

**Nyílt Lapok 2005/2**  
**Az Echo Innovációs Műhely munkatanulmány sorozata**



## **Fejér megye drogellenes stratégiája**

**© Copyright Echo Nonprofit Network, 2005**



A „Nyílt Lapok” az Echo Innovációs Műhely közhasznú egyesület műhelytanulmány sorozata. Elsődleges célja, hogy közreadja azokat az elméleti és gyakorlati eredményeket, tanulmányokat, melyek az Echo Nonprofit Network projektjei során készültek és úgy gondoljuk, hogy más civil szervezetek számára is hasznosíthatók.

A műhelytanulmányok nem tudományos közlemények, eredetileg nem publikációs szándékkal készültek, hanem valamilyen kutatási vagy fejlesztési program szakértői háttéranyagként, módszertani segédleteként vagy alapozó tanulmányaként. Éppen ezért a műhelytanulmányok kéziratnak minősülnek, hivatkozni ennek figyelembevételével csak a feltüntetett szerzők, annak hiányában a tanulmányt jegyző szervezet engedélyével lehet.

A tanulmányokkal, jelentésekkel kapcsolatos megjegyzéseket, hozzászólásokat és kritikákat a szerzők és az Echo Nonprofit Network szívesen fogadja.

Ha kapcsolatba szeretne kerülni nonprofit műhelyünkkel, vagy ha tanulmánnyal kapcsolatban további információra van szüksége, kérjük írjon az [info@echosurvey.hu](mailto:info@echosurvey.hu) címre vagy keressen bennünket a [www.echonetwork.hu](http://www.echonetwork.hu) honlapon található kontaktok valamelyikén.

A szerzők és az Echo Nonprofit Network a műhelytanulmány másodlagos közlésével, sokszorosításával, más tanulmányok részeként való felhasználásával kapcsolatos szerzői jogokat fenntartja magának.

---

Fejér Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum

---



## **Fejér megye drogellenes stratégiája**

Készítette:



**2005. március 24.**

## 1. A drogstratégia szükségessége

Közismert tény, hogy a kilencvenes évek társadalmi-gazdasági és politikai változásai jelentősen átrendezték az emberek értékrendjét. Felmerült a tradicionális családi értékekhez való visszatérés gondolata éppen úgy, mint az ezzel élesen szembenálló, piaci alapokon nyugvó, fogyasztás centrikus attitűd. A szabadpiaci szemléletmód megjelenése eltérő típusú válaszreakciókat “provokált”. Azok, akik társadalmi és kapcsolati tőkájukat gazdaságira tudták váltani, könnyen idomultak az új helyzethez, sikeres életpályán mozognak. Egy másik tipikus attitűd, a “kivonulás”, amely leginkább azokra jellemző, akik a “legvidámabb barakk” légkörét, eszmeiségét szocializálták. A harmadik válaszreakció a kényszerű alkalmazkodás, azon családoké, akik a kilencvenes évek eleje óta nem tudják utolérni magukat.

Mindezen változások természetesen hatással voltak az állampolgárok mentálhigiénés helyzetére is. A társadalom új értékeit sokan nem tudják követni, anómiás tüneteket produkálnak. Az anómiás tünetek deviáns viselkedésbe csapnak át, amelyek alkoholizmust, kábítószer-fogyasztást eredményezhetnek, de megnőtt a depressziós, a szorongásos és a neurotikus tünetegyüttes előfordulása is.

A kilencvenes évek társadalmi-gazdasági változásai új problémákat, feladatokat jelöltek ki – különösen igaz ez – az ifjúsággal foglalkozók számára. A megváltozott szükségletek, az átalakuló ifjúsági kultúra, az értékek átrendeződése komoly felelősséget rónak a társadalom felnőtt tagjaira.

Felismerve a drogproblémából fakadó társadalmi és gazdasági veszélyeket az Ifjúsági és Sportminisztérium megalkotta a Nemzeti stratégiát a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében, melyet a Kormány 2000. július 4-én, az Országgyűlés 2000. december 5-én fogadott el.

A Nemzeti stratégia nem csupán drogellenes program, hanem szándéka és szemlélete alapján ennél lényegesen több: egy egészségében tudatos, azt megtartani, sőt továbbfejleszteni képes és kész Magyarország jövőképe is. Ebben a vonatkozásban nemcsak a településeknek (NUTS<sup>1</sup> V. szint) hanem a kistérségeknek (NUTS IV.) és megyéknek (NUTS III.) is óriási lehetőségük és természetesen felelősségük van.

---

<sup>1</sup> NUTS=Nomenclature des unites territoriales statistique. A területfejlesztésről és területrendezésről szóló 1996. évi XXI. törvény alapján, az Európai Unió regionális politikájához való illeszkedés elősegítésére, több megye területére kiterjedően kialakításra került a tervezési-statisztikai régiók rendszere. A tervezési-statisztikai régiók kialakításával, valamint a statisztikai kistérségek rendszerének 1994-es bevezetését követő 1997-es felülvizsgálatával a hazai területi osztályozási rendszer már illeszkedik az Európai Unió területi statisztikai osztályozásához, a NUTS rendszerhez.

## 2. A megyei drogstratégiai alapelvei

A szakirodalomban a drogjelenség értelmezésére és magyarázatára elterjedt modellek közül a nemzeti stratégia a multidiszciplináris-modellt fogadja el, mely a megfelelő empirikus adatokon alapuló szociológiai megközelítés, mely a jelenségnek egyfelől a társadalom érték- és normarendszere szempontjából elfoglalt helyét, másfelől az egyének, családok, közösségek szocializációs szerepét veszi figyelembe. Felhasználja a modern kriminológia és pszichiátria, valamint más tudományok eredményeit (pl. gyógyszeratan, genetika, társadalom-statisztika, népegészségügy). Számol a probléma összetettségével és az annak kezelésére hivatott szakmák sokszínűségével. A megközelítés tekintetbe veszi azt a tényt is, hogy a drogfogyasztás befolyásolására irányuló társadalmi cselekvés maga is hozzájárul a jelenség átalakulásához, kezelhetőbbé vagy éppen kezelhetetlenebbé válásához. Fejér megye is e modell szemléletét kívánja érvényesíteni a drogstratégia megvalósítása során.

A kábítószer-probléma térségi (kistérségi és megyei) kezelését tekintve kétféle társadalmi-szervezeti válaszmodell közül választhatunk, mely modellek gyökeresen eltérő filozófia mentén fogalmazzák meg céljaikat és a célok megvalósításhoz rendelt eszközöket. Az egyik modell szerint a probléma alapvetően „kívül” van a tágabb közösségen, ez elsősorban háritó (prohibicionista) stratégiát evokál. A másik modell szerint a probléma a közösségen „belül” van, ez pedig integratív stratégia megvalósítását teszi szükségessé.

Fejér megye esetében el kell fogadnunk, hogy a drogprobléma nem a megyén kívül van, nem egy kívülről támadó ellenségről van szó, hanem kialakulásáért a térségi közösségek egésze felelős; ugyanígy a probléma-kezelésében is mindenkinek jut feladat. A problémát nem elhárítani kell, hanem kezelni.

Fejér megye az elérhető települési humán és vonalas infrastruktúra, a közlekedési viszonyok és gazdasági fejlettség tekintetében egyaránt diverzifikált képet mutat. Ennek kihatása van a droghelyzet kezelésére is, az érintettség és az ellátórendszer is területi egyenlőtlenséget jelez a megyén belül. A hatékony megyei drogstratégiának éppen ezért területi szempontból is célzottnak kell lennie. Ennek megfelelően a megyei drogellenes stratégia a megyén belül négy tervezési és akció körzetet határolt le.

### 2.1 A stratégia célja

A megyei drogstratégia célja, hogy a jelen állapotának, igényeinek és lehetőségeinek

tudatában az önkormányzat és a drogügyekben érintett intézmények, szervezetek szándékait meghatározza egy-egy terület, ellátandó feladat funkcióinak és formáinak fenntartására, vagy - ha hiányzik – megteremtésére. A stratégia a szükségletek, a feladatok, a megoldási módok számbavétele, továbbá olyan döntéshozatali elvek, irányok meghatározása, amely megvalósulása során a meglévő erősségeink megőrizhetők, a hiányosságok pótolhatók és a felnövekvő korosztályok számára az egészséges fejlődési lehetőségek biztosíthatók.

## **2.2 Kábítószerügyi Egyeztető Fórum**

2003-ban megalakult a Fejér Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum, mely első fő feladatának a Fejér megyei helyzetkép feltárására alapozva, a Nemzeti Stratégiával összhangban a megyei drogstratégia megalkotását tekinti. A megyei drogstratégia megalkotása három fázisban zajlik: a) helyzetfeltárás; b) stratégia alkotás; c) operatív program készítése.

A Fejér Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum 2003 őszén elkészítette a megyei droghelyzetképet, majd 2004. év során erre alapozva szakmai munkacsoportok segítségével elkezdte kidolgozni a megyei drogstratégiát. Ennek a munkának az eredményeit foglalja össze ez a dokumentum, amelynek tartalma kiegészült a szakmai és társadalmi vita során felmerült újabb észrevételekkel, véleményekkel illetve módosításokkal.

Az egzakt és reális drogstratégia megszületése érdekében fontos, hogy a KEF munkája a megye széles nyilvánossága előtt is ismert legyen, mert így a drogprobléma kezelésébe integrálhatók a lakossági vélemények, mobilizálhatók a helyi erőforrások, valamint garantálható a szükséges társadalmi és szakmai kontroll is.

## **2.3 A kábítószer fogalma**

A drogstratégia alkotásához elengedhetetlen, hogy meghatározzuk mit is értünk a drog fogalma alatt. A drog fogalmát a különböző szerzők, kutatók eltérően határozzák meg, ám abban szinte mindenki egyetért, hogy kábító hatású, a tudatállapotot módosító anyagok, szerek jelenléte egyidős az emberi társadalmak kialakulásával, a különböző tudatot, érzékelést módosító anyagoknak, szereknek komoly szocio-kulturális, közösségi funkcióik voltak.

A pszichoaktív szerek egyik része a modern társadalmakban élvezeti cikként szervesültek, fogyasztásuk legális, kereskedelmi forgalomban hozzájuk lehet jutni. Hagyományosan ilyen anyagok az alkohol, a dohány, a kávé, a tea, bizonyos növényekből

kivont vagy szintetikus úton előállított gyógyszerek illetve ide sorolhatók az utóbbi időben a különböző energia italok is. A pszichoaktív szerek másik része az európai kultúrkörben kevésbé szervesült, számos országban tiltott, illegális anyagok. E kábítószer felosztása nem egyértelmű a szakirodalomban, többféle dimenzió mentén számos besorolással lehet találkozni. A helyzetfeltárás során az illegális kábítószer csoportjába az ópiátokat vagy ópiát helyettesítő depresszáns szereket (máktea, ópium, morfin, heroin, kodein, metadon), a stimulációs anyagokat (amfetamin, kokain, crack, chat, speed), a hallucinogéneket (hasis, marihuána, LSD, PCP, peyotl, extasy) és a szerves oldószereket (ragasztók, hígítók, csavarlazítók gőzének belélegzése) soroltuk. A legális drognak tekintettük, az alkoholt és a dohányzást.

