esetében nagyon alacsony a halálos kimenetel kockázata, de használata kórházi kezelést igénylő, akut intoxikációt okozhat. A kannabisz-függőség kialakulásának kockázata a becslések szerint alacsonyabb, mint az opioidok vagy akár az olyan legális drogok esetében, mint az alkohol vagy a dohány. Mindazonáltal a rendszeres kannabisz-használóknál is léphetnek fel problémák, és ők is kérhetnek segítséget a leszokáshoz. Továbbá a kannabisz rendszeres vagy fiatalkori használata feltételezhetően a mentális zavarok, illetve a szociális és tanulási problémák jelentkezésének magasabb kockázatához vezethet.

A rendszeres drogfogyasztók általában egynél több szert használnak. A legtöbben polidroghasználók: több drogot is fogyasztanak kombinációban vagy különböző időpontokban. Például a heroint injektálók gyakran használnak egyéb opioidokat, alkoholt, dohányt, benzodiazepint, kannabiszt és stimulánsokat is. A kokain esetében jellemző az alkohollal együtt történő fogyasztás. A napi kannabisz-használók közül sokan dohányoznak is. Ez a kombinált szerhasználat növelheti az ártalmak kockázatát, például emelheti a mérgező droghatások, a halálos túladagolás vagy a többféle drogtól való függőség valószínűségét. Ez utóbbit nehezebb leküzdeni, mint az egyetlen drogtól való függőséget.

A különféle színterek szerepének megértése

A droghasználat színtereit szintén figyelembe kell venni, mert befolyásolhatják az okozott ártalom típusát és mértékét. Azok, akik egyedül használnak drogot, bizonyos ártalmaknak jobban ki vannak téve; túladagolás esetén nem segít rajtuk senki. Az opioidok magányos használata például növeli a halálos túladagolás veszélyét.

A nyilvános helyen történő droghasználat gyakran rejtőzködést, sietséget igényel. Ez növelheti a túladagolás, illetve – az injekciós eszközök megosztása esetén – a vérrel terjedő vírusfertőzés kockázatát. Az ilyen környezetre gyakran jellemző higiénés hiányosságok szintén növelik számos fertőzés kockázatát.

Rekreációs környezet tekintetében például előfordulhat, hogy ha egy hipertermiára hajlamos személy olyan szórakozóhelyen használ MDMA-t, ahol nagyon meleg van, nagyobb eséllyel áll be nála ez a ritka, de súlyos állapot. A munkahelyi droghasználat általában véve biztonsági kockázatokkal járhat, például befolyásolt állapotban történő gépkezelés vagy járművezetés esetén.

Az egyének és közösségek által elszenvedett ártalmak megismerése

A probléma-meghatározás fontos lépése, hogy azonosítsuk az ártalmak fő okait (kiváltó tényezőit), amelyeknek az egyének vagy közösségek a leginkább ki vannak téve. Például okoz-e problémát a fiatalok körében növekvő kannabisz-használat? Ha igen, ez bizonyos korcsoportra, közösségre vagy földrajzi területre jellemző-e? Továbbá a kannabisz-használat emelkedése összefüggésbe hozható-e az iskolaelhagyás, az ifjúsági munkanélküliség vagy a mentális egészséggel kapcsolatos problémák növekedésével? Az ilyen kérdések megválaszolása tisztázza, hogy mely ügyekkel kell foglalkozni, milyen eredményeket kell megcélozni, és milyen kritériumok alapján kell mérni a beavatkozás hatását.

Személyes és társadalmi tényezők sora növelheti a droghasználók ártalmakkal szembeni veszélyeztetettségét. Ez igaz a drogproblémák által érintett családokra és közösségekre is. Ezek a tényezők komplex kölcsönhatások révén csökkentik vagy növelik a droghasználathoz kapcsolódó kockázatokat és ártalmakat. Emellett a droghasználat és e tényezők erősíthetik egymás hatását, ördögi kört indítva el.

Példák a drogproblémák felmérése során mérlegelendő tényezőkre

- **Kor:** általában minél fiatalabb korban kezd valaki drogot használni, annál nagyobb eséllyel válik rendszeres használóvá vagy függővé, illetve tapasztal később kábítószer-fogyasztással kapcsolatos ártalmakat. A régóta droghasználó idősebb embereket különösen veszélyeztethetik az akut és krónikus egészségügyi problémák.
- **Nem:** bár a drogfogyasztás a nők körében kevésbé elterjedt, mint a férfiak között, a droghasználó nőknél nagyobb eséllyel merülnek fel problémák és nemkívánatos egészségügyi hatások, mint a férfiaknál. A termékeny korban lévő nők esetében a droghasználat csökkentheti a termékenységet, a terhesség alatt fogyasztott drogok pedig hatással lehetnek a magzati fejlődésre.
- **Testi egészség:** bizonyos egészségügyi problémákkal (pl. szív- és érrendszeri, valamint légzőszervi betegségekkel) élő emberek jobban ki vannak téve a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos ártalmak kockázatának, mert a drogok súlyosbíthatják az állapotukat, és növelhetik a halálos túladagolás esélyét. A droghasználat emellett az orvosi utasítások betartását is ronthatja, és így rosszabb eredményekhez vezethet.
- **Mentális egészség:** a drogprobléma mellé gyakran társul mentális egészségügyi probléma is. A drogok és a mentális egészség közti kapcsolat összetett: a drogok növelhetik a kockázatát annak, hogy a veszélyeztetett embereknél mentális egészségügyi probléma alakuljon ki, illetve súlyosbodjon a meglévő. A depressziótól, szorongástól vagy skizofréniától szenvedők pedig nagyobb eséllyel tapasztalhatnak problémákat, ha drogot használnak.
- **Biológiai tényezők:** az adott személy neurobiológiai adottságai hatnak arra, hogy a szervezete hogyan válaszol a drogokra, és hogy mennyire érzékeny azok ártalmaira. Az egyik ember számára tolerálható dózis valaki más esetében halált okozhat. Az olyan egyéni tulajdonságok, mint az impulzivitás, szintén befolyásolják a droghasználat kockázatait és az ártalom valószínűségét.

