



Szeged

*Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzata
Kábítószerügyi Egyeztető Fórum*

Iskolai droghasználat és terjesztés protokoll

Készítette:

Bata Nathaniel szociálpedagógus, szociálpolitikus

Búsi Dávid szociális munkás, szociálpolitikus

Gyarmatiné Szobota Réka klinikai szakpszichológus

Szabó Ágnes szociális munkás, mediátor

Tóth Roland szociális munkás, addiktológiai konzultáns

2023.

Tartalom:

- Egészségügyi szempontok a hazai serdülő addiktológia ellátás tükrében
- Serdülőkori szerhasználat és jellemzői
- Gyermekvédelem, jelzőrendszer törvényi háttere, a jelzés folyamata
- Közoktatás - drogprevenció és egészségfejlesztés
- Szakképzés - drogprevenció és egészségfejlesztés
- Jogszabályi háttér kábítószer fogyasztás és terjesztés esetén
- Fókuszcsoport elemzések
- Javaslatok
- Fogalomtár

Egészségügyi szempontok a hazai serdülő addiktológiai ellátás tükrében

A WHO becslése szerint a gyermek- és serdülő korosztályban a mentális problémák (fejlődési, érzelmi vagy viselkedésproblémák) előfordulási gyakorisága közel 20%. A magyar adatok szerint a 14 év alatti populációban az egészséges életév veszteség (DALY) második leggyakoribb oka a mentális betegségek és viselkedészavarok, az újszülöttkori megbetegedések után.

A főbb mentális zavarok hazai előfordulása a felmérések szerint többé-kevésbé megegyezik az európai adatokkal, néhány betegség tekintetében azonban az európai átlagnál kedvezőtlenebb a helyzetünk, ilyenek a depresszió, a kóros alkoholhasználat, a bipoláris betegség és a befejezett öngyilkosságok magas aránya. Mindezek alapján a hazai lakosság mentális egészségi állapota az európai országok döntő többségével összehasonlítva rosszabbnak minősíthető. A súlyos mentális zavarok az átlaghoz képest 10-20 évvel csökkenthetik a betegek várható élettartamát. E betegek magasabb halandósága mögött az öngyilkosságon túl a kardiovaszkuláris, diabetes, elhízás és szövődményei állnak.

Az egyes betegségek különböző mértékben fordulnak elő a gyermekpopulációban. A WHO adatai szerint a figyelemzavar-hiperaktivitás betegség 6-12 éves korban 4-7 % gyakoriságú, mely kezeletlenül a serdülő és felnőttkori alkohol- és drogfüggőség, kriminalitás irányába viheti az egészséges fejlődést. Az öngyilkosság 15-24 évesek korcsoportjában második vezető halálok Európában. A szuicid viselkedést (elképzelés, kísérlet, befejezett öngyilkosság) mutató serdülők 90%-nál legalább egy pszichiátriai diagnózis felállítható, mely sok esetben kezeletlen. Az öngyilkossági rizikót növelő betegségek közül a leggyakrabban gyermek- és serdülőkorban a hangulatzavarok, viselkedészavar és a káros szerhasználat. Összességében tehát a kezeletlen pszichiátriai betegeknél az átlagpopulációhoz mérve jelentősen gyakoribb a kóros szerhasználat, súlyosabb testi és lelki következmények alakulnak ki, magasabb a betegség krónikussá válásának az aránya.

A fentiekből következik, hogy különösen fontos a gyermekpszichiátriai betegségek szűrése, korai felismerése, kezelése. A felnőttkori pszichiátriai betegségek közel 70%-a gyermekkorban kezdődik, vagy már akkor mutat tüneteket. A pszichiátriai rendellenességek mintegy 50%-a kezdődik 14 éves kor előtt. A mentális betegségek hatással vannak a személy későbbi életvitelére, személyes, társadalmi, teljesítményére. Vagyis a hatékony gyermekpszichiátriai

ellátás a felnőttkori pszichiátriai betegségek kialakulásának legjobb prevenciója lehet. A kezeletlen pszichiátriai betegségek magas rizikót jelentenek pszichoaktív szerhasználatra mind serdülő- mind felnőtt korban. Ugyanakkor a felnőtt populáció mentális állapota nagyban befolyásolja a mostani gyermekek életminőségét későbbi pszichés és szomatikus betegségeit, így a felnövekvő társadalom egészségét.