A munka szempontjából fontos a kábítószer és a drog fogalmának pontosítása. A stratégia a kábítószer alatt az illegális szereket érti, a drog fogalma pedig a legális és illegális pszichoaktív szereket együttesen tartalmazza. A megye mindkét megyei jogú városának Kábítószerügyi Egyeztető Fóruma hasonlóan járt el, nemcsak a kábítószerrel, hanem tágabb értelemben a drogproblémával is foglalkozik.

## 2.4 A stratégia alapelvei

A drogstratégia elengedhetetlen része a meglévő tapasztalatok, kutatási eredmények rendszerezését és a feladatok meghatározását segítő alapelvek meghatározása:

- a megyei drogstratégia a tágran értelmezett drogproblémával foglalkozik, mely kiterjed a **legális és illegális** szerhasználatra is
- a stratégiában alapvető fontosságú az **együttműködés és partnerség** a drogügyekben érintett és a drogproblémával foglalkozó intézmények, szervezetek, civil közösségek között
- a stratégia hatékonyságának alapfeltétele a folyamatos **monitoring** lehetőségének megteremtése (rendszeres véleménykérés, folyamatkövetés, kutatás, adatgyűjtés stb.)
- a megyei drogstratégia és annak feladatai **összhangban** állnak a nemzeti drogstratégiával és a megyében már elkészült városi drogstratégiákkal és a Fejér megyei szociális szolgáltatástervezési koncepcióval

### 3. A megyei droghelyzetkép összefoglalása

Az elmúlt évtized társadalmi változásainak kísérő jelenségeként Magyarországon a legális és illegális drogfogyasztás mértéke jelentősen emelkedett. Ez a tendencia nem kímélte Fejér megyét sem, különösen a megye két nagyvárosában, Dunaújvárosban és Székesfehérváron nőtt meg a pszichoaktív szerhasználat.

A megyében hét olyan intézmény van, ahol kábítószerrel kapcsolatos problémával rendelkező klienseket látnak el: az alapítványi fenntartású Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat (Székesfehérváron), a Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogrehabilitációs Otthona, a dunaújvárosi önkormányzati fenntartású Egészségmegőrzési Központ, a megyei Szent György Kórház által működtetett, a dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház által és a móri városi kórház által működtetett Addiktológiai Gondozók. A hetedik szervezet a velencei székhelyű Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány, mely szervezet Utcafront néven működteti drogellenes segítő szolgáltatásait.<sup>2</sup> A szenvedélybetegek nappali szociális ellátását Fejér megyében a Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat biztosítja.

#### 3.1 A statisztikai elemzés tapasztalatai

1. 1993-ban a megyei kórház addiktológiai gondozójában 320 alkoholbeteget és 3 fő politoxikomán beteget láttak el. Két évvel később az alkoholbetegek száma ötven százalékkal nőtt, 1998/99-ben pedig már közel 600 fő volt. 2000 óta a szakellátott alkoholbetegek száma folyamatosan nő, tavaly már közel 800 alkoholbeteget láttak el (függő vagy visszaeső és pszichózis együtt). Az alkoholbetegek 82-87 százaléka férfi, 60-70 százalékuk alkoholfüggő vagy visszaeső.
2. A klasszikus értelemben vett kábítószer és szerves oldószert fogyasztó betegek létszámát vizsgálva még nagyobb arányú növekedés tapasztalható. Az ilyen problémával szakellátott betegek száma 1996-ig 10 alatt volt, 1996/97-ben 14 fő, 1998-ban 23 fő, 1999-ben pedig már 30 beteget gondoztak. 2001-ben 38, 2002-ben 30 beteg részesült kábítószer probléma miatt szakellátásban a megyei kórházban. A kábítószer-betegek 75-80 százaléka férfi.
3. Ha nem az adott évben szakellátottak, hanem az összes gondozott létszámát vizsgáljuk, akkor láthatjuk, hogy míg 2001-ben 2995 főt gondoztak a megyei kórházban alkohol vagy drogproblémával, addig 2002-ben valamivel kevesebbet 2620-at. 2001-ben a gondozottak és a szakellátottak 5,6-5,9 százaléka volt kábítószerbeteg. Ez az arány tavaly már jelentősen módosult, míg a gondozottak 7,1 százaléka volt kábítószeres, a szakellátottaknak csak 3,8 százaléka.
4. A dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház Pszichiátriai és Pszichoterápiás Osztály tavaly 78 beteget kezelte (kétharmada férfi volt), közöttük új beteg 38-nak tekinthető. Fontos

<sup>2</sup> Az Alapítvány „Utcafront” nevű programja alapvetően utcai drogellenes szociális munka és területileg Budapesten működik, azonban érdemes lenne felvenni a kapcsolatot velük hasonló program indítása érdekében a megyében.



adat, hogy a kezelt betegek közül alig fele vállalta a továbbgondozást, 2 fő számára tartós rehabilitációs kezelést szerveztek a szakemberek. A kórház 2003. év utolsó félévének gondozáson megjelent betegeinek létszámadatait vizsgálva megfigyelhető, hogy a drogproblémával megjelentek részaránya megnőtt, ami alapvetően az eltereléssel kapcsolatos jogszabályi változások miatt következett be.

5. A hivatalos 2001-es KSH adatokat vizsgálva az intézményi statisztikáktól eltérő adatokat találtunk, az addiktológiai gondozóintézetek betegforgalma (összes vizsgálat) 6,6 ezer fő volt, a megye három addiktológiai gondozóintézetében nyilvántartott betegek száma 1372 fő volt (a 10.000 lakosra jutó arányszám: 32). A tavalyi adatokat nézve fontos jelenség, hogy a nyilvántartott betegek száma 1991 óta most a legmagasabb, úgy, hogy az összes vizsgálat tárgyévi száma 2002-ben volt a legalacsonyabb.
6. A kábítószer-betegek többsége többféle drogot is kipróbál. 1996-ban a szerves oldószereket fogyasztók adták a gondozott kábítószer-fogyasztók felét, 1999-ben már csak a harmadát, 2001-ben pedig töredékét. Ezzel párhuzamosan jelentősen emelkedett a hallucinogén anyagokat (extasy, LSD, marihuána, hasis) használók száma - tavaly minden második beteg ilyen szert használt - de nőtt a heroin és az amfetamin preferáló drogok betegeinek száma is.
7. A KSH 2001 évi Morbiditási Adattárából kiderül, hogy Fejér megyében az adott évben közel 3000 ember jelentkezett be a házi orvosi szolgálathoz pszichoaktív szer használata által okozott mentális és/vagy viselkedészavarokkal. Ezen felnőttek 76 százaléka férfi volt, s a relatív többségük (32 százalék) a 45-54 éves korosztályba tartozott, de az 55-64 évesek részaránya is közel egyötöd.
8. Fejér megyében a 1985, 1990 és 1995 években 10 ezer lakosra 12,1-12,4 halálozás jutott, 2001-ben azonban már kevesebb, 11,4, ami a demográfiai évkönyv szerint 4894 halálozást takar. A halálesetek felét (49,6 százalék) a keringési rendszer betegségei okozták, ezen belül pedig az ischaemiás szívbetegségek, illetve az agyérbetegségek voltak a fő halálokok. Az összes elhalálozás 28 százalékát daganatos megbetegedések okozták. Ezek között a dohányzással összefüggésben kell megemlíteni, hogy az ajak a szájüreg és a garat rosszindulatú daganata 74, a gége, légcső, a hörgők, tüdő és mellhártya rosszindulatú daganata 362 esetben vezettek halálhoz. Az összes haláleset 8,23 százaléka az emésztőrendszer betegségeivel hozható összefüggésbe, májbetegségben 299 ember halt meg a megyében (ez 10.000 lakosra 10,52 esetet jelent).
9. Fejér megyében az országos átlagnál nagyobb arányban vezetnek halálhoz a légzőszervek (gége, légcső, hörgők, tüdő) daganatai és a májbetegségek, ami közvetve a drogprobléma nagyságára is utal.
10. 2001-ben 10.000 lakosra országosan 12 kábítószer-beteg jutott, ez az adat a Közép-Dunántúlon 6 fő/10.000 lakos. Ezen belül a napi gyakorisággal fogyasztók aránya 43,6 százalék, ami alacsonyabb mint az országos átlag (55,2 százalék). A kábítószer fogyasztás miatt kórházba utaltak aránya azonban ebben a térségben a legmagasabb, 14,0 százalék (az országos átlag 9,2 százalék).
11. A Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat forgalmi adatai is azt igazolják, hogy az alkohol, gyógyszer és drogprobléma jelenléte a megyében intenzív. 1997 óta több, mint ezer alkohol, drog, gyógyszer, dohány vagy társfüggőséggel küzdő szenvedélybeteg jelentkezett a Szolgálatnál. Az adott évben rendszeresen visszatérő, terápián résztvevő kliensek száma 1997-1999 között 200-300 között ingadozott, 2000 óta azonban határozott emelkedés tapasztalható, már megközelíti a 900 főt!
12. A Rév Szolgálatnál regisztrált szenvedélybetegek között 1997-99 között a kliensek több mint fele alkoholbeteg volt, ezzel szemben az utóbbi két évben az alkohol

problémával jelentkező kliensek aránya ötven százalék alá csökkent. Jellemző, hogy az alkoholbetegek között az átlagnál jóval több a férfi és a 30 év feletti kliens, míg a drogosoknál szintén több a férfi, ugyanakkor életkor szerint szinte kizárólag 30 év alattiak találhatók köztük.

