

Eger Város Stratégiája a Drogprobléma Kezelésére

I. Bevezetés

2013. október 18-tól hatályos a 80/2013. (X. 16.) OGY határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020 - Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen címmel. E jogszabály szellemében az egri KEF megújítja a 220/2007. (V.24.) sz. Közgyűlési határozattal elfogadott 2007-ben született helyi stratégiáját.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 – Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen című dokumentum elveiben és megközelítésében, teljes mértékben illeszkedik az Európai Unió 2013-2020 közötti időszakra vonatkozó új drogstratégiájához. Eger város helyi stratégiája illeszkedik az Európai Unió és a Nemzeti Stratégia alapvető célkitűzéseire, és követi annak felépítését, valamint összhangban van Eger Megyei Jogú Város Középtávú Gyermek és Ifjúsági Konceptiójával.

1.1. Vonatkozási terület

A Nemzeti Drogellenes Stratégia a kábítószer-problémára vonatkozik, mindazonáltal nagy nyomattal kívánja jelezni, hogy 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. Célrendszerénél fogva ugyanakkor az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos stratégiai feladatokkal is foglalkozik.

1.2. Újszerűség

A társadalmi változások új kihívásokat és alkalmazkodási formákat hoztak létre, amelyeket a társadalom különböző csoportjai ambivalensen ítélnek meg. Ezek gyakran hatnak, vagy hathatnak az egyén életvitelére, egészségtudatos magatartására. A kihívások és alkalmazkodási kényszerek eltérően érvényesülnek az ország különböző régióiban. Észak-magyarországon belül Eger nincs rossz gazdasági helyzetben, azonban az egzisztenciális biztonság, a meggyengült társadalmi szolidaritás vagy az individuális értékek megerősödése itt is hatással van a helyi társadalom tagjaira. A közösségi lét új formái erősödnek, elsősorban a fiatalok körében (internetes közösségek), amelyek sajátosságait, erőforrásait kevésbé ismerjük. A változásokhoz meg kell tanulni alkalmazkodni, a fejlődéssel járó kihívásokat nem lehet elutasítani, inkább ezekre alapozva kell stratégiát állítani az illegális szerhasználat visszaszorítása, egészségfejlesztés területén is.

Fontos tehát a közösségek értékének megerősítése, a helyi közösségek tagjai szerepének, felelősségének tudatosítása, erőforrásuk feltérképezése. A helyi közösség alapja a család, amelyre életvitelszerűen a nukleáris család együttélése jellemző, de ebben a rendszerben meg kell erősíteni az idősek, a család természetes támaszainak a szerepét is. A drogprobléma a közösségben alakul ki, így annak megoldása is a közösség minden tagja számára kijelöl feladatokat.

A helyi stratégia a **közösségek és a család szerepének megerősítése és a széleskörű elérhetőség**, kiemelten a fiatalok elérése jegyében születik meg.

Prioritások:

- a tiltással, büntetéssel szemben az alternatívák felkínálásának hangsúlyozása
- a közösségi élmény, a közösséghez tartozás fontosságának erősítése
- a közösség, a családok tagjai erőforrásainak, lehetőségeinek felhasználása, felelősségi területeik megismertetése
- a virtuális kapcsolatok hasznos, biztonságos, értékteremtő használatának erősítése
- a döntéshozás, felelősségvállalás, felelős döntéshozás képesség korai életkortól (12 év) való erősítése

II. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórum mint a helyi együttműködések koordinátora

Az egri KEF az elmúlt több mint egy évtizedben a helyi közösség fontos szervezetévé nőtte ki magát. Alkalmassá vált helyi programok és akciók kezdeményezésére, tervezésére, értékelésére, a helyi közösség valós szükségleteire épülő egészségfejlesztési tevékenység koordinálására. Alapvetően nem programok megvalósítását végző szervezet, hanem a szakmai együttműködést segítő fórumként működik.

Célja, hogy - a közigazgatás átalakult rendszerére tekintettel - megerősödjön az a helyi együttműködési fórum, amelyben a kábítószer-probléma kezelésében felelősséggel rendelkező és jártas egészségfejlesztő, megelőző és kezelő tevékenységet folytató köznevelési, népegészségügyi és szociális ellátó, valamint bűnmegelőzési és bűnüldözési szervek vesznek részt.

Főtevékenységeként helyi szinten összehangolja és támogatja a közösség, a megelőzés, a gyógyítás, a rehabilitáció és a kínálatcsökkentés szervezeteinek és intézményeinek munkáját és együttműködését. Egységes szakmai és módszertani szemlélet megvalósításával, a helyi szükségletek feltárásával és az ezekre épülő stratégiák kimunkálásával irányítja, segíti, ésszerűsíti a helyi szinten megvalósuló kábítószer-megelőző, és kábítószer-kezelő tevékenységet.

A KEF működési feladatai között szerepel, a nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 20/2012. (VIII.31.) EMMI rendeletnek megfelelően, az iskolai egészségfejlesztési programok minőségbiztosítási folyamatában való részvétel és a nevelési-oktatási intézmények által választani kívánt egészségfejlesztési és prevenció programok véleményezése.