- **Társadalmi-gazdasági tényezők:** a kirekesztés és a társadalmi hátrányok a droghasználat és a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos ártalmak kockázati tényezői közé tartoznak, és ez fordítva is igaz: a droghasználati problémák súlyosbíthatják a társadalmi hátrányokat, például azért, mert csökkentik annak esélyét, hogy a fiatalok befejezzék tanulmányaikat, vagy jól fizető munkát találjanak. A droghasználó hajléktalan emberek kénytelenek lehetnek olyan kockázatosabb gyakorlatokba bocsátkozni, mint az injekciós eszközök egymás közti megosztása vagy a veszélyes körülmények közötti droghasználat.
- **Családi tényezők:** a családi tényezők növelhetik vagy csökkenthetik a drogproblémákkal kapcsolatos veszélyeztetettséget. Ha például valakinek szerhasználó családtagjai vannak, az nagyobb eséllyel lesz maga is drogfogyasztó, ezzel ellentétben az erős családi támogatás és szülői figyelem megvédhet a drogproblémáktól, vagy segíthet azok megoldásában.
- **Nemzetiség, vallás és szexuális orientáció:** van, hogy az emberek nemzetiségük, vallásuk vagy szexuális orientációjuk miatt diszkriminációt tapasztalnak. Stigma és diszkrimináció a szerhasználathoz is kapcsolódhat, ezért fontos, hogy elősegítsük a megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférést, és hogy a beavatkozások során megfelelően figyelembe vegyünk az ilyen csoportokkal való azonosulást. A droghasználat aránya magasabb lehet, ha az adott közösségben könnyebb hozzáférni a kábítószerekhez, vagy ha egyes csoportok számára nem megfelelőek a preventív programok. Ha bizonyos háttérű embereknek drogproblémájuk adódik, előfordulhat, hogy a stigmák és/vagy az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézsége miatt nem kérnek segítséget. Egyes kisebbségi közösségekben viszont az erős társadalmi kohézió, a szoros családi kapcsolatok és a droghasználat vallási tilalma miatt alacsonyabb a szerhasználó aránya.

A leküzdendő problémák azonosítása és prioritásainak meghatározása

Az igényfelmérés során meghatározható egy sor megoldandó potenciális probléma. Annak eldöntésére, hogy melyik problémával foglalkozzunk, népegészségügyi megközelítést érdemes alkalmazni, amelynek során először a droghasználók által tapasztalt problémák súlyosságát mérjük fel. A folyamat következő lépése olyan beavatkozások keresése, amelyek csökkentik az azonosított drogproblémák hatását. Ebben a megközelítésben a bizonyítékok alapján

- a droghasználat és ártalmainak csökkentése a már kábítószer használók körében;
- a közösségek által tapasztalt, kábítószer-fogyasztással kapcsolatos ártalmak csökkentése; illetve
- a drogproblémákat tapasztaló emberek társadalmi integrációjának növelése.

A célok több tényező kombinációjától függenek. Ilyen a kezelendő drogprobléma jellegének és aktuális stádiumának felmérése; például:

- Újfajta kábítószer kezd problémákat okozni, bár még viszonylag kevesen használják?
- Olyan hagyományos kábítószer okoz új problémákat, mint a sokak által kockázatos módon használt heroin, vagy régóta fennálló ártalmakat nem sikerül megfelelően kezelni a jelenlegi beavatkozásokkal?
- Aggodalmak merültek fel egy olyan tiltott szer újbóli terjedése kapcsán, mint az MDMA?

Új pszichoaktív anyag esetében a cél lehet az, hogy a fiatalokat lebeszéljük a kísérletezésről, vagy az új használókat meggyőzzük arról, hogy álljanak le, illetve ne váljanak rendszeres drogfogyasztókká. Emellett el kell kerülni, hogy az emberekben az a benyomás alakuljon ki, hogy az ilyen kábítószer használata a norma. Az új drogok problémás használati mintázatainak azonosításához kutatásra lehet szükség. Az egészségfejlesztési szakembereknek szükség esetén eredményes és célzott módokat kell keresniük arra, hogy tájékoztatást nyújtsanak a droghasználat lehetséges káros következményeiről és legkockázatosabb mintázatairól. Ilyen mód lehet a társak által végzett beavatkozás vagy a gondosan megválasztott és megbízhatónak tartott közösségi médiacsatornákon keresztüli üzenetküldés.

Hagyományos kábítószer esetén a cél az új használat megakadályozása és az lehet, hogy a drogot már használó és problémákat tapasztaló embereket rávegyük arra, hogy kezelésre jelentkezzenek.