13. A családsegítő és gyermekvédelmi intézményekben jellemzően hiányoznak a kábítószer problémával kapcsolatos nyilvántartások, adatok, ugyanakkor jelzés értékű, hogy a Gyermekjóléti Szolgálatnál a gondozott gyerekek családjában kb. 40 százalékban a szülő alkoholizáló életmódja a fő veszélyeztető tényező.
14. A kábítószerrel való visszaélés bűncselekményét elkövetők száma az utóbbi években Fejér megyében is jelentősen megnőtt. Míg 1990 és 1996 között évi 3-5 eset volt csupán, 1997-1998-ban már elérte a hetvenet, 2000-ben megközelítette a százat, 2001-ben pedig a megyében több mint 160 esetben indult eljárás kábítószerrel való visszaélés bűncselekmények miatt. Mindez az országos összes esetszám 3-4 százaléka.
15. Természetesen a két megyei jogú város részesedése a döntő ezekben a rendőrségi statisztikákban, azonban koránt sem egyenlő mértékben. 1996-tól az esetek többsége a Dunaújvárosi Rendőrkapitányság illetékességi területén került regisztrálásra, a megyeszékhely részesedése nemigen haladta meg az egyharmadot. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma úgy növekedett közel egynegyeddel, hogy ezzel egy időben az összes regisztrált bűncselekmények száma csak néhány százalékkal emelkedett.
16. Jól látható tendencia, hogy az életkor növekedésével hogyan emelkedik a rendszeresen és az alkalmanként dohányzó tanulók aránya. A probléma már az általános iskolákban is megjelenik. Az általános iskolák között van olyan, amelyik azt jelezte, hogy már negyedik (!) osztályban is komoly probléma a dohányzás. Jellemző, hogy a tendencia lépcsőzetesen, megtorpanva növekszik. Az első szakasz 15-17 év, ekkor a dohányzó fiatalok aránya intenzíven nő, s a 17 éveseknek már egyharmada rendszeres dohányos. A második szakasz az érettségi időszaka (18-19 év), ekkorra eldől, hogy kiből válik rendszeres dohányos, s ki marad meg az alkalmankénti rágyújtásnál. A harmadik szakaszban ismét emelkedő tendenciát láthatunk. Mindez azt jelenti, hogy a fiatalok dohányzás elleni küzdelmét már az általános iskolában el kell kezdeni, mert a középiskolás korosztályban már kialakul a rendszeresség.
17. Nagyon kevés (2 százalék) azon tanulók aránya, akik dohányfüst-mentes környezetben élnek a megyében, s 50 százalék azok aránya, akik életük három meghatározó környezetében (család, baráti kör, osztálytársak) is jeleztek dohányosokat. A környezet meghatározó szerepe kimutatható, a dohányzó fiatalok 61 százaléka „veszélyes” környezetben él, azon kevesek, akik dohányzásmentes környezetben élnek, vagy csak környezetük egy szegmensében érintkeznek dohányosokkal, magas arányban (60 százalék) maradnak nem dohányosok.
18. A dohányos tanulók naponta átlagosan a két nagyvárosban 8.4 szál cigarettát szívnak el. (A magukat rendszeres dohányzónak vallók 11-et, az alkalmanként dohányzók 3-4-et.) A fiúk és a bejárósok az átlagosnál többet szívnak, de erősebb dohányosok vannak a képzetlenebb szülők gyengébben tanuló gyermeki között is.
19. A középiskolásoknál a rendszeres alkoholfogyasztók aránya 30-35 százalék. Ha a nemek dimenziójában vizsgáljuk a kérdést, kiderül, hogy a rendszeresen alkoholt fogyasztó tanulók többsége férfi, míg a lányok körében az alkalmankénti ivók vannak egy kicsit felülreprezentálva. Jellemző, hogy az életkor emelkedésével nő az alkoholt fogyasztók aránya, de a szülő iskolai végzettségétől mindez teljesen független (!).
20. A legális szereknél sokkal kevésbé elterjedt a kábítószeres fogyasztása. A középiskolások 69-74 százaléka elutasítja, 2001-ben még nem próbált ki és nem is akart kipróbálni semmilyen klasszikus értelemben használt kábítószerrel. További 10

százalékuk sem fogyasztott ugyan, de már gondolt rá, hogy kipróbálja. A tanulók 15-20 százaléka alkalmi, s 1-2 százaléka rendszeres drogfogyasztó - saját bevallása alapján. A valós arány azonban ennél magasabb lehet, ugyanis a tanulók több mint fele ismer olyan fiataalt, aki kábítószer fogyaszt, 28-38 százalékának a barátai körében is van drogos, s 22-30 százalékuk személyesen ismer olyan fiataalt, aki kábítószer árusít.

21. Dunaújváros nemcsak a rendőrségi statisztikák alapján tűnik fertőzöttebb területnek, hanem az önbevalláson alapuló tanulói érintettség alapján is.
22. Az iskolákban is mérhető, hogy a fiúk között sokkal több a kábítószer fogyasztó, mint a lányoknál. A legveszélyeztetettebbek a kollégiumban tanulók és a szakmai képzésben résztvevők.
23. Az iskolákban dolgozó pedagógusok elől a tanulók drogozása többnyire rejtve marad. A kábítószer fogyasztók körében erősebb korcsoport hatás mutatható ki, mint a dohányosoknál.

### 3.2 Társadalmi Erőtér-analízis

24. A megkérdezett szakértők körében abban meglehetősen nagy volt az egyetértés, hogy a bármilyen rossz helyzetbe kerül is valaki, a drog nem megoldás, illetve a többség azzal is egyetért, hogy könnyű drogok legalizálása csak növelné a fogyasztást, illetve, hogy nem a kábítószeres fiatalok a bűnösök, hanem a terjesztők. A vélemények mögött két alapvető attitűd húzódik meg, a drogkérdésekben szigorúbb és megengedőbb szakértőké, nagyjából fele-fele arányban.
25. A megyei szakemberek igen kritikusak az egyes drogügyi területeken végzett szakmai munkával. Még a legpozitívabb vélemény is csak 54 pont százfokú skálán. A vitatott az iskola és a civil szervezetek által végzett drogprevenációs munka színvonalának megítélése, ám a prevenációs programok számát már egybehangzóan keveslik a szakemberek. A rendőrségi munka hatékonysága, a média szerepvállalása, a hatósági eszközök adekvátságát, a drogprevenációs munka nyilvánossága és a gyógykezelést végző intézmények felszereltségével inkább elégedetlenek a szakemberek (32-37 pont), s határozottan elégedetlenek a terápiás bentlakásos lehetőségekkel, a lakosok drogproblémához való viszonyával és a hatósági intézkedések hatásával a drogproblémára. Az utóbbiak százfokú skálán csupán 25-28 pontot kaptak.
26. A drogokkal kapcsolatos attitűdök (szigorú vagy engedékenyebb) érdemben csak a megyei kínálatcsökkentés megítélését befolyásolták, a drogtémában engedékenyebbek kevésbé voltak elégedettek ezzel a területtel, de az is kimutatható, hogy ugyanők a végzett prevenációs munkát eredményességét is fenntartásokkal kezelik.
27. A megye jelenlegi droghelyzetének alakulására hatással bíró tényezők között a megkérdezett szakemberek jellemzően a segítő intézményrendszeren kívüli erőket soroltak előre, a szakértők szerint a megyei droghelyzetet alapvetően az egyéni értékrendi változások és a megye földrajzi elhelyezkedése (főváros és Balaton közelsége, átmenő utak) befolyásolja, önmagukat csak a harmadik helyre sorolták. A rendőrök munkája, a média, a politika és az emberek anyagi helyzete csak közepes mértékben és inkább közvetve hat a megye jelenlegi droghelyzetének alakulására, míg a civil szervezeteknek és az egyházaknak csak igen kis szerepet tulajdonítanak ebben.
28. A megkérdezett szakértők a legtöbb pénzt (1000 forintból 242 forintot) az iskolai prevenációra fordítanak, 100-150 forint között áldoznának a drogprobléma társadalmasítására, tanácsadó szolgálatok működtetésére, rehabilitációs lehetőségek javítására, képzések, továbbképzésekre és egészségügyi ellátásra, s gyógykezelés javítására.
29. Attitűdök szerint várható eltérés, hogy a drogkérdésben szigorúbbak az átlagnál többet

adnának az egészségügyi ellátásra és gyógykezelés javítására, míg az engedékenyebbek a drogprobléma társadalmasítására biztosítanak a legtöbb forrást.

30. Hasonló preferencia sorrendet adott az a kérdés, amikor arra kértük a szakértőket, hogy páros összehasonlítás módszerével válasszák ki, hogy a gyógykezelés-prevenció-kínálatsökkentés-társadalmasítás relációban a drogellenes munka mire koncentráljon. A prevenció mindhárom összevetésben preferenciát élvez, a társadalmasítást előbbre valónak tartják, mint a kínálatsökkentést vagy a gyógykezelést, s a kínálatsökkentés vagy gyógykezelés összevetésében pedig nem határozható meg egyértelmű sorrend.

### 3.3 Erősségek és gyengeségek

31. A három fókuszcsoporthoz munkája során erősségként lett kiemelve a meglévő intézményrendszer és az intézmények közötti együttműködések, szakmai kapcsolatok. A résztvevők szerint a megyében dolgoznak aktív és céltudatos szakemberek, akik rendelkeznek azokkal a képességekkel, tudással és elhivatottsággal, amelyek birtokában hatékony eredményeket lehet elérni a drogprobléma javítása érdekében.
32. A drogproblémával találkozó hatósági szakemberek egyöntetűen kiemelkedő eredményűnek tartották a rendőri felderítői és nyomozati munka eredményességét a megyében, illetve a bírói munkáról is elismerően nyilatkoztak, a bírók hozzáértését egyöntetűen magas szintűnek ítélték, a résztvevők ám a szigorúság kérdésében, illetve abban, hogy helyes-e a jelenlegi ítélkezési gyakorlat bizonytalanság, kételkedés volt jellemző.
33. Az intézményi hálózatban három nagyon fontos hiány látható: a) kevés a bentlakásos rehabilitációs lehetőség; b) nincs a megyében drogambulancia; c) hiányzik a gyermekpszichiátria.
34. A területen dolgozó szervezetek komoly humán- és technikai erőforrás-hiánnyal is küszködnek, a jól képzett szakemberek számát keveslik, a szakmában dolgozókat pedig túlterheltnek látják több csoportban is.
35. A drogprobléma enyhítéséért dolgozó szereplők közötti információáramlással az - együttműködések ellenére – a résztvevők nincsenek megelégedve, több szervezet kevés információval rendelkezik a megyében működő más szervezetek, intézmények munkájáról, a különböző prevenciós programokról.
36. A megyében futó drogprevenciós programok közül többnek a szakmai színvonala és ez által eredményessége is komolyan megkérdőjelezhető. Sok esetben súlyos tudás- és ismerethiánnyal rendelkeznek az ezeket végző „szakemberek”. Az egyik legfontosabb „terepen”, az iskolai prevenciós programok kiválasztásában gyakran személyes, illetve csoportérdekek játszanak közre és nem a szakmaiság.
37. A korlátozott információáramlásnak köszönhetően a pedagógusok egy része tájékozatlanságot mutat a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekben. Ez egyfelől tárgyi ismeretek hiányát jelenti, másfelől pedig tévképzeteket jelent a problémáról és a drogprobléma kezeléséről, s ennek köszönhetően jelenleg korlátozott a szerepük a probléma kialakulásának korai felismerésében.
38. A megyei droghelyzet gyengeségének vélik a szakemberek a jogi környezet ellentmondásait, azt, hogy nincsen kialakított egységes, közös álláspont a legfőbb kérdésekben, nem tisztázottak a fogalmak (mi tartozik a drog fogalmába és mi nem), még nincsen a megyében jól körülhatárolt, közösen megalkotott stratégia.
39. A drogosokkal szemben támasztott lakossági előítélet, a probléma „túlmoralizálása” nem növeli a fiatalok bizalmát a szakemberek iránt, problémáik rejtve maradnak, és ezért a drogokkal kapcsolatos megyei problémakör az országos átlagnál nagyobb mértékben válhat láthatatlanná és kezelhetetlenné.
40. Többek szerint a politikai és szakmai intézmények gyakran „struccpolitikát”

folytatnak és a szakemberek egyelőre nem látnak a „politika” részéről készíttést a probléma hathatós kezelésére.