Feladatának tekinti továbbá a nevelési-oktatási intézmények tájékoztatását a helyi minősített, illetve minőségbiztosított egészségfejlesztéssel, prevencióval kapcsolatos programokról.

II.1. Az egri Kábítószerügyi Egyeztető Fórum tagsága

- Eger Megyei Jogú Város Önkormányzata
- Eger Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala
- Heves Megyei Rendőr-főkapitányság
- Heves Megyei Kormányhivatal Egri Járási Hivatal Járási Népegészségügyi Intézete
- Heves Megyei Kormányhivatal
- Igazságügyi Szolgálat
- Heves Megyei Kormányhivatal Szociális és Gyámhivatala
- Főegyházmegyei Karitás RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat
- Klebelsberg Intézményfenntartó Központ Egri Tankerülete
- Eszterházy Károly Főiskola
- Markhot Ferenc Kórház Oktatókórház és Rendelőintézet Addiktológiai Gondozó és Drogambulancia
- Városi Diáktanács

- Gyermekjóléti Központ
- KEVIKO Prevenció Kft
- EKMK Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda
- Magyarország Krisna-Tudatú
- Hívők Közössége
- Heves Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet
- Egri Alternatív Kulturális Egyesület
- független szakértő

A tagság a drogproblémával foglalkozó szervezetekkel és szakemberekkel bővíthető.

III. Helyzetkép és következtetés

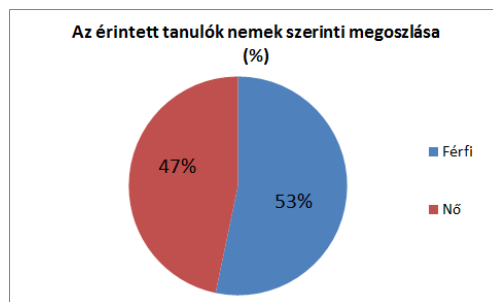
A célok, válaszok megfogalmazásához, megtervezéséhez át kell tekinteni a legfontosabb, rendelkezésre álló információkat, kábítószer-fogyasztási és -ellátórendszeri mutatókat.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia által kiemelt „A serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010” (HBSC) vizsgálat szerint a kipróbálás illegális szerekre – visszaélés szerű gyógyszerhasználatra – inhalánsokra vonatkozó együttes életprevalencia értéke a megelőző 2002-es és 2006-os értékekhez képest egyaránt emelkedést mutat. 2010-ben a 9. és 11. évfolyamok tanulói körében ez az arány meghaladta a 30%-ot (2002-ben 24,3%, 2006-ban 20,3% volt).” Települési szinten ezen állítások, helyi szintű kutatás hiányában, az ellátórendszer és az intézményi statisztikák áttekintésével, másodelemzésével egészíthetők ki, annak tudatában, hogy az elemzés során felmerülhet a redundancia lehetősége és esélye.

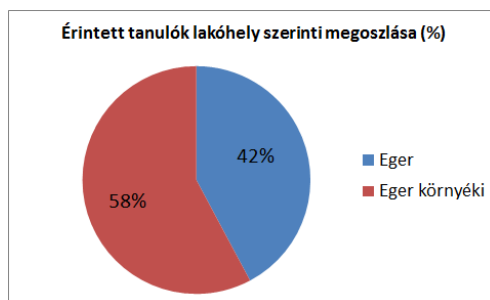
Az intézményi statisztikák másodelemzésére épülő helyzetelemzésünk kiegészül az „Egri fiatalok szerves-oldószer használatának és szipuzási szokásainak kvalitatív vizsgálata” (Vass Vera – Hegedűs Gyula, 2010) című mikro-kutatással, valamint azokkal a kvalitatív tapasztalatokkal (megfigyelés, résztvevő-megfigyelés, félig strukturált és narratív interjúk), melyeket a KEF munkatársai az ellátórendszer intézményeiben végzett munkájuk során szereztek.

A kábítószer-használattal kapcsolatosan számos protektív és kockázati tényező ismert. A védő tényezők közül fiatal korban kiemelkedő jelentőségű a család, az iskola, a kortárs csoportok, a helyi közösség társas kohéziója, a társas támogatások, illetve a kapcsolatok megfelelő minősége, melyek képesek ún. megküzdési (coping) stratégiákat hatékonyan közvetíteni. Az adatszolgáltató helyi intézmények összesített statisztikai adatainak másodelemzése alapján megállapítható, hogy a rendszeres szerhasználók 25% házas vagy élettársi kapcsolatban él, ezért szerhasználatuk a környezetükre, családjukra is igen erős hatást gyakorol és meghatározza, befolyásolja annak homeosztatiszikus egyensúlyát. Ha a család és a közösség nem tud támaszt nyújtani, ha az iskola inkább kudarcok, mint sikerek színtere, akkor nő a normasértő magatartásokkal kísérletező kortársak befolyása, és a kábítószer-használat kockázata is nagyobb. Azok a gyermekek, akiknek a családjában szenvedélybeteg él, vagy akik felbomlott családban nőnek fel, a kábítószer-használat szempontjából is fokozottan veszélyeztetettek.