A pszichiátriai betegségek és kórállapotok a népegészségügy figyelmének a központjába is bekerültek, magas prevalenciájuk, valamint jelentős rövid és hosszútávú egészségkárosító hatásuk miatt. A házi orvosok, családorvosok egyre gyakrabban szembesülnek azzal, hogy rendelésükön olyan pszichés, pszichoszomatikus, pszichoszociális problémákkal jelennek meg a páciensek és családjaik, melyek felismeréséhez, megoldásához, gondozásához nem rendelkeznek megfelelő ismerettel, szűrőeszközzel, terápiás eszköztárral. A krónikus szomatikus betegséggel gondozott páciensek kezelőorvosai is sokszor tehetetlenek érzik magukat a fellépő pszichés problémák, kommunikációs nehézségek, valamint a beteg és hozzátartozók együttműködésének a hiánya miatt. A szerhasználó fiatalok első észlelésében, korai felismerésében és megfelelő ellátásba irányításában kiemelendő a házi gyermekorvosok, védőnők szerepe, az egészségügyi szegmensen túl pedig az oktatási szféra. Hiszen ebben az ellátási formában lehetőség van a fiatalokkal való rendszeres, gyakoribb találkozásokra. A szerhasználati zavar súlyossága számos esetben még nem éri el a klinikai értelemben vett zavar diagnosztikai szintjét. Itt kiemelendő a primer és szekunder prevenció fontossága, hiszen az időben történő első észleléssel, szűrővizsgálatok elvégzésével és megfelelő ellátásba irányítással jelentősen csökkenthető a szerhasználati zavar és viselkedési addikció kialakulásának esélye.

A szerhasználat gyakorisága serdülők körében emelkedik. Egyre fiatalabb életkorban találkoznak a szakemberek szerhasználattal, illetve egyre súlyosabb a szerhasználat mértéke, és a következményes klinikai tünetek. Mindez arra hívja fel a figyelmet, hogy önmagában nem elegendő a prevencióra fordítani a figyelmet, hanem a serdülők – bármilyen típusú - ellátásba kerülésekor, bizonyos tünetek esetén gondolni kell a szerhasználatra. Minél fiatalabb életkorban jelenik meg a szerhasználat, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a következő életkori szakaszban már pszichés, interperszonális problémákat okoznak, függőség alakuljon ki.

A serdülők idegrendszere érési folyamatokon megy keresztül. A pszichoaktív drogok hatása a serdülőkör különböző fázisaiban eltérő lehet – a különböző agyi területek eltérő sebességű

érése miatt, ebből adódóan a szerhasználat súlyosabb tünetekkel is járhat serdülőkorban, mint felnőtt korban. Az új típusú pszichoaktív szerek térhódítása – a klasszikus szerek rovására – az utóbbi tíz évben egyre komolyabb problémákat okoz. Alacsony árak, viszonylag könnyű hozzáférhetőségük miatt a használat gyakorisága a serdülő korosztályban is jellemző, egyre fiatalabb életkorban. A klasszikus szerek viszonylag kiszámítható hatásához és mellékhatás profiljához viszonyítva a dizájner drogok hatása intenzívebb, ugyanakkor sokkal kiszámíthatatlanabb. E szereknek általában nem ismert a pontos összetételük, sem a hatásuk. Szinte követhetetlen a termékek tényleges összetétele, hatóanyag tartalmuk. Az orvosi, egészségügyi munkát és a pedagógusok észlelési lehetőségeit ez jelentősen nehezíti, hiszen a nem ismert szerek által okozott hatás és mellékhatások kiszámíthatatlanok.