41. A hatósági felügyeletnél az önkormányzati szerepvállalás hiánya merült fel problémaként. Ennek a megítélése kettős: egyrészt nyugtázták, hogy az önkormányzatnak a többi megyéhez képest viszonylag nagyobb affinitása van a drogproblémához, ám ezt többen még mindig nem megfelelő szintűnek tartják, leginkább a helyhatóság gyakorlati jellegű munkában való aktív részvételt hiányolták.
42. A szakértők gyengeségnek tartották az operatív koordináció hiányát. Az operatív munka hiányának miértjére több lehetséges ok is felmerült a csoportban: egyrészt a felhasználható anyagi források szűkössége, másrészt a munkára fordított humán erőforrás korlátozottsága (szinte senki nem főállásban végzi a drogellenes munkát), harmadrészt pedig a globális szemléletű, sokoldalúan képzett szakemberek hiányát sorolták fel.
43. A régióban elérhető képzésekből, fórumokból hiányolják a folyamatszerűséget, illetve a gyakorlatiasságot.
44. A megyei szakértők a gyengeségnek tekintik az egészségügyi programokban a túlzott orvosi személetet és az alternatív programok hiányát (pl. túcsere, ártalomcsökkentő programok, megkereső programok, komplex mentálhigiénés gondozás), amelyek elsősorban nem a pénzhiányra, hanem a szakmai kritériumokra, a szemléletre és a konkrét programokra vonatkoztak.
45. Mindenképpen szükséges a meglévő intézményhálózat fejlesztése, bővítése és ezzel együtt racionalizálása, ezen belül is hangsúlyos prioritásként jelent meg a megyei drogambulancia létrehozása.
46. A szervezetek közötti együttműködések ösztönzése komoly lehetőségeket rejtenek a jövőre nézve: az önkormányzatokkal való együttműködések, a civil szféra bevonása és a rendőrséggel, ügyészséggel való közös együttgondolkodás egyaránt.
47. Hangsúlyt kellene fektetni a globális szemlélettel és széles körű szakmai ismeretekkel rendelkező szakemberek képzésére és fiatalok számára tartott kortárssegítő képzésekre, az anonim segélyszolgálatok számának bővítésére.
48. A megyei drogellenes munkában előrelépést jelentene Fejér megye települései önkormányzatainak fokozottabb szerepvállalása is, különösen a koordináció és a hatósági munka területén.
49. A gazdasági, üzleti szféra bekapcsolása a forrásteremtésbe egyes vélemények szerint a hosszú távú finanszírozás megalapozója lehetne, arra azonban fokozattan figyelve, hogy ne alakuljon ki versenyhelyzet.
50. Komoly tartalékok vannak a megyében a helyi és megyei szintű média bevonásában, a drogprevenációs munka nyilvánosságának erősítésében, ami legkönnyebben a civil szféra nagyobb mértékű bekapcsolásán, illetve a hivatalos szervek és a civilek közös, összehangolt működésén keresztül valósulhat meg.
51. A megkérdezett szakértők félnek attól, hogy a hatékony és eredményes preventív munka hiányában a probléma egyre inkább kriminalizálódni fog.
52. Félelemként jelent meg, hogy a hatóságok „rátelepülnek” a területen dolgozó szervezetekre, a kompetencia-határok tisztázásának elmaradása miatt a segítség nem jut el időben az érintettekhez, s így a kezelési folyamat hiányos, illetve súlytalanná válik mindenféle igyekezet.
53. Komoly társadalmi veszélyforrás lehet, hogy a negatív előítéletek, a közömbösség és a kései segítségnyújtás miatt a drogproblémával küzdő emberek bizalmatlanokká válnak a szakemberek iránt.
54. A legfőbb veszélyforrásként a forráshiány állandósulását hozták fel, itt főként arra történtek célzások, hogy a létező szervezeteknek nem biztosítják azt az anyagi háttérrel,

amivel teljes projekteket meg tudnak valósítani.

55. A területen régóta jelen levőkben ehhez társulhat a fásultság érzése, a kiégés, főként a kézzelfogható eredmények hiánya miatt, mindez pedig a passzivitás veszélyét hordozza magában.
56. Ezen túlmenően veszélyforrás lehet a probléma kezelésekor, ha szem elől tévesztjük a helyes arányokat, a drogproblémán belül túldramatizáljuk a kábítószer okozta veszélyeket és alulbecsüljük az alkohol okozta társadalmi károkat.

### 3.4. Intézményi válaszok

57. A megyei KEF szerepét és munkáját elsősorban az egységes megyei drogprevenációs koncepció és a globális, komplex megoldási alternatívák kidolgozásában látják a megyében működő szervezetek, intézmények. Hangsúlyosan jelent meg a helyi kezdeményezések közötti koordinálás, hathatós szakmai segítségnyújtás (szakirodalom, oktató filmek) és tájékoztatás fontossága is. Mint koordináló szervezetnek szerepet látnak megyei KEF-nek a szervezetek közötti együttműködések ösztönzésében mind a programszervezés, mind a problémafeltárás kapcsán. Ezen felül az összehangolt munka és segítségnyújtás a szervezetek szakmai munkája szempontjából is szükséges lenne, mivel a válaszadók szerint csak így érhetőek el eredmények a kábítószer-használat feltérképezésében és a kábítószer-fogyasztás megyei visszaszorításában.
58. Többen a megyei KEF feladatának tekintenék a megyei tendenciák nyomon követését, a prevenció területén működő szervezetek nyilvánosságának biztosítását és anyagi támogatását, illetve a megyei szinten működő drogambulancia létrehozásának elősegítését is.
59. Az intézmények heti ügyfélfogadási rendje általában hétfő és péntek közé eső napokra esik, s mindössze hét intézmény nyilatkozott úgy, hogy szolgáltatásaikat szombaton, és két intézmény úgy, hogy vasárnap is igénybe vehetik az ügyfelek. Problémát jelenthet, hogy a legtöbb szolgáltatás abban az időszakban lenne elérhető a potenciális kliensek (alkohol és drogbetegek) számára, amikor ők iskolában vannak, vagy éppen dolgoznak. Mire a problémával küzdők szabadidejükben eljutnának ezekhez az intézményekhez, többségüket már zárva találják.
60. A megyei humánszolgáltató intézmények döntő többsége csak a kilencvenes években találkozott először a drogproblémával, azon belül is elsősorban az évtized második felét jelölték meg a legtöbben. A problémacsoportot tekintve a többség elsősorban fiatalok egyes speciális részcsoportja körében érzékelték a drogproblémát (pl. állami gondozásból kikerült fiataloknál, átmeneti nevelésből kikerülőknél, sorkatonáknál, szerződéses katonáknál, hátrányos helyzetű szülők gyerekeinél).
61. Arra a kérdésre, hogy van-e a vizsgált szervezeteknek olyan programja, szolgáltatása, kezdeményezése, amely kifejezetten a drogproblémával (kábitószer, alkohol, dohányzás) küzdőket célozza meg, az intézmények harmada válaszolt igennel, egyötödüknek több ilyen szolgáltatása is akad. Olyan program, kezdeményezés, amely a drogproblémán belül kifejezetten a drogprevenációval foglalkozik 35 százalékuknak van, négy szervezet nyilatkozott úgy, hogy több ilyen programot is működtet. A drogproblémával foglalkozó szervezetek elsősorban drogprevenációval foglalkoznak.
62. A vizsgált szervezetek által végzett drogellenes tevékenységek, biztosított szolgáltatások részletes struktúráját elemezve kiderült, hogy az intézmények, szervezetek fele folyamatos vagy eseti jelleggel végez egyéni segítő beszélgetéseket, illetve tart prevenció előadásokat. Többen részt vesznek az iskolai prevenció programok szervezésében, lebonyolításában illetve azt is felvállalják, hogy megfelelő helyi (intézményi) ellátás hiányában más szakemberekhez továbbítják az érintetteket.

Mentálhigiénés programok szervezését, önismereti csoportok működtetését, pszichológiai tanácsadást, hozzátartozókkal való foglalkozást, konzultációs lehetőséget szakembereknek illetve orvosi vizsgálatokat 12 intézmény nyújt a kérdőívet visszaküldők közül.

63. Több olyan drogsegítő terület, szolgáltatás van, amely kifejezetten ritkán és/vagy kevesek számára hozzáférhető a megyében, ilyen a szupervíziós lehetőség, az önssegítő klubok, csoportok működtetése, a kortárssegítő képzés. Alacsonyküszöbű szolgáltatást mindössze három szervezet nyújt, csakúgy, mint akupunktúrás kezelést, és gyógyító bentlakásos (rehabilitációs) intézmény mindössze egy van a megyei intézmények között. Drogambulancia egyáltalán nincs.
64. A legjellemzőbb problémák, kérdések, amelyekkel a kliensek felkeresik a megyei intézményeket általában az intézmény profiljának megfelelő, a segítségért forduló "jó ajtókon kopogtatnak".
65. Fejér megye egyes kistérségeinek drogproblémában való érintettségét a megkérdezett intézmények szerenként és területenként eltérőnek ítélik. Jellemző tendencia, hogy a négyféle drogcsoport közül a dohányzás probléma-indexe a legmagasabb, ezt követi az alkoholprobléma vélt nagysága, majd a kábítószer és végül a gyógyszerfüggés érintettsége. Az is jellemző, hogy területileg a két megyei jogú várost és környékét tartják leginkább érintettnek a drogproblémában a válaszoló intézmények.
66. Jellemző, hogy az intézmények, szervezetek többsége megfelelő feltételek esetén bővítené jelenlegi szolgáltatási kínálatát. Ezek a feladatok, programok egyrészt a szakmai és humánkapacitás erősítését (státusz-teremtés), másrészt együttműködési formák létrehozását, harmadrészt új intézmény alapítását célozzák a hagyományos szolgáltatások fejlesztése mellett.
67. Arra a kérdésre, hogy mivel kellene bővíteni Fejér megyében a drogproblémával kapcsolatos szolgáltatásokat, sokan mennyiségi szempont alapján válaszoltak, a jelenleg is fellelhető szolgáltatások, programok számát, koordináltságát, hatékonyságát fokozták. A területen lévő információs problémákat jól jellemzi, hogy nem egy intézmény javasolt újként olyan megyei programot, szolgáltatást, amely már évek óta elérhető.
68. A szervezeti erőforrásokat vizsgálva az derült ki, hogy legkevésbé problémásnak a humán erőforrásokat, míg leginkább problémásnak – nem meglepő módon – az anyagi erőforrásokat tartják a válaszadók. Az elmúlt egy-két év tendenciáit vizsgálva a válaszokból az derült ki, hogy bár nem túl nagy változásokról számoltak be, a szervezetek anyagi helyzete romlott. Ami a javulást illeti, a legtöbben az infrastrukturális helyzetet és az önkormányzattal való kapcsolatot említették.
69. Arra is kíváncsiak voltunk, hogy az egyes szervezetekben van-e a drogproblémához rendelve külön munkatárs, és ha igen, akkor milyen végzettséggel. A kapott válaszok alapján kiderült, hogy ez nem egy bevett gyakorlat a megyei intézmények körében, a 39 vizsgált intézmény közül mindössze öt jelezte, hogy van külön erre szakosodott kolléga.
70. A szervezetek (legalábbis, amelyek válaszoltak a kérdésre) éves költségvetése nem igazán teszi lehetővé komolyabb programok gondozását, kivitelezését. A 2003-as adat emellett egy visszaesést is jelez az elmúlt évhez képest.
71. A szervezetek bevételi forrása csaknem nyolcvan százalékban közvetlen támogatás a városi vagy megyei önkormányzattól, vagy pedig a központi költségvetésből. A folyamatosan emlegetett pályázati források a költségvetések mindössze nyolc százalékát teszik ki.
72. A szervezetek által benyújtott pályázatok átlagos éves száma éppen csak megközelíti az ötöt, és a kapott kép alapján azt mondhatjuk el, hogy nagyjából minden második