Az egri iskola védőnői szolgálat adatai alapján elmondható, hogy **a 20 év alatti megkérdezett diákok 17,9%-a érintett a dohányzás és az alkoholfogyasztás területén.**



1. ábra Érintett tanulók nemek szerinti megoszlása (2013)



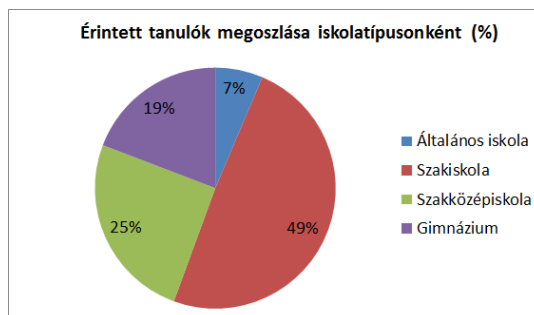
2. ábra Érintett tanulók lakóhely szerinti megoszlása (2013)

Nem és lakóhely szerinti megoszlásban látható, hogy minimális eltéréssel, de inkább a fiúk jelennek meg az érintett diákok között (53%) és főként Eger környéki településekről ingáznak (58%) a megyeszékhelyen lévő iskolákba. A helyi stratégiának tehát nem csak Eger, hanem annak agglomerációjában lakó érintett és szerhasználat szempontjából veszélyeztetett diákok vonatkozásában is szükséges célokat megfogalmaznia.

Egerben az érettségit adó iskolatípusokban jelentősen kevesebb az érintett tanulók aránya, mint a szakiskolákban, ahol a tanulók 71,5%-a vallotta be, hogy rendszeresen dohányzik és 26,3%-a fogyaszt rendszeresen alkoholt.

Figyelemreméltó adat, hogy az egri általános iskolákban a tanulók 1,8%-a mondta azt, hogy dohányzik, 1,6%-a fogyaszt alkoholt és mindkét területen a lányok aránya a magasabb. A rendelkezésre álló adatok megerősítik az országos kutatási adatokat, mely szerint az első kipróbálás időpontja a fiatalabb (14 éves vagy annál fiatalabb) életkor felé tolódik.

Összesítve az érintett tanulók arányát láthatóvá válik, hogy Egerben az iskolatípusonkénti megoszlásuk, nem mutat egységes képet, így a célcsoport és a célok meghatározásnál mindenképpen figyelembe kell venni ezen különbségeket.



3. ábra Érintett tanulók iskolatípusonkénti megoszlása (2013)

A szerhasználat valamely területén (dohányzás, alkohol, drog) érintett általános iskolások 7%-os aránya jelzi, hogy a prevenciós munkát már a prepubertás korban (7-12 év) lévő gyermekeknél el kell kezdeni, illeszkedve az iskolai egészségfejlesztési programokhoz, támogatva a szermentes életmód kialakítását, erősítését.

A nevelési-oktatási intézményekben évek óta növekszik az egyéni, a családi és a társadalmi problémák megjelenési aránya, melyek megoldása meghaladja a pedagógusok kompetenciáját, azonban az iskolák, ezen problémák kezeléséhez, nem rendelkeznek sem speciális szakemberrel, sem megfelelő eszközzel. A társadalmi problémák komplexitása miatt hatékony megoldás lehet a különböző ágazatok, társadalmi alrendszerek egymással valóban együttműködve tevékenykednének a megfelelő megoldások megvalósításán, mert a társadalmi problémákat nem lehet csak pedagógiai eszközökkel megoldani.

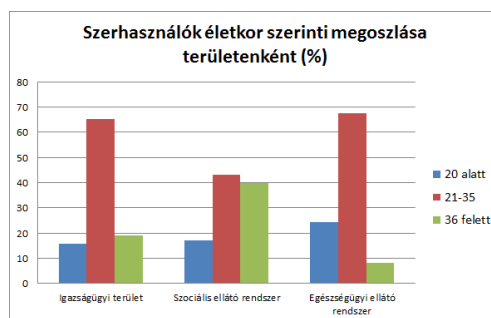
A kortárs csoportok gyakran ösztönzik a pszichoaktív szerek kipróbálását, főként azokban az esetekben, amikor a szülők vagy a társadalom protektív funkciója nem érvényesül. Az **addiktológiai gondozásban lévők 24,4%-a 20 év alatti fiatal**. Ez a magas arány mindenképpen indokoltá teszi a nevelési-oktatási intézmények, az iskola védőnői szolgálat és a prevenciós feladatokat ellátó szervezetek szorosabb együttműködését a komplex egészségfejlesztés területén.

Az igazságügyi területhez tartozó pártfogói felügyeletet, büntetés-végrehajtási intézetet, a szociális- és egészségügyi ellátórendszerhez tartozó intézmények, szervezetek statisztikai adatait összesítve nemek szerinti megoszlásban az érintett tanulók nemi eloszlásához viszonyítva egyértelműen látható az arányeltolódás, mely szerint a férfiak egyaránt felülreprezentáltak ezeken a területeken.