A bizonyítékok megismerése és használata

A válaszlépések kidolgozásakor és megvalósításakor különféle bizonyítékokat használhatunk. Ide tartozhatnak az alábbiak:

- a beavatkozások értékelése például randomizált kontrollált vizsgálatokkal és más kísérleti felépítésű vizsgálatokkal, illetve megfigyelő kutatásokkal. Ezekkel

felmérhetjük a bizonyítékok minőségét és az egyes beavatkozások hatásának irányát (kedvező vagy nem);

- megvalósítási tanulmányok, amelyekben megvizsgáljuk, mely tényezők járultak hozzá az eredményes szolgáltatásnyújtáshoz;
- az érdekeltek szakszempontjainak szintézise. Ez használható például az útmutatók kidolgozása során (a bizonyítékok más típusait kiegészítve). Ideális esetben magában foglalja a beavatkozás megvalósításában részt vevők és a potenciális kedvezményezettek által nyújtott információkat is;
- az új beavatkozások kidolgozásához hozzájáruló alapvető tudományos és kutatási eredmények.

A különféle bizonyítéktípusok mindegyikének megvannak az erősségei és a gyenge pontjai, és más-más információkat szolgáltatnak. A droggal kapcsolatos problémák sokrétűek, és nemcsak orvosi, hanem társadalmi-gazdasági beavatkozásokat és oktatást is igényelnek. Ezért gyakran van szükség arra, hogy sokféle tudományterület és tanulmánytípus nyújtotta bizonyítékokat integráljunk mind kvantitatív, mind kvalitatív kutatási módszerek alkalmazásával.

A döntéseket megalapozó bizonyítékok rendelkezésre állásának vizsgálata során az első lépés a kutatási kérdés meghatározása, ami pedig megmutatja a vizsgálat legmegfelelőbb felépítését. Az egyéni kezelések eredményességét például randomizált kontrollált vizsgálatokkal lehet legjobban értékelni, a már eredményesnek bizonyult beavatkozások hosszú távú hatásának meghatározására, illetve az átfogóbb szakpolitikák vagy népességalapú beavatkozások hatásának ellenőrzésére viszont a megfigyelő kutatások lehetnek alkalmasabbak. Ilyenek például a longitudinális vagy kohorsz-vizsgálatok, illetve a megszakított idősoros vagy kontrollált „előtte-utána” tanulmányok.

A rendelkezésre álló bizonyítékok minőségét és relevanciáját is fontos figyelembe venni. Az eredmények megfelelően megtervezett vizsgálatokból származnak, és a torzításokat minimalizáló, gondosan kivitelezett kutatáson alapulnak? Helyesen mutatják be az eredményeket, és azok kapcsolódnak az érintett célcsoportokhoz?

A rendelkezésre álló bizonyítékok minőségének értékelésére számos módszer áll rendelkezésre. A legjobb bizonyítékokat a szisztematikus áttekintések nyújtják, amelyek több vizsgálat eredményeit kombinálják, valamint felméri a vizsgálatok minőségét és azt, hogy mennyire konzisztensek az eredmények. Új területeken ugyanakkor időbe telik, hogy elegendő elsődleges

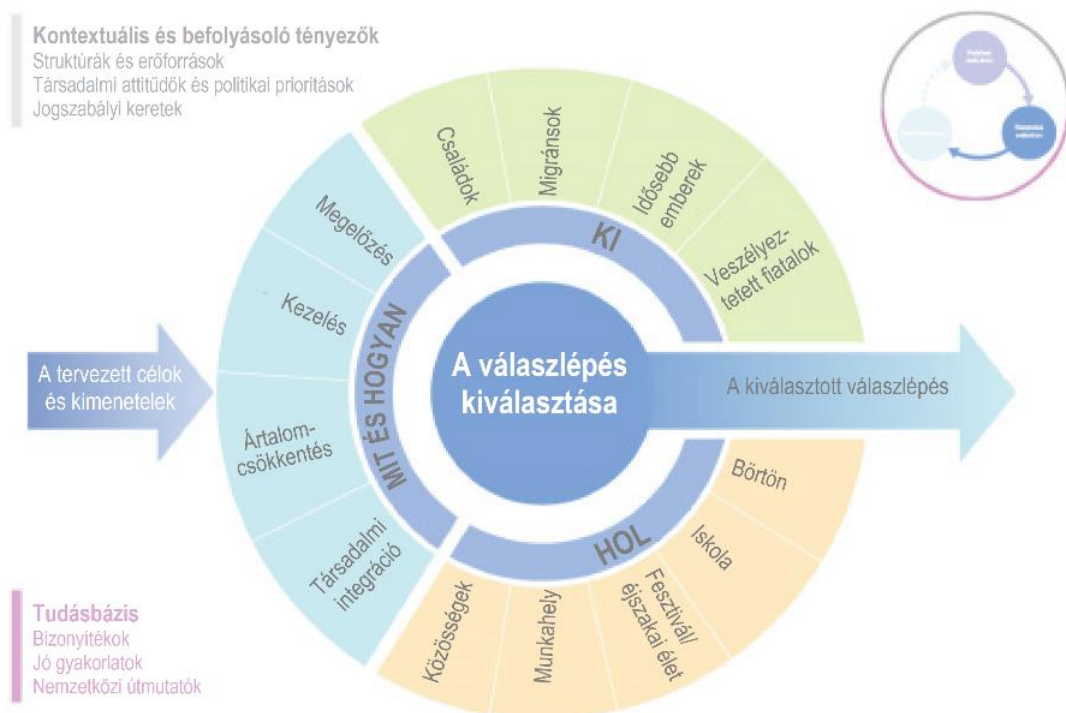
vizsgálatot és szisztematikus áttekintést végezzenek el, vagyis gyakran olyan területeken kell szolgáltatásokat kidolgozni, ahol a bizonyítékok gyengék vagy hiányosak.