pályázat volt sikeres. Ez két dolgot is jelenthet: a szervezetek kitanulták a sikeres pályázatírás fortélyait, és/vagy megtanultak válogatni a pályázatok között, és nem jelentkeznek minden egyes kiírásra.

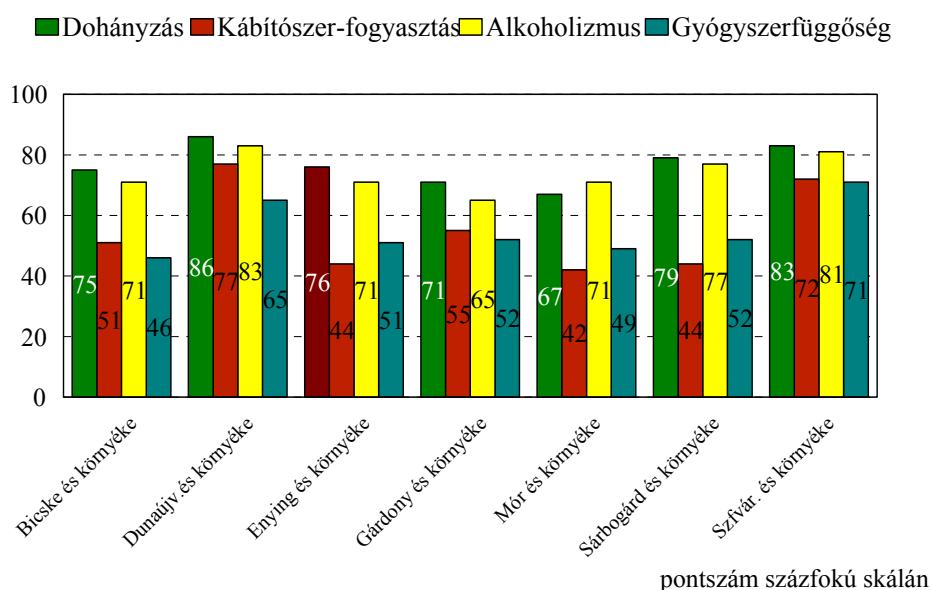
73. A költségvetés nagysága részben meghatározója annak, hogy milyen eszközöket vehet igénybe egy intézmény a célcsoport tájékoztatásához. Az erre a kérdésre adott válaszból kiderült, hogy még mindig leginkább a személyes kapcsolatok dominálnak, a plakátok ideje nagyban lejárt, de az Interneté még nem jött el.

### 3.5 A helyzetelemzés stratégiai irányvonalai

Az elmúlt év során a megyei helyzetfeltárás készítésekor megkeresésre kerültek a drogproblémában érintett, s a megyében dolgozó intézmények és szakemberek, elemzésre kerültek a székesfehérvári és dunaújvárosi városi KEF helyzetelemzésben szereplő információk, a drogügyekben kiemelt intézmények forgalmi adatai és a hivatalos KSH adatok. A megyei szakemberek körében végzett fókuszcsoportos problémafeltárás, és a megyei intézmények körében lebonyolított kérdőíves felmérésből kapott eredmények a stratégia szempontjából kulcsfontosságú információkkal és útmutatókkal szolgáltak.

Fejér megye egyes kistérségeinek (2003-as állapot) drogproblémában való érintettségét a megkérdezett intézmények szerenként és területenként eltérőnek ítélik. Jellemző tendencia, hogy a négyféle drogcsoport közül a dohányzás probléma-indexe a legmagasabb, ezt követi az alkoholprobléma vélt nagysága, majd a kábítószer és végül a gyógyszerfüggés érintettsége. Az is jellemző, hogy területileg a két megyei jogú várost és környéke a leginkább érintett.

### Fejér megye egyes térségeinek vélt érintettsége a drogproblémában



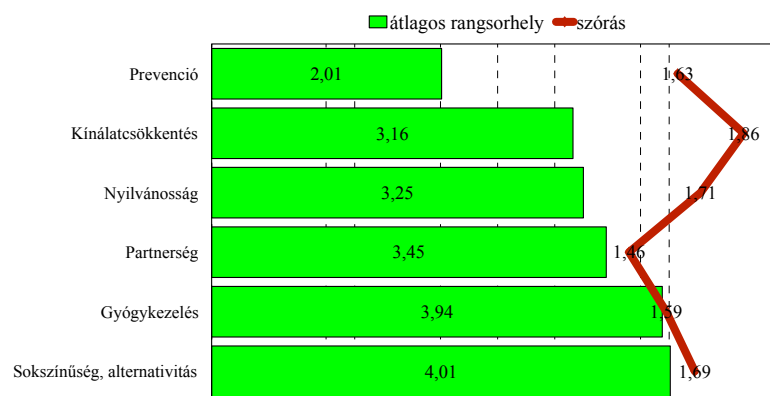
Az előzetes fókuszcsoportok alapján a megyei stratégiának elsősorban proaktív szemlélettel kell rendelkezni, vagyis a probléma kezelése helyett a megelőzésre és



szemléletformálásra kell a hangsúlyt helyezni.

Az országos drogellenes stratégia a kínálatcsökkentést, a drogprobléma társadalmását (nyilvánosság), a prevenciót és gyógykezelést jelölte meg legfontosabb rendező elvként. Ezt ki kell egészíteni a partnerség és az alternatívitás (sokszínű szolgáltatások) fogalmával. A legfontosabb ezek közül a prevenció, ezt követi a kínálatcsökkentés majd a nyilvánosság kérdése.

**A drogellenes koncepció alapelveinek fontossági sorrendje**



A fókuszcsoportokban résztvevő szakemberek az általuk összegyűjtött jellemzők közül az alábbiakat tartják a legfontosabbnak a megyei droghelyzet erőssége, gyengesége, lehetőségei és veszélyei vonatkozásában:

Legfontosabb erősségek	Legfontosabb gyengeségek
Együttműködések Szakmai megalapozottság Aktív, céltudatos szakemberek Segítő helyek Rehabilitáció Lelkes szakemberek társadalmi munkában Rendőri munka, felderítés hatékonysága Rendőri bűnmegelőzés Prevenciós programok	Eszköz- és intézményrendszer hiánya Jogszabályok rendezetlensége Ismerethiány/ tudatlanság Nincs gyermekpszichiátria Információáramlás hiánya Torzult a pedagógiai szemlélet Operatív koordináció hiánya Jogi környezet ellentmondásai Társadalmasítás helyzete
Legfontosabb lehetőségek	Legfontosabb veszélyek
Ellátórendszer bővítése Képzések Jogszabályi tisztázás, fogalomtisztázás Tini drogterápia Érintett szakemberek bevonása Közös pályázás Globális látásmódú szakember Fogalmak és szerepek tisztázása Önkormányzati szerepek hangsúlyozása	Kriminlizáció Negatív előítélet Bizalmatlanság Más gyógyszerre szoktatás Kezelés kórházba szorulása Kiegett szakemberek Pénzhiány Stigmatizáció Szkepticizmus

## 4. Jövőkép

Stratégiatervező workshopok keretén belül meghatározásra kerültek a megyei droghelyzetképre vonatkozó általános jövőképek a nemzeti drogstratégiában meghatározott területek szerint, ezt követően pedig a megvalósításához szükséges rövid és hosszú távú célok. Ennek szerepe, hogy megfogalmazásra kerüljenek azok a célok és tennivalók, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a jelenlegi állapotok elmozduljanak a jövőképek megvalósulása felé. A négy terület jövőre vonatkozó célállapotát Fejér megyében az alábbiak szerint foglalhatjuk össze.

A drogprobléma területi szempontból elsődlegesen helyi problémaként merül fel, és éppen ezért a megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum munkája és jövőbeni drogstratégiája szempontjából kiemelkedő a lokalitás kérdése. A megyei KEF-nek nem elsőrangú feladata, hogy helyi szinteken valósítson meg programokat, hanem a települések és szakmai szervezetek közötti koordináció, szakmai segítségnyújtás és tájékoztatás az elsődleges prioritás. A Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum szerepet tud vállalni a szervezetek közötti együttműködések ösztönzésében és koordinálásában.

A vázolt jövőkép szerint tíz év múlva a drogprobléma társadalmasítása terén a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum tagjai, szakértői egy hálózati együttműködésen alapuló, jó információ- és jelzőrendszerrel kiépített, helyi közösségi kereteken belül működő rendszerben tevékenykednek. Ennek fókuszában elsősorban a közösségi figyelem, a családi kohézió erősödése, a téma iránti érzékenység és az élő együttműködések állnak, amellett, hogy a drogprobléma valószínűleg szervesül és elmélyül a megye településein.

A prevenció területén várhatóan komplexebb és egymásra épülő prevenciós programok jelennek meg, a fiatalok remélhetőleg jobban elérhetőek, informáltabbak lesznek, s a primer és szekunder prevenció hathatósabb lesz a mainál. A megyében az egyházak szerepvállalása is növekszik majd, egészségfejlesztő programok és közösségi rendezvények szervezésében nagyobb részt vállalnak.