4. ábra Szerhasználók nemek szerinti megoszlása (2013)

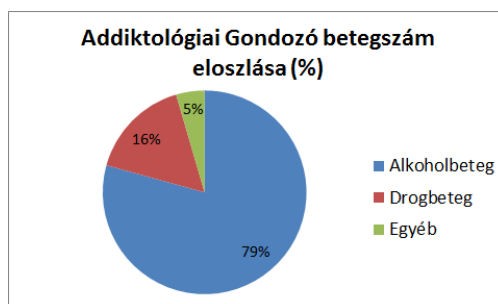
A három területet megvizsgálva látható, hogy a legérintettebb életkori kategória a 21-35 éves fiatal felnőtt korosztály. **Fontos kiemelni, hogy az igazságügyi, egészségügyi és szociális területen is egyaránt 15% felett van a 20 év alatti korcsoport aránya.**



5. ábra Szerhasználók életkor szerinti megoszlása (2013)

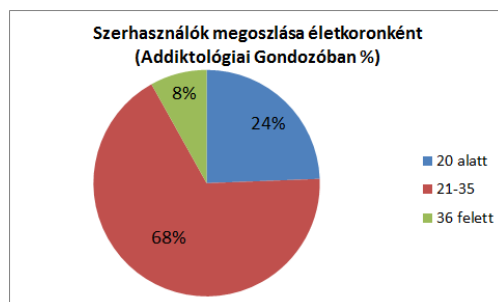
Az egészségügyi ellátórendszeren belül az addiktológiai gondozásban lévő szerhasználó drogbetegek életkor szerinti megoszlásából látható, hogy még magasabb (24%) a 20 év alatti korosztály aránya.

Az addiktológiai gondozóban lévő betegek 79%-a alkoholbeteg, 16%-a drogbeteg, tehát az alkoholbetegek magas száma több mint háromszorosan múlja felül a kábítószer-problémával kezelésbe kerültek számát.



6. ábra Addiktológiai Gondozó betegszám megoszlása (2013)

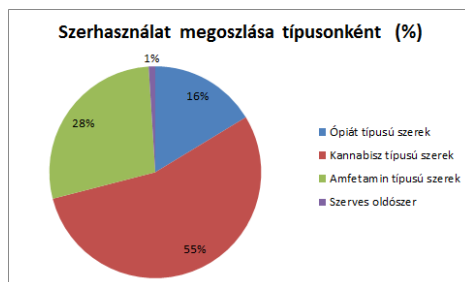
Ha korcsoportok szerint összesítjük a gondozásba vett 20 év alatti és a 21-35 év közötti fiatalokat, akkor láthatjuk, hogy ez a két korcsoport adja a kezelésben lévő drogbetegek 92%-át és nagyrészüket egri nevelési-oktatási intézmény/felsőoktatási intézmény tanulója vagy fiatal pályakezdő.



7. ábra Addiktológiai Gondozó betegeinek életkori megoszlása (2013)

Heves megyén belül az Egri Rendőrkapitányság illetékességi területén, ezen belül is Eger városban volt a legmagasabb az ismertté vált bűncselekmények száma 2013. évben. A kábítószerrel vagy új pszichoaktív anyaggal történő visszaélések szinte kizárólag Egerhez köthetők, feltételezhetően azért, mert itt a legnagyobb a száma az itt élő és/vagy tanuló veszélyeztetett korosztálynak.

Az egyes szertípusokat külön vizsgálva az intézményi adatokból látható, hogy az illegális szerek használata közül kiemelkednek a kannabisz és az amfetamin típusú szerek. Ezen adatok megegyeznek az országos szintű kutatások eredményeivel, mely szerint növekedés észlelhető a kannabisz és különösen az amfetaminok esetében (ez utóbbi szer fogyasztása az elmúlt négy év alatt közel ötven százalékkal nőtt).



8. ábra Szerhasználat típusonkénti megoszlása (2013)

9.

Az egészségügyi ellátórendszer által szolgáltatott adatokból az alábbi következtetések vonhatók le a szerhasználat módjával és a fogyasztott szerekkel kapcsolatban:

- Főként az ún. „klasszikus szerekkel” kapcsolatosan fordulnak segítségért a drogambulanciához.
- Az amfetamin dominanciája szembeötlő: itt legmagasabb a heti gyakoriságú fogyasztás aránya szemben a napi és az alkalmi fogyasztókkal szemben, azonban mindenképpen figyelemre méltó az, hogy az intravénás amfetamin-származék injektálás arányaiban szinte megegyezik az orális használat, vagy nazális használat (szippantás) arányával – ez pedig a függő-típusú szerhasználat irányába történő elmozdulást jelzi, és az amfetamin-függők növekvő számát vetíti előre.
- A problémás kannabisz-fogyasztók magas száma már nem meglepő, az évtizedek óta tartó töretlen népszerűségét csupán a néhány éve előretörő, ún. „C-típusú” (dizájner-) drogok („herbál”, „bio”) elterjedése ingatja meg némileg. Ezen fogyasztók azonban még nem jelentkeznek a drogambulanciák statisztikáiban, annál inkább a rendőrség/hatóság kimutatásaiban. Ennek oka a folyamatosan átalakuló, megújuló, reflektív jogi szabályozás, ahol folyamatosan bővül a „C-lista”, melynek egyes elemei átkerülnek a szabálysértés kategóriából a törvénysértés-szankciót magával hozó „tiltott szerek jegyzékébe” – tehát kábítószerre minősítik őket. 2013-as évtől kezdve egyértelmű arányeltolódás figyelhető meg az új pszichoaktív szerek használatának javára.
- Kiemelkedő az ópiát-függők aránya (13 napi gyakoriságú intravénás használó, tehát függő(!) és csak 1 fő az alkalmi orális ópiát fogyasztó).
- A drogambulanciára kerülő esetek többsége ún. „politoxikomán” szerhasználattal jellemezhető, vagyis azon túl, hogy egy bizonyos szerrel kapcsolatos problémájuk miatt kerülnek a betegek felvételre (ez főleg alkohol, kisebb mértékben ópiát/amfetamin/kannabisz-származék/egyéb), jellemzően több egyéb illegális szert is használnak egyidejűleg, vagy rendszeresen. A szerek kombinált használata fokozott fizikai, pszichés – és közvetve társadalmi veszélyt – hordoz magában. Erre utalnak a kannabisz-fogyasztási adatok is: 47 esetben jelzik a drogambulancia adatai, hogy az gondozott marihuána-származékot is fogyaszt.
- A kannabisz-fogyasztás több más illegális szer mellett „kiegészítő” szerként, vagy „alapvető buli-kellékként” (szociális-rekreációs, illetve szituatív-szerhasználat) történő fogyasztása a szociális ellátórendszer és a felsőoktatás területéről érkező adatokból is következtethető. Az országos és nemzetközi kutatások rávilágítanak arra, hogy a

kamasz és fiatal-felnőtt – zömmel iskolába járó, vagy pályakezdő – fiatalok (legalább!) heti rendszerességgel egészítik ki a szórakozásukat a következő legális és illegális szerekkel:

- a) Legális szerhasználat eloszlása: alkohol (a válaszok közel 90%-ában), legális stimulánsok (koffein, taurin, nikotin – tehát kávé, energiatitalok, cigaretta – a válaszadók 33%-a).
 - b) Illegális szerhasználatot a megkérdezettek 25%-a említi a következő sorrendben: kannabisz-származékok (marihuána, hasis), „herbál”, és egyéb. Az amfetaminszármazékok (speed, MDMA, metamfetamin) helyett sokszor a nazális használatú terjedő por/kristályos dizájner-drogokat (4-mec, penta, mefedron, MDPV, „kristály”) említik. – Az említett anyagok egy része már tiltólistán van, vannak közöttük kábítószer-alapanyagok (prekurzorok) és olyan szerek is, amelyek még nincsenek rajta semmilyen szabályozó-listán.
- A szociális ellátórendszer és a felsőoktatás jelzése szerint jelen van a célcsoporttagok között az inhaláns-használat (ez a fiatalokat jelenti!), a drogambulancia adatai szerint náluk mégis csupán egyetlen eset jelentkezett a 2013. év során. Tehát létezik egy olyan „szípus” réteg, amely „rejtőzködik”, láthatatlan: nem drogbetegek, nem hajléktalanok – így az egészségügyi és a szociális ellátás számára elérhetetlenek. Ők főleg középiskolások és a felsőoktatásban hallgatók, akik „parti-kellékként”, kiegészítő tudatmódosító szerként elvéve, nem függő módon fogyasztanak parti-inhalánsokat („rush”, dinitrogén-oxid), illetve öngyújtó-töltőgázt.
 - Hasonló a helyzet a dizájner-drogokkal is, melyek használata megjelenik az oktatás, szociális és igazságügyi terület adataiban is, ami arra utal, hogy ez a legfiatalabb szerhasználók kedvelt „szórakozása”. Az oktatás- és a szociális szakterületnek külön figyelmet kell fordítania ezen problémakör („fiatalok és dizájner”) kezelésére és a megelőzési programokra.
 - Elmondható, hogy a kannabisz-származékok hegemóniája töretlen, de az új típusú „herbálok” egyre inkább terjednek. Az igazságügyi terület megfigyelései és adatai szerint, aki korábban füvet szívott, az jó eséllyel vált olyan herbálra, amelynek beszerzése és fogyasztása „csak” szabálysértés. Akik korábban amfetamin-típusú stimulánsokat használtak (speed-et szippantva, vagy ecstasy-tablettát orálisan), azok a könnyebben hozzáférhető és szintén csak szabálysértéssel fenyegető szintetikus pszicho-stimulánsokat részesítik egyre inkább előnyben.