A probléma mértékéhez képest a szerhasználatban érintett fiatalok lényegesen kisebb számban kerülnek ellátásba. Az ellátás hozzáférhetősége korlátozottan működik. A kezelésben nem részesülő mentális állapotok nagy valószínűséggel továbbra is fennmaradnak és az élet további éveiben elégtelen egészségügyi, oktatási- és foglalkozási előmenetelt eredményeznek. A használat megjelenése pszichoszociális kockázati állapotnak, problémaviselkedésnek minősül, mely mellett nem mehetünk el bármely szegmensben is dolgozunk. Alkohol- és drogfogyasztási problémával küzdő betegek megjelennek az alapellátásban, szakorvosi rendelőekben, sürgősségi ellátásban, mégis az addiktológiai problémák gyakran rejtve maradnak. Szakemberhez kerülés sok esetben a már előrehaladottabb állapotokban történik csak meg, amikor gyakoribbá, intenzívebbé válik a szerhasználat, súlyosabb következmények alakulnak ki a szociális- és kortárskapcsolatok, iskolai funkcionálás terén, illetve komorbid állapotokkal jár együtt, vagy nagyon fiatal életkorban kezdődik. Itt kiemelendő a fiatalokkal foglalkozó szakemberek szerepe a prevencióban, korai felismerésben, függetlenül attól, hogy egészségügyi, vagy szociális, oktatási szférában dolgoznak. Nehezítő körülmény, hogy az egészségügyi és szociális szférában dolgozó szakemberek nem rendelkeznek megfelelő, serdülő addiktológiai képzettséggel, valamint súlyos kapacitáshiányokkal küzdenek az intézmények. Az ellátásba kerülést tovább nehezíti a szerhasználó serdülők motivációs sajátosságai. Problémabelátásuk, motivációjuk csekély, a Prochaska-Diclemente modellben az elszánás előtti szakaszban vannak, ezért különösen fontos a korai elérés, az elsődleges, másodlagos prevenció, a motivációs interjútechnikák alkalmazása, valamint a környezet bevonása a terápiába. A stigmatizációtól való félelem ugyancsak akadályozó tényezőként jelenik meg, a pszichiátriai, addiktológiai ellátásokkal szembeni téves prekonceptiók, félelmek, és az információhiány nagyban nehezíti a segítségkérést, ellátásba kerülést.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermek- és fiatalkorúak kóros szerhasználatához és viselkedési addikcióihoz elnevezésű 2019. Éük 10. számú EMMI szakmai irányelvének ajánlása szerint első pontban fogalmazza meg illetve kiemelten fontosnak tartja, hogy azon intézményekben, ahol lehetőség adódik a fiatalkorúakkal történő többszöri találkozásra és konzultációra (pl. iskolai szinten az iskolapszichológusi és védőnői szolgálat) jelenjen meg rendszerszinten a korai addikciós problémákat feltáró szűrővizsgálat és rövid intervenció. Szükség esetén pedig az időben történő kezelésbe irányítás. A fentebb már leírt szubklinikus állapotok okán (gyermekek és fiatalkorúak esetén a szerhasználati zavar illetve a viselkedési addikció súlyossága számos esetben még nem éri el a klinikai értelemben vett zavar diagnosztikai szintjét) felhívja a figyelmet az irányelv a korai megelőzésre (primer és secunder prevenció) és a rendszeres szűrés fontosságára, mellyel jelentősen csökkenthető ezen pszichiátriai problémák előfordulásának valószínűsége.

Serdülőkori szerhasználat és jellemzői

Serdülőkor jellemzői

A serdülőkorral járó testi változásokat bonyolult lelki folyamatok kísérik mely során központi szerepet kap az énkép meghatározása és az önismeret. A serdülő a belső változások mellett folyamatosan monitorozza környezetét viszonyítási pontokat keresve identitásának, pozícióinak meghatározására. A társadalmi normák, és szülői értékrend mind meghatározó szerepet játszik ebben a folyamatban, ugyanakkor jellemző azok megkérdőjelezése, felülbírálása. Megkezdődik a szülőktől való leválás folyamata és ezzel párhuzamosan felerősödik a kortárs csoport szerepe. A megnövekedett kockázatkereső magatartás következtében továbbá a kortársak presszionáló hatása miatt csak nehezen ismerik fel a valós kockázati tényezőket. Legtöbbször ebben a bizonytalansággokkal teli életkori szakaszban kerülnek kapcsolata az egészségkárosító szerekkel. Természetesen a szerhasználat kialakulásához számos egyéb egyéni motívum is hozzájárul mely fakadhat az egyén személyiségéből az őt körülvevő szociokulturális környezetből és az elérhető szerek hatásától egyaránt. A serdülőkorban gyakran előforduló kedélybetegségek, a nem megfelelő szülői minták és a korábban átélt traumák, krízisek és az ezek feldolgozásához kezeléséhez szükséges megküzdési technikák hiányának következtében a különböző szerekkel történő öngyógyítás éppúgy gyakori jelenség, mint a rekreációs célból történő használat. Látható tehát hogy akár a kipróbáláshoz akár a további használathoz szükséges motiváció feltérképezése azok komplexitása miatt sokszor nem könnyű és külső szemmel nem egyértelműen megállapítható. Fontos, hogy minden esetet egyénileg kezeljünk akkor is hogyha a használók viselkedésében közös motívumokat vélünk felfedezni. A szerhasználat és az az következtében fellépő szerhatás sem azonos sok esetben éppúgy, mint a használat szerepe, mértéke és annak jelentősége az egyén életében.

Szerhasználati attitűdök

Az elmúlt évtizedben rengeteg változás történt a kábítószerpiacon, továbbá a szerhasználati kultúrában. Az új típusú pszichoaktív szerek megjelenésével azok internetes terjesztésével, a korábbi szubkultúrák hanyatlásával majd újak megjelenésével párhuzamosan változtak a fogyasztói szokások is. A szerhasználó populáció jellemzői már nem minden tekintetben ugyanazok. Az alacsonyabb életszínvonal, rossz társadalmi helyzet továbbra is

megjelenik a lehetséges okok között, de már nem mutatnak egyértelmű összefüggéseket, hiszen a társadalom jó körülmények között családjából is jelentős létszámmal kerülnek ki fogyasztók.