A bizonyítékok felhasználásakor fontos azt is felismerni, hogy nem csak a minőségük számít. Egyes beavatkozások eredményesnek bizonyulhattak, de a vonatkozó bizonyítékok az elégtelen kutatásuk miatt egyelőre gyengék lehetnek. Hasonlóképpen egy beavatkozás eredményességének úgy is lehetnek magas minőségű bizonyítékai, hogy kedvező hatása kismértékű.

A legmegfelelőbb potenciális válaszlépések kiválasztása

Az igényfelmérés és a meghatározott célok alapján döntést hozunk a megfelelő válaszlépésekről. Háromféleképpen járhatunk el: kibővítjük vagy finomítjuk a meglévő válaszlépést; máshol alkalmazott megközelítést vagy programot veszünk át; vagy új beavatkozást dolgozunk ki. Bizonyos esetekben a legjobb taktika az, ha egy meglévő válaszlépést kismértékben módosítunk (pl. meghosszabbítjuk egy szolgáltatás nyitvatartási idejét, vagy új komponenssel egészítünk ki egy képzési programot), míg más körülmények között új beavatkozásra lehet szükség, és számos tényezőt figyelembe kell venni a legmegfelelőbb és legeredményesebb válaszlépés kiválasztása során.

12. ábra: A válaszlépés vagy beavatkozás kiválasztása figyelembe veendő tényezők



Először fel kell mérnünk, hogy milyen lehetőségeink vannak a probléma kezelésére, és milyen bizonyíték mutatja e válaszlépések eredményességét? Ideális esetben a beavatkozásokat a rendelkezésre álló legerősebb bizonyítékokkal kell alátámasztani, lehetőség szerint a kezelési kimenetek átfogó, randomizált kontrollált vizsgálatainak és megfigyelő kutatásainak meta-analíziseivel és szisztematikus áttekintéseivel, amelyek több, sok résztvevőt bevonó vizsgálat eredményeit kombinálták. Azonban ilyen bizonyítékok nem mindig szerezhetők be. A spektrum másik végén pedig, hiányzó vagy nagyon korlátozott adatok esetén a szakmai konszenzus lehet a legjobb opció addig, amíg meggyőzőbb bizonyítékok nem állnak rendelkezésre.

Ha nincsenek megfelelő válaszlépések, kutatásra lehet szükség a beavatkozás kidolgozásához, a megvalósíthatósága vizsgálatához és annak felméréséhez, hogy elfogadható-e a célcsoport számára. Később, a program megvalósítása után, alkalmazási tapasztalatok birtokában az értékeléshez is kutatásra lehet szükség.

Egy komplex probléma különféle aspektusainak kezeléséhez gyakran többféle válaszlépés kombinációjára van szükség. Figyelembe kell venni azt is, hogy pontosan mely célcsoportnak szeretnénk segíteni a beavatkozással. A programot nyújthatjuk például a következőknek:

- a potenciális droghasználók teljes populációjának, például a felnőtteknek;
- a népesség olyan részhalmazainak, akik esetében magasabb a droghasználat elkezdésének kockázata, vagy akiknek specifikus igényeik vannak; ilyenek a szociálisan hátrányos helyzetű fiatalok, a hajléktalan emberek, a nők vagy az etnikai kisebbségekhez tartozók; vagy
- a már kábítószerrel használó vagy sajátos szempontból veszélyeztetett embereknek.

Végül figyelembe kell venni azt is, hogy a program végrehajtására milyen környezetben kerül majd sor: pl. iskolákban, az éjszakai életben, munkahelyeken, börtönökben vagy kezelőhelyeken. Ezek a különféle környezetek lehetőségeket is kínálnak és korlátokat is támasztanak, amelyeket tekintetbe kell vennünk.

Mérlegelnünk kell akkor is, amikor döntést hozunk a megvalósítani kívánt beavatkozáscsoportról. Ezek közé tartoznak a releváns szolgáltatások nyújtásához rendelkezésre álló struktúrák és erőforrások. Például:

- Nyújtanak már ilyen típusú szolgáltatásokat állami, nonprofit, civil vagy jótékonsági szervezetek?

- A szolgáltatások megfelelő mértékben állnak rendelkezésre? Ha nem, van elegendő kapacitás a bővítésükre?
- Milyen további erőforrásokra lehet szükség a meglévő szolgáltatási kapacitás bővítéséhez? Ilyen lehet például az új épületek, dolgozók vagy képzés költsége.

Erőforráskorlátok esetén, vagy ha krízisre kell gyorsan reagálni, kompromisszumra lehet szükség a szolgáltatások lefedettsége (a lehető legtöbb ember elérése) és a nyújtható szolgáltatási intenzitás vagy szint (minőség) között.

Az erőforrások allokációjának fontos tényezője a droghasználat politikai szinten társított prioritási szint. Elég fontosnak tekintik-e a kérdést ahhoz, hogy biztosítsák a kapacitásbővítéshez szükséges erőforrásokat, vagy azt várják el, hogy a jelenlegi szolgáltatók saját forrásból kezeljék az új problémát, és hogyan döntenek majd a különböző kliensek számára nyújtandó szolgáltatások prioritásairól és az egyes szolgáltatások közti erőforrás-allokációról, stb.