A lefoglalt szerek alapján megállapítható, hogy a megyében, és az Eger Rendőrkapitányság illetékességi területén, ezen belül is Eger városban a legnépszerűbb „kábítószerek”, az új pszichoaktív anyagok.

A szakértői vélemények alapján a lefoglalt szerek nagy része a lefoglalás időpontjában sem kábítószernek, sem új pszichoaktív anyagnak nem minősült, jellemzően azonban a lefoglalás után néhány nappal, héttel viszont már kábítószer vagy „C-listás” szerré minősítették. A lefoglalt szerek kisebbik hányada már új pszichoaktív anyagnak minősült, a többi esetben kábítószer, vagy ritkábban gyógyszer.

Összességében megállapítható, hogy a forgalomba kerülő, és a fiatalok között gyorsan nagy népszerűsége szert tevő „még legális” szerek rendkívül veszélyesek, lényegesen olcsóbbak

bármelyik illegális drogtól, és könnyen beszerezhető. A hatásuk többszöröse az eddig ismert drogokénak, a mellékhatásaik pedig kiszámíthatatlanok.

Az indult büntetőeljárások során sok esetben egyértelműen kimutatható volt az összefüggés a drogfogyasztás és más bűncselekmények elkövetése között.

IV. Általános célok

- A társadalom és közösségi értékszempléletében a jelenleginél hangsúlyosabban jusson érvényre a család és a közösségek iránti elköteleződés, mint alapérték.
- A társadalom legyen érzékenyebb a drogprobléma iránt azért, hogy a közösségben csökkenhessen a kirekesztés és stigmatizáció.
- Helyi működésünkben vegyük figyelembe a függőség minden formáját (legális és illegális szerek, kémiai és viselkedéses függőségek), és azokat komplex problémaként kezeljük.
- Szélesedjék azon közösségi és szakmai kezdeményezések hatóköre, amelyek a közösség tagjainak erőforrásaira építve növeli a civil együttműködést, a közösség tagjainak hatékony részvételét.
- Jöjjenek létre a kábítószer-problémák új típusú, korábban nem tapasztalt megnyilvánulási formáival való megbirkózáshoz szükséges közösségi és szakmai válaszok.
- A helyi KEF munkája legyen hatékonyabb, hatóköre terjedjen ki, erősödjön benne az önkormányzat szerepe és felelősségvállalása, erősödjön a kormányhivatalokkal való együttműködése és tisztázódjon annak jogi kerete.
- A KEF találjon kapcsolatot minden olyan civil, egyházi, karitatív szervezettel, amely akár állandó, akár alkalmi közreműködésével hozzá tud járulni a drogprobléma megoldásához.

V. Feladatok az egészségfejlesztésben-megelőzésben

V.1. Családi szintén

- A helyi egészségfejlesztési és megelőző programok tervezésekor és megvalósításakor figyelembe kell venni a családok kulturális háttérét, szociális helyzetét, egészségismereti szintjét, illetve egyéb sajátosságait.
- A családi szintén zajló egészségfejlesztési tevékenységek keretein belül elengedhetetlen azon szabadidő-szervezési közös célok megjelölése, valamint azon tevékenységi formák lehetőség szerinti és az ismert tudományos bizonyítékoknak megfelelő beépítése, élénkítése, amelyek közös tevékenységek formájában erősítik az idősebb generációk pozitív részvételét a fiatalok hétköznapijaiban.

V.2. Köznevelési intézményi szintér

- Az intézmények az egészségfejlesztés és a célzott megelőzés kiemelt színterei, ahol szükség van e tevékenységek megvalósítására és folyamatos fejlesztésére.
- Támogatni kell az intézmények szocializációs feladatainak hatékonyabb ellátását szolgáló folyamatokat, amelynek legfőbb feltétele a segítő szakmák jelenlétének növelése a köznevelési intézményekben. Egy „protektív szolgáltató team” (szociális szakemberek, gyógypedagógusok, tanácsadók, konzultációs tanácsadók stb.) segítheti a pedagógusok, szülők, diákok iskolához kötődő, de oktatáson kívüli tevékenységét, felmerülő problémáiknak a kezelését. Támogatja az iskolai közösségek erősítését, az életvezetési, egészségfejlesztési tudásanyag beépítést az oktatási tevékenységbe.
- Folyamatosan fejleszteni kell az iskola-egészségügyi ellátás feladatköréhez kapcsolódó módszereket, tevékenységeket, javítani kell a pedagógiai, szociális és egészségügyi alapellátás, szakellátás és az iskolai egészségügyi szolgálat együttműködését.
- A helyi pedagógiai tevékenységben korszerűsíteni kell az életkori adottságokat tükröző, és ahhoz alkalmazkodó pedagógiai módszereket a tanulás hatékonyabbá tételére és a tanulók motiválása érdekében.
- Az iskolai komplex egészségfejlesztési program megalkotásába nagyobb mértékben kell bevonni az iskola-egészségügyi feladatot ellátó szakembereket és az iskolapszichológusokat, illetve a multidiszciplináris „protektív szolgáltató team”-et.
- Az iskolai egészségfejlesztési program megvalósításába az iskolai egészségügyi feladatot ellátó szakemberek és a multidiszciplináris „protektív szolgáltató team” mellett a szülők és a diákok bevonására is lehetőséget kell biztosítani.
- Fokozni kell a bűnmegelőzési védett programok és bűnmegelőzési tanácsadók jelenlétét az iskolákban.
- Erősíteni kell a minősített, illetve minőségbiztosított egészségfejlesztési, prevenció programok jelenlétét az iskolákban.