Általános jelenség, hogy egyre fiatalabb korosztály kerül kapcsolatba a drogokkal, továbbá azok használata is egyre elfogadottabb köreikben. A zenei és egyéb szubkultúrák rotációt mutatnak, időnként fel-fel erősödnek magával hozva az ahhoz kapcsolódó szertípusokat, használati kultúrát. (pl: party kultúra). Az új típusú pszichoaktív szerek megjelenésével jelentősen kiszélesedett, felhígult a droppaletta mely megmutatkozik azok mennyiségében és minőségében. A korábban ismert klasszikus kábítószeres esetében alkalmazott megelőzési, kezelési módszerek hatékonysága nem ugyanolyan, a gyorsan változó hatóanyagkombinációk és azok hosszú távú hatásmechanizmusa sok esetben ismeretlen kimentekkel bír. Az új típusú pszichoaktív drogok esetében megfigyelhető, hogy egyre inkább a társadalom szegényebb rétegei közül kerülnek ki a fogyasztók, így népszerűségük már korántsem olyan szintű, mint megjelenésükkor. Egyes klasszikus kábítószeres úgy, mint a cannabis és származékai ellenben továbbra is rendkívül népszerűek. A szerhasználat a serdülők körében nagyon gyakran rekreációs célokat szolgál és főként kollektívan történik. Okai között a stresszoldás, az öngyógyítási törekvés, éppúgy megjelenhet, mint a kísérletezés vagy a kortársaknak való megfelelni akarás. A fogyasztás mellett a kereskedelem is gyakori jelenség, bár serdülők esetében ezek többnyire szűkebb korosztályi, kortársi rétegekre korlátozódik. Ismereteik sem az egészségügyi kockázatokról, sem a jogi következményeiről nincsenek vagy rendkívül hiányosak és sok esetben falsak. Az ellátórendszert csak nagyon kevesen ismerik és információik sokszor nem helytállóak vagy avítottak, illetve rendkívül bizalmatlanok annak hatékonyságával szemben. Ugyanakkor sok szerhasználó kamasz nyíltan beszél a szerhasználati szokásairól, élményeiről.

A szerhasználat tünetei és

A szerhasználat észlelése a serdülőt körülvevő felnőtt közeg számára a használat korai fázisaiban csak ritkán valósul meg, mivel azoknak látványos külsőségekben megmutatkozó tünetei csak esetenként azonosíthatók egyértelműen. Továbbá a különböző összetételű és hatásmechanizmusú szerek használatból eredő tünetei is eltérőek lehetnek. A legszembetűnőbb jelenség, ha a gyermek az addig jól ismert viselkedésétől eltérő vagy egyenes ellenkező magatartást tanúsít. Természetesen a hirtelen személyiségváltozás, furcsának tűnő viselkedés önmagában a serdülés következtében fellépő hormonális és egyéb változások következménye

is lehet. Egy új baráti társaság, vagy valamelyik szubkultúrához való csatlakozás esetében is (melynek a konkrét stílusjegyei is megjelenhetnek a kamasz külsőségeiben úgy mint: ruházat, hajviselet stb.), érdemes odafigyelni, hiszen számos szubkultúrának eleme vagy alapja a szerhasználat. A serdülő a kortársaival történő párbeszédnek során is előfordul, hogy hangot ad szerhasználatának, „sztorizik” arról. Mivel a használat mellé néhányan kereskednek is kábítószerekkel, így a hirtelen jött anyagi jellegű változás (márkás ruházat, új telefon, ékszerek megjelenése) is feltűnő lehet. A használatához, tároláshoz szükséges eszközök (zacskók, tasakok, pipa, fóliák, roll papír) egy kamasz személyes holmijában, szintén árulkodó jel. Rendszeres szerhasználat esetén idővel megjelennek egészségügyi tünetek is, ilyen lehet a hirtelen testsúlyvesztés, a kialvatlannak tűnő karikás vagy vizenyős szemek, remegés, izzadás. A hirtelen hangulatváltozás, vagy hirtelen fellépő érzelmikitérések, ingerültség, lehangoltság, vagy túlzott aktivitás, is jellemző lehet.