A kezelés és rehabilitáció jövőbeni helyzetével kapcsolatos jövőkép a meglévő bentlakásos intézmények kapacitási lehetőségeinek jobb kihasználtságát vizionálja. Ezt mozdítaná elő egy olyan egységes, központi adatbázis, ahol gyorsan elérhető módon jelen lenne minden drogprevencióval, rehabilitációval kapcsolatos adat, szervezeti elérhetőség és tájékoztató jellegű információ. (Pl. ehhez hozzárendelhető akár egy ingyenesen hívható telefonszám vagy internetes elérés is). A rehabilitáció területén átmeneti csökkenés után remélhetőleg növekszik majd a megyei szakemberek száma.

A kínálatcsökkentés területén várhatóan szélesedik majd a droggkérdéssel foglalkozó hatóságok jogköre, ugyanakkor a megyei drogprobléma kezelése nem hatósági kérdés lesz. Ezt erősíti majd a szélesebb körű „társadalmi bűnmegelőzés” szemléletének terjedése. A jelenlegi tendencia megfordul, és a megyei szervezetek nagyobb hangsúlyt fektetnek majd az ártalomcsökkentésre, mint a kínálatcsökkentésre.

### Az egyes prioritások legfontosabb jellemzői 2014-ben

Közösség és együttműködés	Prevenció
<ul style="list-style-type: none"> <li>• megerősödött (megerősített) kisközösségek</li> <li>• bővülő helyi (települési) kezdeményezések, közösségi programok megerősödése</li> <li>• jobb szakmai együttműködések és hatékonyabb munkamegosztás a megyei szakemberek között</li> <li>• erősebb civil szféra</li> <li>• hatékonyabb kommunikáció és információáramlás, a kommunikációs döntőn elektronikussá válik</li> <li>• gyakoribb estei (szezónális) szakmai/ágazatközi együttműködések lesznek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• létező megyei preventív adatbázis</li> <li>• szülők elérése családi programokon keresztül</li> <li>• tervszerű és rendszeres preventív foglalkozások legalább a megyei fenntartású iskolákban</li> <li>• a preventív programok között terjednek a komplex programok</li> <li>• megye hátrányos helyzetű településeinek iskoláiban is megjelennek a preventív programok</li> <li>• a megyei sajtó médiatámogatása erősödik elsősorban a sikeres programok bemutatásával</li> <li>• települési egészségnapok a megye által integrált módon rendszerbe szerveződnek</li> <li>• az egyházak aktívabb szerephez jutnak a közösségi preventívban</li> </ul>
Kezelés és rehabilitáció	Kínálatcsökkentés
<ul style="list-style-type: none"> <li>• a rehabilitációs és gyógykezelési férőhelyek regionális adatbázisán keresztül naprakészen tájékoztatnak a lehetőségekről</li> <li>• a szakemberek száma jobban igazodik a meglévő feladatokhoz</li> <li>• a bentlakásos intézményekben az ágyak kihasználtsága maximális</li> <li>• egyre többen veszik igénybe az elterelés intézményét</li> <li>• a szekunder preventív szinterek (kortárs, szülők) megjelennek a rehabilitációban is</li> <li>• kezelést vállalók aránya nő</li> <li>• védett munkahelyek száma nő</li> <li>• működik a megyei drogambulancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• az ellenőrzés fokozottabbá válik</li> <li>• modellértékű biztonságos szórakozóhelyek jelennek meg</li> <li>• a jogi háttér mindenki számára egyértelműbb lesz</li> <li>• nagyobb lesz felderítési arány</li> <li>• biztonságos iskolák</li> <li>• a társadalmi bűnmegelőzés megjelenik a megyében is</li> <li>• illegális szerek terjednek, növekszik a jelenlétük (nem cél, hanem szükségszerű következmény)</li> <li>• a Velence-tó környékén a nyári időszakban a bűnmegelőzési programok intenzívebbé válnak</li> </ul>

## 5. A jövőképhez igazodó közép és hosszú távú stratégiai célok

A felvázolt jövőképhez igazodva meghatározásra kerültek az ezek megvalósításához szükséges stratégiai jellegű célok közép és hosszú távon egyaránt.

A megyei drogellenes stratégia elsődleges elvárása (fő célja) egybevág a Nemzeti Stratégia célrendszerével. Ennek megfelelően a – megyén belül területileg eltérő arányban – fő célok:

- Fejér megyében a drogfogyasztók számának emelkedésében tapasztalható növekedés lelassítása, megállítása középtávon, hosszabb távon pedig lehetőség szerint csökkentése.
- A kezelésbe került drogfogyasztók számának növelése. Ez középtávon a terápiás intézmények és szociális ellátási kapacitások optimalizálását jelenti, hosszú távon a hiányzó ellátási formák megteremtését és a kapacitás jelentős bővítését célozza, annak érdekében, hogy minden rászoruló elérhető közelségben hamar hozzájuthasson a megfelelő ellátásokhoz.
- A települési (helyi társadalmi) károk mérséklése. Középtávon cél a társadalmi károk kis mértékű mérséklése, hosszú távon jelentős csökkentése, mert a megye lakosai és a települési közösségeik nagymértékben ki vannak téve az egészségügyi, kriminális, szociális és szemléletbeli károk hatásainak.

Fejér megye térségei az ország dinamikusan fejlődő régiójában jelentős szerepet töltenek be, s azt itt élőknek az életvitelről való egyéni döntési szabadságát nem elvitatva biztosítani kell a testileg és mentálisan is egészséges élet kialakulásának lehetőségét, mert csak az egészséges, kiegyensúlyozott egyének garantálják a térség hosszú távon is fenntartható fejlődését. Fejér megye közösségeinek tudni kell kezelni a drogok használatával és terjesztésével összefüggő társadalmi és egyéni ártalmakat.

Mindez összhangban van a Nemzeti stratégiával: "...a társadalmi beavatkozás súlypontjává kell tenni az átfogó, a helyi közösségekben működő megelőzést, különös tekintettel a családra és az iskolára; a kábítószeres iránti keresletet csökkentő intézményrendszer fejlesztését (különös tekintettel a kezelő- és rehabilitációs intézményekre); az egyéni és társadalmi kockázatok, valamint a kábítószeres hozzáférhetőségének, kínálatának csökkentését." *(Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében)*

Összefoglalva a Fejér megyei drogstratégia célrendszerét az alábbi táblázatot kapjuk:

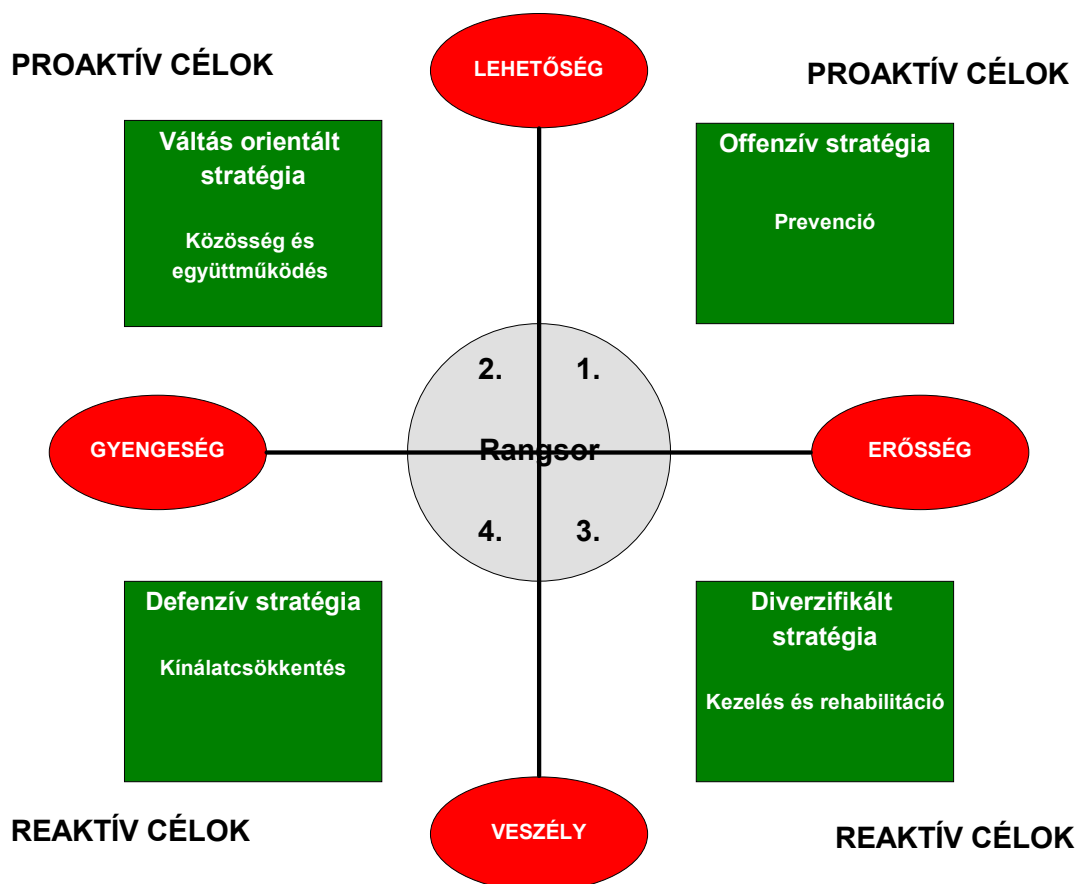
	Közösség és együttműködés	Prevenció
<b>középtávú célok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• közösségi egészségtervek kidolgozása</li> <li>• megyei droginformációs hálózat kialakítása</li> <li>• a helyi közösségekben megtalálni a koordináló „egységet” (klub, közösség, személy) és ezek támogatási rendszerének kidolgozása</li> <li>• integrált közösségi programok ösztönzése</li> <li>• a megyei civil szervezetek ösztönzése</li> <li>• a megyei média felelőségnek tudatosítása és szerepének fokozása</li> <li>• a megyei intézmények, szervezetek együttműködésében megvalósuló pályázatainak ösztönzése</li> <li>• kistérségi szintű együttműködések fejlesztése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• komplex települési preventiós programok kidolgozásának ösztönzése</li> <li>• egyházak bevonásának elősegítése</li> <li>• a meglévő médialehetőségek és megyei médiakapcsolatok hatékonyabb kihasználása</li> <li>• a megyei intézményekben dolgozó humányszolgáltató szakemberek képzésének elősegítése</li> <li>• pedagógusok felelősségtudatának további erősítése, komplex egészségfejlesztési programokba való bevonása</li> <li>• az iskolai preventiós programok közötti választás tudatossá tételének elősegítése</li> <li>• anyagi források bővítésének elősegítése</li> </ul>
<b>Hosszú távú célok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• helyi kapcsolatok erősítése</li> <li>• egymásra figyelés kialakítása</li> <li>• segítő kapcsolatok kialakítása</li> <li>• humán és technikai infrastruktúra erősítése</li> <li>• többszintű finanszírozás megteremtése</li> <li>• szemléletváltás elérése a települési önkormányzatoknál</li> <li>• települési/kistérségi KEF létrehozásának segítése minden városban/kistérségben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a megyei iskolák és humányszolgáltató intézmények valamint társadalmi szervezetek közötti együttműködések optimalizálása</li> <li>• a módszertani pluralitás elősegítése</li> <li>• kisközösségi preventiós modellek kísérleti bevezetése</li> </ul>
	Kezelés és rehabilitáció	Kínálatcsökkentés
<b>középtávú célok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• megyei szintű zöldszámos információs szolgálat bevezetése a férőhelyekről</li> <li>• gyermekpszichiátria működési feltételeinek kialakítása</li> <li>• férőhelyek számának kis mértékű növelése a megyei gyógyító-kezelő és rehabilitációs intézményekben</li> <li>• megyei kezdeményezésű reszocializációs programok támogatása</li> <li>• drogambulancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hatósági feladatok és hatáskörök pontosítása és a lakossági tájékoztatás elősegítése</li> <li>• a megye településein a társadalmi bűnmegelőzés rendszerek kidolgozásának ösztönzése</li> <li>• modellértékű szórakozóhelyek kialakításának ösztönzése</li> <li>• felderítési arány kis mértékű növelése</li> </ul>
<b>Hosszú távú célok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• szakember állomány bővítése és továbbképzése</li> <li>• védett munkahelyek számának növelése</li> <li>• férőhelyek számának jelentősebb mértékű növelése a megyei gyógyító-kezelő és rehabilitációs intézményekben</li> <li>• alacsonyküszöbű szolgáltatások spektrumának bővítése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hatékonyabb jogalkalmazás</li> <li>• biztonságos szórakozóhelyek és iskolák</li> <li>• a Velencei-tó környékén az idegenforgalmi szezonban mérséklődik a drogprobléma</li> </ul>