A politikai szintű prioritásokat nagymértékben meghatározhatják a droghasználattal kapcsolatos társadalmi attitűdök, ez befolyásolja az allokált társadalmi erőforrások szintjét és a droghasználat kezelésének megközelítését. Ezek az attitűdök függenek attól, hogy milyen meghatározó képek élnek az emberek fejében a droghasználattal kapcsolatban, vagyis hogy elsősorban erkölcsi hiányosságnak, bűncselekménynek, személyes döntésnek, betegségnek vagy fogyatékoságnak tekintik-e.

Előbbieken túl az ország drogtörvényei is befolyásolhatják a válaszlépések típusát. Az ellenőrzött kábítószer birtoklása minden uniós tagországban jogellenes, és sok országban ezek használata bűncselekménynek számít. A tiltott szerek használóit elvileg börtönbüntetésre ítélik, de sok országban népegészségügyi szempontból közelítik meg a droghasználatból eredő egészségügyi és szociális problémákat, vagyis a kábítószer-használókat a büntető igazságszolgáltatási rendszer helyett a kezelésbe irányítják. Egyes országokban ezért növelték az egészségügyi és szociális problémát tapasztaló droghasználók kezelésére, valamint a problémáik megoldását célzó kezdeményezésekre szánt forrásokat.

Az elérhető válaszlépések főbb típusai

A droghasználat kezelésére egészségügyi és szociális válaszlépések széles skálája áll rendelkezésre. Ezeket különféle populációkat megcélözva, a probléma különböző szakaszaiban

alkalmazhatjuk, egyedileg vagy egymással kombinálva. Országos vagy helyi szinten ezek az intézkedések a drogok iránti kereslet átfogó csökkentési rendszeréhez tartozhatnak, valamint összehangolást és integrációt igényelnek. Mostanában egyre több, megelőzést, kezelést és ártalomcsökkentést célzó beavatkozást nyújtanak online.

Prevenációs megközelítések

A prevenációs megközelítések²⁵ széles spektrumot fednek le, a társadalom egészségét célzóktól (környezeti prevenció) a veszélyeztetett egyénekre összpontosító beavatkozásokig (javallott prevenció). A fő kihívás az, hogy a különféle stratégiákat a megfelelő célcsoportokhoz és kontextusokhoz illesszük, gondoskodva arról, hogy bizonyítékokon alapuljanak, és kellő szinten lefedjék a népséget. A legtöbb prevenációs stratégia az általános értelemben vett szerhasználatra összpontosít, bár van olyan is, amely a kapcsolódó problémákat is figyelembe veszi, például az erőszakot és a kockázatos szexuális viselkedést. Mégis csak kevés stratégiával céloznak meg konkrét szereket, pl. az alkoholt, a dohányt vagy a kannabiszt.

- A **környezeti prevenációs stratégiák** célja azon kulturális, társadalmi, fizikai és gazdasági környezetek megváltoztatása, amelyekben az emberek a droghasználatról döntenek. Idetartoznak az olyan, egyértelműen bizonyított eredményességű intézkedések, mint az alkoholtartalmú italok árazása vagy a dohánytermékek és a dohányzás reklámozásának tilalma. Más stratégiák védelmező iskolai környezet létrehozását célozzák, például pozitív és támogató tanulási klíma elősegítésével, valamint állampolgári normák és értékek tanításával.
- Az **univerzális prevenció** a teljes népséget célozza általában iskolai és közösségi környezetben azért, hogy a fiatalok szociális és személyes kompetenciákat szerezhessenek a szerhasználat elkerüléséhez vagy későbbi elkezdéséhez.
- A **célzott prevenció** során bizonyos környezetekben, illetve konkrét csoportok, családok vagy közösségek esetében avatkozunk be, akiknél nagyobb a droghasználat vagy függőség esélye, mert kevesebb szociális kapcsolatuk és erőforrásuk van.
- A **javallott prevenció** pedig olyan viselkedési vagy pszichológiai problémákkal terhelt egyéneket céloz meg, amelyek miatt későbbi életszakaszban magasabb lehet a

²⁵ https://www.euda.europa.eu/topics/prevention_en

szerhasználat kockázata. A legtöbb európai országban a javallott prevenció elsősorban a fiatal droghasználóknak nyújtott tanácsadást jelenti.

Kezelés

Európában a drogproblémák kezelésére számos beavatkozást alkalmaznak, ilyenek a pszichoszociális beavatkozások, a farmakológiai kezelés és a detoxifikáció. A rendelkezésre álló különféle kezelési módok viszonylagos jelentőségét számos tényező befolyásolja, például az adott ország egészségügyi rendszerének felépítése és drogproblémáinak jellege. Kezelést sokféle járó- és fekvőbeteg-ellátási környezetben nyújthatnak: szakorvosi kezelőhelyeken, alapellátási egészségügyi és mentális egészséggel foglalkozó klinikákon, alacsonyküszöbű szervezeteknél, kórházi bentlakásos osztályokon és szakosodott bentlakásos központokban, illetve börtönökön belül. Egyre többféle kezelési beavatkozást nyújtanak továbbá online. Az internetalapú beavatkozások olyan, droghasználati problémákkal küzdő emberekre is kiterjeszthetik a kezelési programok elérését és lefedettségét, akik másképp nem férnének hozzá specializált kezeléshez.