A szerhasználat észlelése

A serdülő barátai, (akik akár maguk is szerhasználók) a közvetlen környezetében lévő kortársak, iskolatársak, sporttársak sokszor tudnak róla, vagy észlelik a szerhasználatot, ugyanakkor közülük csak kevesen mernek segítséget kérni. Ennek több oka is lehet, gyakori a szerfogyasztás büntetőjogi következményeitől, a rossz megítéléstől, megbélyegzéstől való félelem és nagy a bizalmatlanság a közvetlen környezetben lévő felnőttek irányába. A szülők és a család előtt sem szívesen vállalják fel ezt, tartanak a büntetéstől a következményektől, a család rosszalásától. Az egészségügyi ellátásról számos fals információ kering, kényszergyógykezelésről, „elvonóról”, pszichiátriai vizsgálatoktól tartanak és kevesen tudják csak hol kaphatnának szakszerű segítséget. A szerhasználó serdülő csak ritkán kerül kapcsolatba a szenvedélybetegellátás szakembereivel. A prevenciós jellegű foglalkozások, előadások, iskolai rendezvényekre való kitelepülések során kötetlen hangulatú beszélgetések alakulhatnak ki, ahol közvetlenül kérhet segítséget a fiatal. Az iskolapszichológus továbbá az iskolai szociális segítő is fogadja a segítségkérőket és segíti őket abban, hogy szakszerű segítséghez jussanak. Az iskolai környezetben az osztályfőnök, a tanár, de akár a technikai személyzet is lehet az, akitől segítséget kér a serdülő. Ezért fontos, hogy legyenek kész protokollok, eljárási rendek, arra, hogy a fiatal minél hamarabb a legmegfelelőbb segítséghez juthasson.

Kihez fordulhatok?

Amennyiben egy serdülő kéri vagy fogadja a segítségnyújtást úgy több lehetőség is rendelkezésre áll számára. A leggyakrabban azonban nem csak önmagában a szerfogyasztás a probléma, így a megfelelő segítséghez való delegáláskor érdemes ezt is figyelembe venni. A szerfogyasztás sok esetben csak tünet, annak háttérében számos tényező állhat, amennyiben ismert olyan esemény, állapot (korábbi, vagy aktuális krízis, trauma, pszichés állapot, betegség stb.) mely összefüggésbe hozható a szerhasználattal úgy azt is érdemes figyelembe venni a delegálás során. Az elérhető ellátások egy része alacsonyküszöbű így adatok megadása nélkül akár névtelenül is igénybe vehető, a magasabb küszöbű ellátások esetén már figyelembe kell venni a gyermek életkorát és hogy rendelkezik-e társadalombiztosítással. A szenvedélybetegellátás olyan komplex ellátási forma mely egyaránt magába foglal szociális pszichológiai és egészségügyi szolgáltatásokat is. A legmegfelelőbb beavatkozáshoz érdemes először egy állapotfelmérést végezni mely által átfogó képet kaphat a szakember a serdülő a szerhasználati szokásairól, mértékéről, okairól. Ezek az információk birtokában már alaposabban meghatározható mely szolgáltatás, kezelés lehet a leghatékonyabb.

Segítségkérés Szegeden

Segítséget a gyermek 16 éves kora felett önállóan is kérhet, tehát az erre hivatott intézményeket felkeresheti, azok szolgáltatásait saját jogán igénybe veheti. 16 éves kor alatt szintén van erre lehetősége, de az ellátáshoz szükséges szülő hozzájárulása melyet szülői beleegyezői nyilatkozat kitöltése útján tud megtenni. Amennyiben a serdülő kéri, vagy elfogadja a segítségnyújtást, úgy a megfelelő ellátásba való delegálás és a motiváció erősítése, megtartása válik az elsődleges céllá

Gyermekgyógyászati Klinika

16 éves kor alatt a Szegeden a Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi központ Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztálya fogadja az addiktológiai problémákkal küzdő fiatalokat.

SZKTT – ESZI Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum

16 éves kor felett a Szegedi Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum

szolgáltatásai is elérhetőek. A Szenvedélybetegek Közösségi ellátása alacsony küszöbű szolgáltatás tehát akár zonnal és névtelenül is tudnak fogadni. Állapotfelmérés, motivációs interjú, tanácsadás, segítő beszélgetés eszközeivel (útján) próbálják feltárni a problémát és kialakítani egy segítői, bizalmi viszonyt. Amennyiben pszichiáter szakorvos bevonása válik szükségessé vagy a terápiás folyamat mellé gyógyszeres kezelés javallott, úgy az Ambulancia részleg, járóbeteg ellátás keretében tud segítséget nyújtani. A Drogcentrum szervezeti felépítése komplex szolgáltatásai révén a szerhasználat bármely fázisában lévő fiatal tud fogadni. Amennyiben a szerhasználó serdülőnél már kialakult a függőség állapota és motivált arra, hogy változtasson élethelyzetén, úgy rehabilitációs kezelésre is lehetősége van. A Drogcentrum munkatársai aktív kapcsolatot ápolnak a legtöbb magyarországi rehabilitációs intézménnyel és segítenek a kapcsolatfelvételben, elhelyezésben.