A fenti célrendszer és a stratégiai SWOT elemzés eredményeinek közös metszetét tekintve egyértelművé válik, hogy a megye droghelyzete nem egyértelműen jó vagy rossz. Néhány tényező kedvező stratégiai pozícióban van, mint például a már működő iskolai preventiós programok léte vagy a közösségi bűnmegelőzés alapjai, az intézmények növekvő

szerepvállalása, bizonyos meglévő egyházi szolgáltatások, intézményi és civil kapcsolatok, mások esetében azonban komoly átalakításra, építkezésre, irányváltásra van szükség, hogy hatékonyan működjön (kínalatcsökkentő akciók, prevenciós programok tudatossága, koordináció, együttműködés, tájékoztatás, információáramlás, megyei és helyi média szerepe).

Az is látható, hogy egyes esetekben a jelenleg is tapasztalható negatív tendenciák (hozzáférhetőség, a lakosság szemléletmódja, értékrendi változás, forráshiány, jogi szabályozás, kereslet/kínálat törvényszerűségei) továbbélése komoly hátrányokat, társadalmi károkat fog okozni. És természetesen vannak olyan megyei sajátosságok is, amelyek jelenleg veszélyforrást jelentenek, de magukban hordozzák a fejlesztés lehetőségét, ilyen a településeken belüli együttműködések, a megye települési önkormányzatainak szerepvállalása, az időszaki települési kampányok vagy a generációs sajátosságok.<sup>3</sup>

### Fejér megye drogellenes munkájának startégiai pozicionálása



<sup>3</sup> A települési együttműködések és az önkormányzatok szerepvállalása a jelenlegi állapotok szerint igen kis mértékűek és esetlegesek, és a jövőt illetően az ilyen típusú gyengeségek fennmaradása komoly veszélyt jelentenek a megye drogellenes munkájában.

Elvégezve Fejér megye drogellenes munkájának stratégiai pozicionálást a négy kiemelt terület szerint, azt kell látni, hogy a prevenció kérdésében offenzív stratégiát kell követni a megye intézményeinek és települési önkormányzatának. Ez tipikus proaktív viselkedési forma, a prevenció célok megvalósítása elébe megy a problémának. A megyei stratégia szerint a prevenciónak 8 területre kell koncentrálni:

- Család: döntő fontosságú; jelenleg erősen hiányoznak a megyéből a célzott családi programok (települési egészségnapok vannak csupán). A családok elérésében a elsősorban a védőnőkre nagyobb szerep hárulhatna, erre az várható változások jó alapot adnának.
- Iskola: a prevenció szempontjából a legkidolgozottabb programokkal rendelkező szintér, megyénkben az iskolai prevenció programok közötti választás tudatosságával vannak elsősorban problémák.
- Szabadidő: a településeknek olyan szabadidős alternatívákat kell nyújtani, melyek révén a fiatalok elkerülik a drogozást; a nem-drogos alternatívák vonzóbbak, mint a drogfogyasztás. Külön figyelmet kell fordítani az idegenforgalmilag frekvenciált települések szezonális problémáira e tekintetben.
- Média: a helyi/megyei sajtó esetenként pontatlan üzeneteket közvetít és az interneten keresztül csábító információk is eljutnak a fiatalokhoz a drogról. Ezt korrigálni kell és fejleszteni kell az emberek olyan képességét, hogyan tudnak ellenállni a dohány/alkohol/energia ital reklámok csábító hatásának (pl. alkohol- vagy dohány-reklámok).
- Intézményes gyermekvédelem: nélkülözhetetlen a megyei drogprevencióban, a fiatalok szabadidő-eltöltésének szervezésében, a veszélyeztetett csoportokkal foglalkozásban. Erre a területi és megyei gyermekvédelmi intézményrendszer lehet a garancia.
- Rendőrség: iskolai prevenció szerepük fokozása helyett a közösségi bűnmegelőzéssel kell foglalkozniuk a jövőben.
- Kockázati csoportok: számukra speciális megelőző, egészségfejlesztő programok kialakítása szükséges a megyei intézmények és egyházi/civil szolgáltatók részéről.
- Egyes roma csoportokkal kapcsolatos prevenció: megyénkben nagyon sok roma fiatal nem jár középiskolába, és így kimarad az iskolai prevencióból. Számukra speciális, közösségi prevenció programok kell kidolgozni.

A prevencióhoz hasonlóan proaktív cselekvési formában valósulhatnak meg a közösség és együttműködési terület céljai, azzal a különbséggel, hogy ezen a területen döntően nem erősségekkel, hanem gyengeségekkel lehet ma találkozni. Itt váltás-orientált stratégiát kell megvalósítani.

Mivel egy-egy kistérségben egyes veszélyeztetett csoportok nagyobb valószínűséggel fordulnak elő, mint a többiek a településen belüli közösségnek és a szakmai együttműködések

hálózatának számukra testre szabott programokat kellene kidolgoznia. A legfontosabb veszélyeztetett csoportok a megyében: alkoholisták gyerekei, iskolából kimaradtak, halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek, bűncselekményekbe belesodródott gyerekek, hajléktalanok, elit gimnáziumok tanulói, három műszakban dolgozó ipari munkások, nagyvárosi lakótelepi gyerekek.

Az önkormányzatok szerepvállalása tekintetében is váltásra van szükség, mindez idáig csak a két nagyváros önkormányzata kezdett települési szinten is gondolkodni a drogproblémáról, de a helyi közösség figyelmét eddig elkerülte a BV intézetből szabaduló drogfogyasztók reintegrációja is. Jelenleg gyengeség, de váltással nagy lehetőség van az információs és kommunikációs csatornák hatékonyságának erősítésben és az együttműködési készségek és formák fejlesztésében (települési, térségi, ágazati és ágazatközi szinten egyaránt).

A reaktív (valamire reagáló, követő, kezelő) tevékenységeket a kínálatcsökkentés és a terápia esetében célszerű alkalmazni, de míg a kezelés és rehabilitáció tekintetében diverzifikált stratégiai irányt, addig a kínálatcsökkentés esetében defenzív vonalat kell képviselni.

Fejér megyében – csakúgy, mint Magyarország legtöbb térségében - a „kezelési lánc” egyik legfejletlenebb részét képezik az elérő-megkereső programok. Ilyen programot Fejér megyében csak néhány egyházi és civil szervezet nyújt. A szolgáltatás lényege, hogy a droghasználók egyes csoportjai nem keresnek segítséget, vagy már csak függőségük előrehaladottabb fázisában, ilyenkor az intézmény keresi meg a drogosokat ott, ahol azok élnek vagy szórakoznak. A diverzifikált stratégia szerint hiányzó szolgáltatást kell pótolni (drogambulancia, gyermekpszichiátria, bizonyos osztályos és sürgősségi ellátási formák), bizonyos szolgáltatásokat fejleszteni kell (férőhelyek, ártalomcsökkentő programok, elérő programok, fenntartó kezelő programok, védett munkahelyek) és vannak olyan területek, amelyeken alaposabb koncepció-váltásra van szükség (hosszú távú terápia, reszocializáció, a szociális törvény alapján a CSSK-hoz telepített helyi droginformációs szolgáltatások).

Egyértelmű defenzív (védekező) stratégiát csak kínálatcsökkentés területén kell alkalmazni Fejér megyében, ezt igazolja a bűnüldözési intézményfejlesztések, a kapacitásfejlesztés és hatékonyság növelése, a jogi szabályozás vagy éppen az, hogy a műszerezettség, a kínálati piac bővülésére a helyi közösségnek és a megyének nincs vagy csak igen korlátozott a hatása. Amit helyben is lehet segíteni az a kooperáció és az információáramlás.



## 6. Megyei drogellenes tervezési és akció körzetek

A hatékony megyei szintű stratégiatervezés és programozás igényli, hogy a megyét ne homogén területi egységnek tekintsük, hanem határoljunk le szűkebb területi egységeket. Kézenfekvő megoldás lenne kistérségek szintjén célozni a stratégiai kérdéseket, csak hogy a tíz Fejér megyei kistérségből ötben (Gárdonyi, Adonyi, Abai, Enyingi, Ercsi) a drogellenes munka leglemibb feltételei sem adottak (teljesen hiányoznak az ellátórendszer intézményei, nincsenek OM finanszírozású iskolai prevenciós programok, nincs rendőrkapitányság stb.).