Az opioid-használat elleni elsődleges beavatkozás Európában az opioid agonista kezelés. Ezt általában szakosodott járóbeteg-ellátás keretein belül nyújtják, bár néhány országban fekvőbeteg-ellátásban és börtönökben is rendelkezésre áll. Emellett a rendelőben dolgozó házi orvosoknak is fontos szerep jut, akik gyakran szakosodott addiktológiai központokkal együtt, megosztva felelnek az ellátásért.

A pszichoszociális beavatkozások közé tartozik a tanácsadás, a motivációs interjú, a kognitív viselkedésterápia, az esetkezelés, a csoport- és családterápia, valamint a visszaesés megelőzése. Ezek a beavatkozások segítik az embereket a drogproblémáik kezelésében és leküzdésében. Főleg ezeket a kezelési formákat nyújtják a kannabisz és olyan stimuláns drogok használóinak, mint a kokain és az amfetaminok. Opioid agonista kezeléssel kombinálva az opioid-használóknak is biztosítják ezeket a szolgáltatásokat. Sok országban a járóbeteg-ellátás keretében végzett pszichoszociális kezelés feladata megoszlik az állami intézmények és a civil szervezetek között. Az üzleti alapon működő szolgáltatók Európában általában kisebb szerepet játszanak a pszichoszociális beavatkozások nyújtásában.

A drogkezelések kisebb részét nyújtják Európában fekvőbeteg-ellátás keretei között. A kórházban vagy máshol végzett bentlakásos vagy fekvőbeteg-kezelés során a klienseknek pár

hétől több hónapig tartó ideig a kezelő létesítményben kell lakniuk azért, hogy tartózkodhassanak a droghasználattól. A fekvőbeteg-ellátásban nyújtott opioid agonista kezelés ritka, és bizonyos, magas morbiditású klienscsoportok kapják. A kezelésbe való belépés feltétele lehet a detoxifikáció, vagyis egy olyan rövidtávú, orvosi felügyelet mellett végzett beavatkozás, amelynek célja a szerhasználat visszafogása és abbahagyása, miközben a kliens támogatást kap az elvonási tünetek, illetve más negatív hatások csökkentése érdekében. A detoxifikációt általában fekvőbeteg-ellátás keretében nyújtott beavatkozás formájában végzik kórházban, szakosodott kezelőhelyen, illetve belgyógyászati vagy pszichiátriai osztállyal rendelkező bentlakásos létesítményben.

A fekvőbeteg-ellátás során a kliensek személyre szabott pszichoszociális kezelést kapnak, és olyan tevékenységekben vesznek részt, amelyek célja a rehabilitáció és a társadalomba való reintegráció, és gyakran terápiás közösség is segíti a gyógyulást. A fekvőbeteg-ellátást pszichiátriai kórházakban is biztosíthatják azoknak, akiknek társult mentális egészségügyi problémáik is vannak. Európában a fekvőbeteg-ellátásban részt vesznek az állami intézmények, a magánszektor és a civil szervezetek is. Az elsődleges szolgáltatók jellege országonként változik.

Társadalmi reintegráció

A magas kockázatú kábítószer-használók és főleg a krónikus opioid-használók sokszor tapasztalnak társadalmi kirekesztést. Gyakori köztük a munkanélküliség és az alacsony képzettség, valamint sokan hajléktalanok, vagy nem rendelkeznek stabil lakhatással. Az ezeket a problémákat célzó beavatkozások a droghasználók társadalmi reintegrációjára összpontosítanak, beleértve a munkahely megszerzésének és megtartásának képességét.

A módszerek közé tartoznak a szakképzési programok, amelyek célja a munkahelykereséshez és foglalkoztatáshoz szükséges készségek és tulajdonságok fejlesztése. A kezelésből a szokásos munkavégzésbe való átmenetet segíthetik az olyan szociális vállalkozások és szövetkezetek, amelyek munkatapasztalatot és támogatott foglalkoztatást nyújtanak. Szintén értékesek azok a programok, amelyek a vállalkozásokat arra ösztönzik, hogy korábban drogproblémákkal küzdő embereket alkalmazzanak, és munkahelyi támogatást nyújtanak nekik.

A lakhatási problémák kezelését is gyakran a társadalmi reintegráció alapvető feltételének tartják. A lakhatási támogatás során a szolgáltató rövid- vagy hosszú távú elhelyezést biztosíthat, valamint olyan más szolgáltatásokhoz való hozzáférést, mint az orvosi ellátás és a drogkezelés, a szociális tevékenységek, az oktatás és a képzés. Idetartoznak az olyan

programok, mint a „Housing First” (A lakhatás az első), amelyben a lehető leggyorsabban elhelyezést biztosítanak az érintettnek, még mielőtt a droghasználat foglalkozná, vagy más támogatást nyújtanának neki.

Ártalomcsökkentés

Az ártalomcsökkentés körébe az olyan beavatkozások, programok és szakpolitikák tartoznak, amelyek célja az egyének, közösségek és társadalmak által a droghasználat miatt elszenvedett egészségügyi, szociális és gazdasági károk csökkentése. Az ártalomcsökkentés alapelve az, hogy a droghasználat kezelésére pragmatikus válaszlépéseket kell kidolgozni a beavatkozási célok olyan hierarchikus rendszere alapján, amely a droghasználat folytatása esetén felmerülő egészségügyi ártalmak csökkentésére helyezi az elsődleges hangsúlyt. Az ártalomcsökkentés a droghasználati problémákat tapasztaló – különösen a társadalmilag kirekesztett – emberek közvetlen egészségügyi és szociális szükségleteinek kielégítését célozza opioid agonista kezelés és túcsere biztosításával, a túladagolás okozta halálesetek megelőzése és a fertőző betegségek valószínűségének mérséklése érdekében. A további módszerek közé tartozik az utcai megkereső (szociális) munka, az egészségfejlesztés és az oktatás.