Iskolai segítő

A szenvedélybeteg ellátás mellett egyéb lehetőségek is rendelkezésre állnak melyek segíthetnek a probléma feltárásában kezelésében. A gyermek által már ismert segítő szakemberek iskolai alkalmazottak úgymint iskolapszichológus, az iskolai szociális segítő, ifjúságsegítő, mentálhigiénés szakember a már meglévő kapcsolat, vagy korábbi együttműködés révén bizalmat élvezhetnek az új idegen szakemberekkel szemben. Amennyiben a gyermek megnevezi hogy kivel szeretne dolgozni, úgy érdemes bevonni a folyamatba ezt a segítő személyt, hiszen támogathatja motiválhatja a serdülőt a megfelelő ellátás felé.

SZMJVÖ Bölcsődéi és Gyermekjóléti Központja, Család és Gyermekjóléti Központ

A Család és Gyermekjóléti Központ munkatársai is elérhetőek, speciális szolgáltatások keretében, addiktológiai, életvezetési pszichológiai tanácsadást kínálnak.

Egy-egy segítő folyamat akár több szolgáltató és szakember bevonását és a serdülővel való munkájának összehangolását igényli, illetve a szerhasználó mellett a családtagok számára is kínálnak segítő szolgáltatásokat például csoportos formában vagy egyéni konzultáció keretében.

Beavatkozások a serdülőkkel végzett munkában

A szerhasználat kezelésében kiemelt jelentőséggel bír a korai felismerés és beavatkozás. Egyrészt az életkor szempontjából hiszen minél korábban kezdődik a használat annál nagyobb kockázattal bír. Másrészt a szerhasználat korai fázisaiban, úgymint a kipróbálás, alkalmi használat esetében még alacsonyabb szintű beavatkozások is eredményesek lehetnek. A serdülők esetében, további aktív védőfaktort jelent élethelyzete illetve, kapcsolati rendszere azon belül is a családja, aki támogatják, segítheti őt, így a megküzdésben sincs egyedül.

Megelőzés

A megelőzés (prevenció) az első lépcső a szerhasználat kialakulásával szemben. A primer, azaz elsődleges prevenció célja többnyire a serdülő korosztály absztinensé tételét célozza, tehát arra irányul, hogy meggátolja, hogy a kamasz bármilyen legális, vagy illegális szert kipróbáljon, vagy esetleg használjon. Ez sajnos a valóságban csak igen ritkán tud maradéktalanul megvalósulni, hiszen a serdülőkor útkeresése azaz az önálló identitás kialakításának része lehet bizonyos élvezeti szerekkel való kísérletezés, esetleg azok alkalmi vagy rendszeres használata. Ugyanakkor eredményes lehet abban, hogy kitolja a szerhasználat kezdetét, illetve, hogy késleltesse, vagy gátolja a szerhasználat mértékét. A másodlagos (secunder) prevenció, illetve harmadlagos (tercier) prevenció esetében már az aktív szerhasználatra és a megküzdési kezelési, gyógyulási folyamatokra irányulnak. Ugyanakkor a serdülők esetében és különösen az iskolai közösségekkel végzett prevenciós munka során ezek a határok gyakran elmosódnak, hiszen a csoportok összetétele, sem homogén. Így a prevenciós munka megtervezésekor egyaránt kell kalkulálnunk a szert még nem használó csoporttagokkal éppúgy, mint az alkalmi vagy rendszeres használókkal esetenként függőkkel. A prevenció több formában is megvalósulhat, de iskolai keretek közt leggyakrabban a célzott programok, előadások, csoport foglalkozások formájában történik. Részletei az információátadás, az edukáció, a rizikófaktorok ismertetése (úgymint: egészségügyi, jogi következmények), a társas hatások (különösen a peer- effekt) kezelése, leszerelése az egyéni élmények, megküzdési technikák és az ártalomcsökkentés. Célja, hogy minél alaposabban felkészítse a serdülőt a szerhasználattal kapcsolatos döntési helyzetekre, az ezekben való tudatos viselkedésre. Ismeretekkel lássa el a különböző szerekről, azok használatából eredő egészségügyi és büntető jogi kockázatairól. Ezáltal a serdülő képessé váljon mérlegelni és megfelelően képviselni a döntését a kortárs nyomással szemben.

Motivációs interjú

A serdülő szerhasználó a legtöbb esetben (különösen a szerhasználat korai fázisaiban) nem érzékeli úgy, hogy az problémát jelentene életvitelében, környezetében. Úgy véli tudatosan, kontroláltan tudja használni azt és ebből az állapotból nem feltétlen szeretne kimozdulni. A motivációs interjú célja, hogy felkeltse a kliensben lévő ambivalenciát a szerhasználatával kapcsolatban, hogy mérlegelje annak előnyeit és hátrányait és hogy elősegítse az ebben való változtatásra való igényét. Motiválja a cselekvésre és előkészítse a további beavatkozásokat.