Javasolt megyei drogellenes körzetek	Székesfehérvári				Dunaújvárosi				Bicskei	Móri	
	Kistérség	Székes-fehérvári	Gárdonyi	Enyingi	Abai	Sár-bogárdi	Adonyi	Dunaúj-városi	Ercsi	Bicskei	Móri
ÁNTSZ	X	X				X		X		X	X
Rendőr-kapitányság	X	X				X		X		X	X
Bíróság	X					X		X		X	
Kórház	X							X			X
Addiktológia	X							X			X
Pszichiátria	X		X					X			
Iacsonyküszöb/e lterelés/nappali	X							X			
Rehabilitációs intézmény									X		
Települési KEF	X							X			
Drogambulancia											
OM támogatott iskolai prevenc. Programok	X					X		X		X	X
<b>Lakosok száma</b>	224 ezer				141 ezer				39 ezer	29 ezer	
<b>Települések száma</b>	44				34				16	14	
<b>Terület (Km2)</b>	2041				1404				633	294	

Minden szempontot figyelembe véve (de a humánszolgáltató intézmények területi elhelyezkedését prioritásnak tekintve) négy drogellenes tervezési és akciókörzet kialakítása látszik célszerűnek rövid távon, székesfehérvári, dunaújvárosi, bicskei és móri központtal. Így minden körzetben van ÁNTSZ intézet, rendőrkapitányság, kórház és OM támogatású iskolai prevenciós program egyaránt.<sup>4</sup> Addiktológiai gondozó és bíróság három, pszichiátria, települési szintű Kábítószerügyi Egyeztető Fórum és helyben elérhető alacsonyküszöbű

szolgáltatás két-két körzetben van. Ilyen alacsonyküszöbű szolgáltatást (elterelés, nappali ellátás) nyújt a Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat, és a dunaújvárosi önkormányzati fenntartású Egészségmegőrzési Központ mellett a Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogrehabilitációs Otthona lehet a jövőbeni szolgáltatásfejlesztés bázisa.

Sárbogárdon a helyi humánszolgáltató intézmények folyamatosan egyeztetnek egymással többek között drogügyi kérdésekben is, és korábban már felvetődött helyi KEF alakításának az ötlete is. Mindezért hosszútávon elképzelhető és kívánatos is egy sárbogárdi akciókörzet kialakítása, ha az intézményi feltételek javulnak. Jelenlegi formában a bicske akciókörzet is hasonlóan intézmény- és szolgáltatáshiányos, önálló körzetként való meghatározását a megyén belüli földrajzi elhelyezkedése (Budapest vonzása, hatása) indokolja.

---

<sup>4</sup> A bicskei körzetben nincsen kórház, csak rendelőintézet.

## 7. A stratégia prioritásai és alprogramjai

A drogprobléma csökkentését célzó programok általános célja a megye szociális, mentális, pszichés és egészségügyi állapotának javítása közösségi és egyéni programok, intézkedések biztosításával. Fő célok a legális és illegális szerek kipróbálási arányának csökkentése, illetve ha ez nem lehetséges, a növekedés megállítása, a gyógykezelésbe, terápiába bevont betegség tudattal rendelkezők számának növelése, ártalomcsökkentő programok támogatása, valamint a felnövekvő generációk drogtól mentes életének elősegítése.

A megyei drogstratégia prioritásai a nemzeti stratégia célrendszerével összhangban és az egyes prioritásokhoz kapcsolódó alprogramok:

Prioritás	Alprogram	Lehetséges tevékenységek (pl.)
<b>1. Közösség és együttműködés</b>	1.1 Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működtetése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a létező KEF-ek működtetése</li> <li>• a hiányzó városi KEF-ek éltre hívása</li> <li>• KEF-ek közötti feladatmegosztás és információs csatornák kialakítása</li> <li>• KEF munkabizottságok létrehozása</li> <li>• a közösségi bűnmegelőzéshez kapcsolódva egyeztetés a bűnmegelőzési tanáccsal</li> </ul>
	1.2 Információs csatornák fejlesztése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tájékoztató kiadványok terjesztése</li> <li>• Önkormányzati módszertani kiadvány</li> <li>• Lakossági (családi) tájékoztató kiadvány</li> <li>• Weblap, Dokumentumtár, Linkgyűjtemény</li> <li>• E-mail levelezőlista</li> </ul>
	1.3 Közösségi egészségtervek kidolgozásának elősegítése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pályázati úton</li> <li>• Módszertani anyaggal segítve</li> </ul>
	1.4 Megyei média érzékenyítése, aktiválása	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Állandó rovat</li> <li>• Szolgáltatók bemutatása</li> <li>• Egységes információs stratégia</li> </ul>
	1.5 BV intézetből szabaduló drogfogyasztók reintegrációja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Védett munkahelyek ösztönzése</li> <li>• Közösségi segítség</li> <li>• Támogatói fórumok</li> </ul>
	1.6 Kistérségi szintű együttműködések fejlesztése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Közös pályázatok</li> <li>• Workshopok</li> <li>• Kistérségi egyeztető csoportok</li> </ul>
	1.7 Önkormányzatok érzékenyítése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szemléletformálás</li> <li>• Szakmai iránymutatás</li> <li>• Információs rendszer</li> <li>• Dokumentumtár</li> <li>• Drogügyi referensek</li> <li>• Képzési programok</li> </ul>

<b>2. Prevenció</b>	2.1 Iskolai prevenció hatékonyságának erősítése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Képzés</li> <li>• Forrásbővítés</li> <li>• Pályázatok</li> <li>• Pedagógiai Intézeti munka átgondolása</li> <li>• Nem curriculum szerű programok</li> <li>• Egészségmegőrzési Központ modellértékű programjának adaptálása más településeken</li> </ul>
	2.2 Komplex települési prevenció programok ösztönzése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Települési egészségnapok</li> <li>• Önkormányzati módszertani kiadvány</li> <li>• Lakossági (családi) tájékoztató kiadvány</li> </ul>
	2.3 Családi prevenció	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Védőnői hálózat bevonása</li> <li>• Szociális gondozói hálózat bevonása</li> <li>• Nagycsaládosok egyesületeinek bevonása</li> <li>• Gyermekvédelmi szolgálatok bevonása</li> </ul>
	2.4 Forrásbővítés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Közalapítványi formában</li> </ul>
	2.5 Pluralitás	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Civil szervezet motiválása</li> <li>• Egyházak motiválása</li> </ul>
	2.6 Fiatalok intézményes nevelésével foglalkozó intézetek prevenció munkájának erősítése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollégiumok bevonása</li> <li>• Lakásotthonok bevonása</li> <li>• Gyermekotthonok bevonása</li> </ul>
<b>3. Kezelés és rehabilitáció</b>	3.1 Drogambulancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szakmai minimum standard meghatározása</li> <li>• Szakmai program alkotása</li> </ul>
	3.2 Szolgáltatásfejlesztés ösztönzése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alacsonyküszöbű szolgáltatások</li> <li>• Elérő szolgáltatások</li> <li>• Ártalomcsökkentő programok</li> <li>• Elterelés, utcai megkereső tevékenység</li> <li>• Kapcsolódás a speciális gyermekotthonok létrehozásának törekvéseihez</li> </ul>
	3.3 Rehabilitációs lehetőségek ösztönzése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Férőhelyek bővítése</li> <li>• Infrastrukturális fejlesztés</li> </ul>
	3.4 Reszocializációs és reintegráló programok ösztönzése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innovatív projektekhez pályázati önrész</li> </ul>
	3.5 Integrált adatbázis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Férőhelyek, szolgáltatások, lehetőségek, címek</li> </ul>
<b>4. Kínálatcsökkentés</b>	4.1 Társadalmi bűnmegelőzés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Népszerűsítő „road show”</li> <li>• Módszertani ajánlások</li> <li>• Szezonális programok (pl. Velencei-tónál)</li> </ul>
	4.2 Modellértékű szórakozóhelyek kialakításának ösztönzése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapcsolódás a biztonságos szórakozóhely programhoz</li> <li>• Megyei díj alapítása</li> </ul>
	4.3 Akcióhatékonyság növelése	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gyorsabb reagálás</li> <li>• gyakoriság, együttműködés</li> </ul>
	4.4 Tájékoztatás rendszeressé tétele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lakosság</li> <li>• önkormányzatok</li> <li>• terápiás és segítő intézmények folyamatos tájékoztatása</li> </ul>

A jelenlegi működési feltételek mellett a drogellenes munkában szerepet vállaló megyei szervezetek, a megfelelő anyagi, humán stb. feltételek esetén konkrétan is bővítenék a drogproblémával való foglalkozást a saját intézményükben az alábbiak szerint.

Szervezet	Új feladat az intézményen belül
Családsegítő és gyermekjóléti intézmények	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ önszegítő csoport családtagoknak, önszegítő csoport alkoholbeteg szülők gyerekeinek</li> <li>⇒ önszegítő klubok</li> <li>⇒ személyiség fejlesztő tréningek</li> <li>⇒ pár és családterápia</li> <li>⇒ prevenciós programok</li> <li>⇒ megfelelő információáramlás,</li> <li>⇒ szakmai programok, szakmai anyag</li> </ul>
Családorvosok	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ a háziiorvosi praxisban sokan nem terveznek szolgáltatást bővíteni, fejleszteni</li> <li>⇒ címjegyzék gyűjtése a szolgáltatásokról, segítő helyekről</li> <li>⇒ droprevenciós előadások</li> <li>⇒ tájékoztatók</li> </ul>
Művelődési házak	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ prevenciós szakember felvétele</li> <li>⇒ állandó információs szóróanyagok és elérhetőségek</li> <li>⇒ akcióknak helyszín biztosítása</li> <li>⇒ ifjúsági programok szervezése</li> <li>⇒ olyan munkatársa foglalkoztatása, aki ezzel a problémával foglalkozik, segítséget nyújthat, ha szükséges</li> <li>⇒ pszichológus alkalmazása</li> </ul>
Hatóságok, ügyészség	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ rendszeresebb értékelő-elemző munka</li> <li>⇒ gyorsabb reagálás</li> </ul>
Védőnői szolgálatok	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ szórólapok, tájékoztató füzetek, videó anyagok beszerzése</li> <li>⇒ egészségnevelés, felvilágosítás</li> <li>⇒ minden iskolában legyen iskolavédőnő</li> <li>⇒ prevenciós előadások tartása</li> <li>⇒ a családi egészségfejlesztési munkájuk támogatása</li> <li>⇒ védőnői tanácsadók és orvosok aktívabb kapcsolata</li> </ul>
Kórház, egészségház	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ kortárs-képzés</li> <li>⇒ szülőcsoportok</li> <li>⇒ drog laboratórium</li> <li>⇒ drogambulancia</li> <li>⇒ elterelés</li> </ul>
Civil szervezetek	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ szülők bevonása</li> <li>⇒ még több szabadidős program szervezése</li> <li>⇒ előadások</li> <li>⇒ önismereti tréningek tartása</li> <li>⇒ állandó tanácsadói szolgálat kialakítása,</li> <li>⇒ prevenciós, ifjúsági programok bővítése</li> </ul>

A prioritásokhoz rendelt alprogramokból fakadó konkrét intézkedések kialakításakor célszerű lesz figyelembe venni, hogy a különböző területeken megfogalmazott feladatok között több olyan található, amely a létrehozás szempontjából összevonva - az egyes területek szakembereinek együttműködésével - könnyebben kezelhető.