Ahhoz, hogy mind a droghasználókat, mind pedig a társadalom tagjait megvédjük a kábítószerhasználat ártalmaitól, a lehetséges káros következmények és kockázatok területein átívelő beavatkozási keretrendszerre van szükség, amelynek segítségével, idővel jobb egészségügyi és szociális kimeneteket érhetünk el. Ezen a téren a beavatkozások fontos célkitűzései között lehetnek a következők: a HIV/AIDS vagy a hepatitisz fertőzés kockázatának csökkentését célzó intézkedések az intravénás droghasználók körében; a túladagolás megelőzése; a droghasználók kevésbé kockázatos viselkedésre ösztönzése; valamint az egészségügyi és biztonsági célok elérésének támogatása.

Az ártalomcsökkentő beavatkozások újabb fejleményei közé tartozik az e-egészségügyi és mobilalkalmazások használata a szélesebb körű, gyors beavatkozásokra és a felépülés támogatására, a táv-medicina alkalmazása, valamint a viselkedéssel kapcsolatos tudás felhasználása ahhoz, hogy a drog-használóknak eredményesebb programokat dolgozzanak ki.

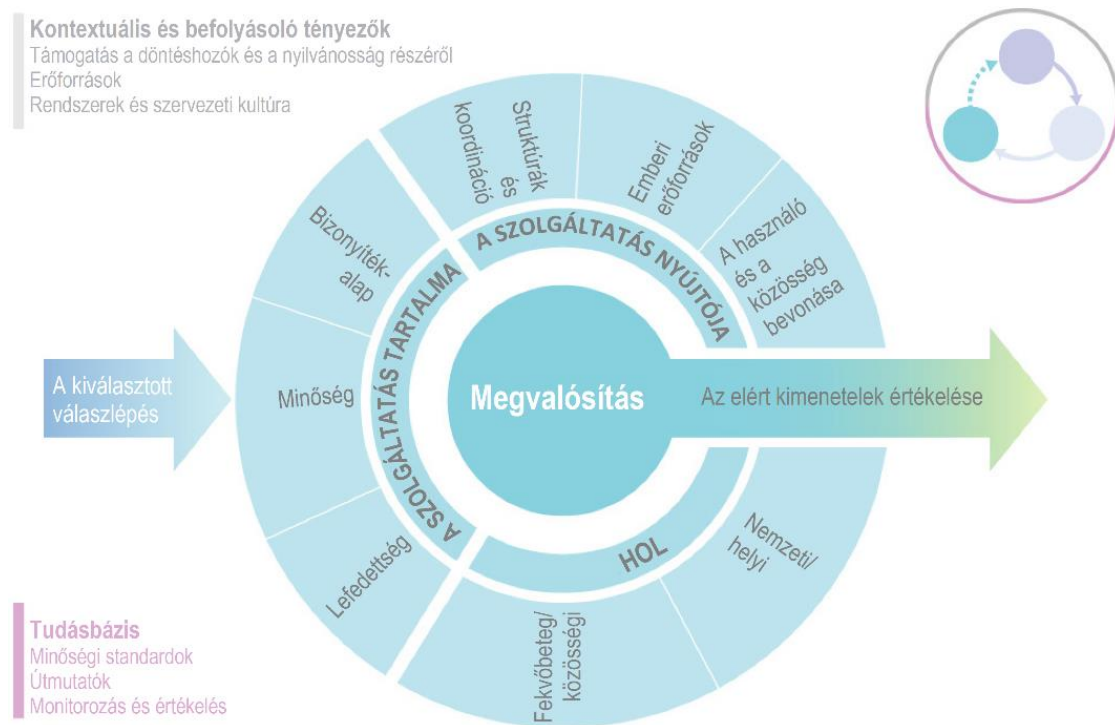
A kiválasztott válaszlépések megvalósítása, monitorozása és értékelése

Bármely szakpolitikai válaszlépés sikeres megvalósítása számos tényezőtől függ, amelyeket a szak-politika vagy program tervezése és értékelése során figyelembe kell venni.

A megvalósítást befolyásoló tényezők

Alapvető jelentőségű a döntéshozók és a nyilvánosság támogatásának megszerzése. Lehet, hogy meg kell győzni őket arról, hogy a népegészségügyi megközelítés megfelelőbb, mint a közrendre összpontosító válaszlépés. A cselekvés és a tétlenség költségeire és előnyeire rámutató érdekképviselőre lehet szükség ahhoz, hogy biztosítsák az eredményes közpolitikai válaszlépéshez szükséges társadalmi erőforrásokat.

13. ábra: A megvalósítás során figyelembe veendő tényezők



Az adott beavatkozás eredményessége függ attól is, hogy van-e elegendő képzett munkaerő a szolgáltatásnyújtáshoz. A szolgáltatások bővítéséhez további munkatársak képzésére is szükség lehet, és előfordulhat, hogy át kell képezni a más droghasználati problémák kezeléséhez szokott kollégákat (pl. intravénás opioidhasználat a stimulánsok vagy kannabisz problematikus használata helyett), vagy más csoportokkal, például fiatalabb kliensekkel végzendő munkához szükséges készségekkel kell ellátni őket.