Egyéni konzultáció (tanácsadás)

Az egyéni konzultáció két személy között szemtől szemben létrejövő segítő kapcsolat melynek szereplői a segítő és kliens. Célja a kliens helyzetének feltárása, megértése, annak előre mozdítása, továbbá a támogatás és motiválás ebben a folyamatban. Alapvető eleme az empátia és az elfogadás. Ez a segítő kapcsolat egy olyan aktív kapcsolat mely egyaránt hat a segítőre és a kliensre is így kettejük közös munkája révén érhető el változás a kliens helyzetében. Ez a folyamat ugyanakkor a segítő számára is megterhelő lehet, ezért fontos, hogy a segítő számára rendelkezésre álljon olyan szupervíziós vagy esetmegbeszélés lehetőség, mely által a saját lelki folyamat is újragondolhatja, megértheti. A konzultációs folyamat első lépcsőfoka a kliens állapotának, szerhasználatának feltérképezése. Magyarországon elérhető az úgynevezett Addikció Súlyossági Index (ASI) ami egy körülbelül 1 órás időtartamú félig strukturált interjú, mely részletes képet alkot a kliens szerhasználati szokásairól. Az állapotfelméréssel tulajdonképpen meg is kezdődik a konzultáció folyamata. Ezt követően meg kell határoznunk a konzultáció célját, céljait. A célok nem kizárólag az addikció tárgykörére korlátozódhatnak, ugyanakkor minél konkrétabb egy cél annál jobban nyomon követhető, kivehető a kliens változása. A célokat további lépésekre érdemes bontani, hiszen a fokozatosság mentén könnyebb azokat teljesíteni és így azok eredményessége, motiválja a klienst. Érdemes prioritást felállítani a megvalósítandó célok között és e mentén kis lépésekben haladni. A következő lépés a szerződéskötés mely a kliens és a segítő közt jön létre. Ez lehet írott formában, de akár szóban is. A szerződés tartalmazza a konzultáció kereteit, szabályait, mindkét fél elvárásait és a kitűzött célokat.

Ártalomcsökkentés

A megelőzés és kezelés mellett az ártalomcsökkentés is jelentős szereppel bír. A konkrét szerhasználat mellett a szerhasználattal együtt járó pszichológiai, társadalmi vagy akár gazdasági ártalmak csökkentését is célozhatja. Szemlélete, hogy ha az adott helyzetben a használat nem is akadályozható meg, az annak következtében fellépő problémák mérsékelhetőek. Mikor a serdülő nem szeretne változtatni szerhasználatán akkor is érdemes segíteni abban, hogy a lehető legkevésbé okoz kárt magában és környezetében. Ez történhet tájékoztatás útján, hogy mire figyeljen, ha úgy dönt, hogy valamit használni szeretne, mit kell tennie, ha valami nem úgy alakulna ahogy eltervezte, hogyan tudná ezt a lehető legbiztonságosabban kivitelezni. Eszközök formájában is elérhető, egy üveg ásványvíz segíthet elkerülni a kiszáradást és rosszullétet, egy tiszta fecskendő megakadályozhatja a közös tű használattal járó fertőzések terjedését. A segítő kapcsolatot is megalapozhat, hiszen a használó egy olyan attitűddel találkozhat mely nem, hogy nem bírálja szerhasználatát, viselkedését, hanem igyekszik megérteni, elfogadni sőt biztonságosabbá tenni azt. Jó nyitánya lehet egy későbbi már a szerhasználat mérséklését, abbahagyását célzó segítő folyamatnak.

Gyermekvédelem, jelzőrendszer törvényi háttere és a jelzés folyamata

A jelzőrendszer működését a *1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról* szabályozza. A jelzés megtétele nem egyenlő a feljelentéssel (a gyakorlatban gyakran lehet találkozni e két fogalom összetévesztésével). A jelzőrendszer működésének célja a problémák időben történő felismerése, és azok mihamarabbi enyhítése, megoldása.

A jelzőrendszer tagjai kötelesek jelzéssel élni a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekjóléti szolgálatnál, valamint hatósági intézkedést kezdeményezni a gyermek bántalmazása, illetve súlyos elhanyagolása vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén. A törvény emellett a tagok számára együttműködési és kölcsönös tájékoztatási kötelezettséget ír elő. Az alábbiakban ismertetésre kerülnek a jelzőrendszeri tagok, amelyeket a jogszabály meghatároz.