V.3. Gyermekvédelmi intézményrendszer

- A család erőforrásaira építve meg kell erősíteni, vagy helyre kell állítani a család struktúráját, működését annak érdekében, hogy a gyermekek és családjaik jogai érvényre jussanak, és a gyermekek egészséges fejlődése biztosítva legyen.
- A családi, közösségi, társadalmi veszélyforrásokat fel kell deríteni, a megelőzése vagy kiiktatás érdekében.
- A gyermekvédelmi intézményekben élő gyermekek és fiatalok számára prevenció programokat kell kialakítani és elterjeszteni.

V.4. Felsőoktatási színtér (beleértve a kollégiumokat is)

- A kortárssegítés kereteiben jelenjen meg hangsúlyosan az egészségfejlesztés, drogreprevenció a szolgáltatás és képzés területén is.
- A hallgatók számára biztosítani kell az életvezetési-tanácsadáshoz, egyéni beszélgetésekhez, csoportos élményt nyújtó, értékek tisztázását szolgáló, életúttervezést segítő foglalkozásokhoz való hozzáférést.
- A „campus lét” jelenségeire figyelemmel hangsúlyt kell helyezni a közösségek kialakítására, fejlesztésére, a közösséghez tartozás erősítésére.
- A hallgatók számára biztosítani kell a szakmai szocializációt segítő programok elérését.

V.5. Kortárs csoportok, ifjúsági közösségek színtere

- A megelőzés, az ártalom- és a kínálatcsökkentés egyaránt fontos elemeként a zenés-táncos szórakozóhelyeket be kell vonni és érdekeltté kell tenni a fiatalok biztonságosabb szórakoztatásában, a szórakozóhelyek személyzetének képzésével meg kell teremteni a biztonságos szórakozás feltételeit, a szórakozóhelyeken támogató szolgáltatásokat kell biztosítani, valamint az ezekkel kapcsolatos követelményeket következetesen kell ellenőrizni.
- A célcsoport számára minél szélesebb körben elérhetővé kell tenni az alternatív (egészségfejlesztési céllal létrehozott) szabadidős programokat. Támogatni és kezdeményezni kell ilyen programok szervezését és olyan helyszínek kialakítását, ahol ezek a programok helyet kaphatnak (pl. közösségi házak, ifjúsági klubok, stb.).
- Elősegíteni, támogatni kell a kortárssegítő képzések indítását, melynek módszertanára a helyi KEF ajánlást készíthet.
- Szabadidős programok kell szervezni a szermentes élet népszerűsítésére, melynek érdekében a színtereknek együtt kell működni, a munkájuk össze kell hangolni (Egri Ifjúsági Kerekasztal, Civilkerekasztal, Kábítószerügyi Egyeztető Fórum stb.)

V.6. Média színtér

- Támogatni kell az infokommunikációs technológiai eszközök, elsősorban az Internet nyújtotta lehetőségek megelőzési, tanácsadási és terápiás célú felhasználását. A szolgáltatásokhoz szükséges szakismeretek és képességek átadásához, fejlesztéséhez képességeket, továbbképzéseket kell szervezni.
- Növelni kell a felelősséget tükröző, előítéleteket oldó, szolidaritásra és cselekvésre ösztönző médiaprogramok számát, illetve a kábítószer-problémák háttértényezőit, megelőzési és kezelési lehetőségeit bemutató médiatartalmak támogatását.
- A fiatalok körében népszerű szakmai vagy kortárs közszereplő szermentes életét népszerűsítő megjelenéseket kell biztosítani a közösségi oldalakon.

V.7. Munkahelyi szintér

- El kell érni, hogy a munkahelyi megelőző programok elsősorban az egészségtudatos többségre összpontosítsanak, illetve már működő vállalati képzési és szociális programokhoz kapcsolódjanak.

V.8. Büntető-igazságszolgáltatás intézményei

- A büntető-igazságszolgáltatás hatókörébe került személyek társadalmi beilleszkedését elő kell segíteni.
- Biztosítani szükséges a büntetés-végrehajtási intézetek drogprevenciós körleteinek működését, hatókörük bővítését.
- Fejleszteni kell a büntetés-végrehajtási intézetekben az addiktológiai problémával küzdő fogvatartottak megfelelő ellátáshoz való hozzáférését.