A beavatkozásokhoz szükség van megfelelő létesítményekre és helyszínekre is, ahol le lehet folytatni a kezelést, a szociális munkával kapcsolatos tevékenységeket vagy más programokat. A helyi közösségek bevonása alapvető lehet, ha a kezelést vagy az utcai megkereső munkát náluk kívánják végezni. Foglalkozni kell a helyiek aggodalmaival is, többek között azzal, hogy a szolgáltatások még több droghasználót vonzanak a területre és növelik a droggal kapcsolatos

problémákat, vagy hogy a droghasználók a kezelőhelyek körül gyűlnek össze, ahol nyíltan kereskednek a kábítószerekkel és használják azokat.

A szolgáltatások irányítása és összehangolása

Irányítási rendszerekre van szükség a droghasználat kezelésén dolgozó különféle szervezetek és szolgáltatások munkájának összehangolásához. Ehhez az érdekeltek széles körét képviselő tanácsadó bizottságok vagy referenciacsoportok felállítására lehet szükség, amely testületek meghatározhatják az általános stratégiai irányt, biztosíthatják a szakpolitika minden érintettjének bevonását, ami pedig elősegíti az alkalmazott megközelítések széles körű elfogadását.

A droggal kapcsolatos, valamint más egészségügyi és szociális problémák közötti kölcsönhatások miatt fontos a kezelőhelyek és az egyéb egészségügyi ellátások megfelelő összehangolása. A droghasználat például gyakran mentális egészségügyi problémákkal társulnak, ezért alapvető, hogy a két terület szolgáltatói együttműködve, eredményesen kezeljék mindkét területet.

A szolgáltatás-minőségi standardok további mechanizmust biztosítanak az eredményes megvalósítás segítéséhez. Az Európai Unió minimális minőségi követelményeket határozott meg a drogok iránti kereslet csökkentésére vonatkozóan. Ezek a következő területeket fedik le: megelőzés, kockázat- és ártalom-csökkentés, kezelés, társadalmi reintegráció és rehabilitáció.

Az esetleges megvalósítási problémák azonosításához és kezeléséhez a szolgáltatásokat nyújtó szervezetekkel folytatott rendszeres konzultációra lehet szükség, az egyes szolgáltatásokat használó csoportok képviselői pedig visszacsatolást adhatnak a szolgáltatás teljesítményéről, és javaslatokat tehetnek a szolgáltatás felépítésének és nyújtásának javítására. Fontos, hogy olyan szervezeti kultúra alakuljon ki, amelyben a szervezetek és szolgáltatók együttműködnek, nem pedig versengenek az erőforrásokért és a kliensekért.

A szolgáltatás monitorozása és értékelése

A jó szolgáltatáshoz alapvető fontosságú a monitorozás, az értékelés és a visszacsatolás. Ezekkel az eljárásokkal a szervezetek és munkatársaik figyelemmel kísérhetik programjaik teljesítményét, javíthatják a szolgáltatásaikat, és elszámolhatnak azokkal a finanszírozók felé. Továbbá, a szolgáltatók azonosíthatják az egyes beavatkozások vagy más intézkedések esetleges nem szándékos, negatív következményeit, például, ha a gyakorlatok módosítása magasabb lemorzsolódási arányt okoz, vagy ha a vényköteles gyógyszerek eltérítését

megakadályozó lépések miatt a gyógyszereket igénylő betegek nehezebben férnek hozzájuk, ami eredménytelen kezeléshez és ehhez kapcsolódó fájdalomhoz és szenvedéshez vezet, valamint növeli az egészségügyi költségeket.

A beavatkozások megvalósításának és igénybevételének monitorozásához fenntartható adatgyűjtő rendszereket is szükséges létrehozni. A vonatkozó űrlapokat rutinszerűen, pontosan kell kitölteni ahhoz, hogy az adatok használhatók legyenek, az eredményekről a munkatársakat tájékoztatni kell, bemutatva számukra az adatgyűjtés értékét.

Példák a beavatkozások monitorozása és értékelése során felteendő kérdéstípusokra:

- Milyen típusú beavatkozásokat végeztek? (Pl. tanácsadás, szociális támogatás, opioid agonista kezelés)
- Hány és milyen típusú klienst vagy célcsoportot szolgáltak ki?
- Milyen eredményeket értek el a droghasználat és a kapcsolódó ártalmak megelőzése és csökkentése, illetve a kliensek életminőségének javítása terén?
- Hogyan viszonyulnak a beavatkozások költségei az alternatív programok vagy szolgáltatások költségeihez?

Ezek az adatok a következő belső és külső célokból is hasznosak: a klienseknek nyújtott szolgáltatások és válaszlépések értékelése és finomítása; beszámolás a finanszírozóknak; a meglévő szolgáltatások finanszírozásának folytatása vagy növelése melletti érvelés; vagy alternatív, költséghatékonyabb beavatkozások melletti érvelés. A folyamatban lévő szolgáltatásnyújtás monitorozását és értékelését általában maguk a szolgáltatók végzik, míg a kimenetek és hatások értékelése ideális esetben külső értékelők feladata, akik objektívebbek lehetnek.

Mivel lehet, hogy a beavatkozások csak később fejtenek ki érzékelhető hatást a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos ártalmakra, a döntéshozók számára kihívást jelenthet a szolgáltatások további finanszírozása az érzékelt drogkrízis elmúlta után is.

A szolgáltatások hatására és költséghatékonyágára, valamint a népességi szintű drogproblémák mértékére vonatkozó kutatási eredmények is hasznos szerepet játszhatnak ebben a folyamatban.