VI. Feladatok a kezelés, ellátás, felépülés területén

- Ifjúsági addiktológiai ellátás hiányosságaira megoldást kell keresni. Ennek kiemelt hangsúlyt ad az új pszichoaktív szerek fogyasztói körének fiatalabb kor felé tolódása, illetve a szerek kiszámíthatatlan, gyakran orvosi beavatkozást igénylő hatása.
- A „büntetés helyett kezelés” meghatározott jogszabályi feltételek teljesülése esetén a kábítószer-fogyasztók számára továbbra is biztosítani kell a lehetőséget arra, hogy büntetés helyett kezelési, megelőzési programban vegyenek részt.
- A korai beavatkozás, és kezelés lehetőség szerint a család bevonásával, segítségével történjék, mivel a családtagokra is kiterjedő munka lényegesen hatékonyabb.
- Az egyenlő hozzáférés biztosítása érdekében csökkenteni kell az addiktológiai ellátás területi egyenlőtlenségeit, törekedni kell a szolgáltatáshiányos területek lefedésére.
- Esetvezetés során erősíteni kell az intézmények szakembereinek együttműködését.
- A kezelő-ellátó rendszerek lehetőleg működjenek együtt a helyben megvalósuló családi, közösségi kezdeményezésekkel és a felépülő szerhasználók önsegítésen alapuló programjaival.
- Fejleszteni kell a megkereső tevékenységet, elő kell segíteni az alacsonyküszöbű programokba való könnyebb és stigmatizáció-mentes bekapcsolódást. Ki kell építeni a túcsere programot, és rendszeressé kell tenni a veszélyeztetett csoportok körében a szűréseket. Alacsonyküszöbű programok fejlesztését a rejtőzködő szerhasználók felkutatása és kezelésbe-ellátásba vonása, fertőző betegségeik megelőzése, szűrése és kezelése is indokolja.

VI.1. Speciális csoportok, sajátos problémák

- Ki kell építeni a gyermek- és fiatalkorúak, járó- és fekvőbeteg-ellátását, rehabilitációját és reszocializációját végző, a szükséges szakmai és infrastrukturális feltételekkel rendelkező intézményhálózatot, szolgáltatási rendszert.
- A büntetés-végrehajtási intézetekben – együttműködve az azon kívüli ellátórendszerrel – a kábítószerrel kapcsolatos bűnelkövetés miatt elítéltek részére indokolt a számukra szükséges és az intézményrendszer sajátosságaira tekintettel biztosítható terápiás beavatkozások bevezetése.
- Szükséges a veszélyeztetett személyek azonosítására alkalmas szűrővizsgálatok bevezetése és alkalmazása.

VII. Feladatok a kínálatcsökkentés területén

- A sikeres és kellően elrettentő, megfelelő visszatartó erőt képviselő büntetőeljárások érdekében javítani kell a rendészeti szervek és az igazságügyi hatóságok együttműködését, elsősorban az ügyészek és bírák új elkövetési formákról, magatartásokról való megfelelő tájékoztatása és képzése révén.
- A társadalmi bűnmegelőzés eszközrendszerére, jelenlegi és majdani kapacitásaira mind a kereslet-, mind a kínálatcsökkentés kapcsán támaszkodni kell.
- Erősíteni kell az önkormányzatokkal való együttműködést, és a szerepvállalásukat a területükön folyó kábítószer-forgalmazás elleni fellépésre. Elsősorban a kábítószer-terjesztésre lehetőséget adó kereskedelmi és szolgáltatási egységek irányában aktívan alkalmazni kell a szervezett bűnözés elleni fellépés adminisztratív megközelítését a jogsértő cselekmények ellehetetlenítése, a bűncselekmények megelőzése, felderítése, illetve az elkövetők felelősségre vonása során.

Melléklet

Szenvedélybetegségekkel felkereshető intézmények, szervezetek, önsegítő csoportok

- Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet I. sz. Pszichiátriáján működő szolgáltatások:
 - Alkohol Ellenes Klub - AE Klub: szerda 16:00
 - Református Iszákos Mentő Misszió: csütörtök 16:00
 - Anonim Alkoholisták AA: péntek 16:00

- „Dohányzási leszokást támogató csoport!”
Tüdőbeteg Gondozó Intézet
3300 Eger, Klapka utca 14
36/411-473

- HIV/AIDS Szűrés és Tanácsadás, Hepatitis B/C szűrés
3300 Eger, Kossuth Lajos utca 11.
Telefonos bejelentkezés, információkérés hétköznap 8.30-16.00: 36/511-918

- RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat:
Nyitva tartás: 8.00-16.00 (előzetes időpont egyeztetéssel segítői beszélgetések későbbi időpontban is)
Tel.: 36/518-328, 36/518-329, 30/692-5785,
e-mail.: egerrev@t-online.hu, www.egerrev.hu,

Szolgáltatások:

- segítői beszélgetések, csoportfoglalkozások, családkonzultációk
- információs szolgáltatás, OEFI által minősített prevenciós foglalkozások, szakemberek továbbképzése, party service szolgáltatás

Önsegítő Csoportok:

- Anonim Alkoholisták AA: minden vasárnap 10.00-11.00
- Hozzá tartozói Csoport (AL Anon): minden hétfőn 17.00-18.00