17. § (1) Az e törvényben szabályozott gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot látják el – a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében – a törvényben meghatározott alaptevékenység keretében

a) az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a védőnői szolgálat, a házi orvos, a házi gyermekorvos,

b) a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók,

c) a köznevelési intézmények és a szakképző intézmények,

d) a rendőrség,

e) az ügyészség,

f) a bíróság,

g) a pártfogó felügyelői szolgálat,

h) az áldozatsegítés és a kárenyhítés feladatait ellátó szervezetek,

i) a menekülteket befogadó állomás, a menekültek átmeneti szállása,

j) az egyesületek, az alapítványok és az egyházi jogi személyek,

k) a foglalkoztatás-felügyeleti hatóság,

l) a javítóintézet,

m) a gyermekjogi képviselő,

- n) a gyermekvédelmi és gyámügyi feladatkörében eljáró fővárosi és vármegyei kormányhivatal,*
- o) az állam fenntartói feladatainak ellátására a Kormány rendeletében kijelölt szerv,*
- p) a települési önkormányzat jegyzője,*
- q) a büntetés-végrehajtási intézet,*
- r) a büntetés-végrehajtási pártfogó felügyelők.*

A továbbiakban a jelzőrendszeri tagok feladatait részletezi a jogszabály.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott intézmények és személyek kötelesek

- a) jelzéssel élni a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltatónál,*
- b) hatósági eljárást kezdeményezni a gyermek bántalmazása, illetve súlyos elhanyagolása vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén. Ilyen jelzéssel és kezdeményezéssel bármely állampolgár és a gyermekek érdekeit képviselő társadalmi szervezet is élhet.*

A jelzés beérkezését követően a gyermekjóléti szolgáltató (Család-és Gyermekjóléti Szolgálat, illetve Család-és Gyermekjóléti Központ) a jelzést küldő adatait zártan kezeli a gyermek bántalmazása és elhanyagolása észlelése esetén:

(2a) A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató és a gyámhatóság a gyermek bántalmazása, elhanyagolása miatt jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli.

A gyermekek érdekében a jelzőrendszeri tagok együttműködését az alábbi bekezdések részletezik, továbbá az együttműködési kötelezettség, vagy a jelzési kötelezettség elmulasztása esetében kialakuló következmények olvashatók.

(3) Az (1) és (2) bekezdésben meghatározott személyek, szolgáltatók, intézmények és hatóságok a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a veszélyeztetettség megelőzése és megszüntetése érdekében kötelesek egymással együttműködni és egymást kölcsönösen tájékoztatni.

(3a) A jelzőrendszeri tagok a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében a gyermekvédelmi jelzőrendszer működésének és működtetésének szakmai módszereit alkalmazva járnak el, amelyeket a miniszter az általa irányított minisztérium honlapján közzétesz.

(4) Ha az (1) bekezdés a)–i) és k)–m) pontjában meghatározott személy vagy az (1) bekezdés a)–i) és k)–m) pontja szerinti szerv alkalmazottja a (2) vagy (3) bekezdésben foglalt jelzési vagy együttműködési kötelezettségének nem tesz eleget, a gyámhatóság – jelzésre vagy hivatalból –

értesíti a fegyelmi jogkör gyakorlóját és javaslatot tesz az érintett személlyel szembeni fegyelmi felelősségre vonás megindítására. A gyermek sérelmére elkövetett bűncselekmény gyanúja esetén a gyámhatóság büntetőeljárást kezdeményez.

A szakmai együttműködés az észlelő- és jelzőrendszer eredményes együttműködésének elengedhetetlen feltétele. Fontos, hogy az abban résztvevők tisztában legyenek saját feladataikkal, felelősségükkel és egymás szakmaiságában bízva, egymásra támaszkodva közösen meghatározott feladatelosztásban végezzék el vállalt feladataikat a gyermekek érdekében.

A 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény mellett a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről szóló törvényben is megjelenik a jelzőrendszer működtetésének a feltétele, szükségessége, amely alább megtalálható.

42. § (1) A pedagógust, a nevelő és oktató munkát közvetlenül segítő alkalmazottat, továbbá azt, aki közreműködik a gyermek, tanuló felügyeletének az ellátásában, hivatásánál fogva harmadik személyekkel szemben titoktartási kötelezettség terheli a gyermekkel, a tanulóval és családjával kapcsolatos minden olyan tény, adatot, információt illetően, amelyről a gyermekkel, tanulóval, szülővel való kapcsolattartás során szerzett tudomást. E kötelezettség a foglalkoztatási jogviszony megszűnése után is határidő nélkül fennmarad. A titoktartási kötelezettség nem terjed ki a nevelőtestület tagjainak egymás közti, valamint a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjaival történő, a tanuló fejlődésével összefüggő megbeszélésre.

A 69. § (2) szerint a nevelési-oktatási intézmény igazgatója felel a gyermek- és ifjúságvédelmi feladatok megszervezéséért és ellátásáért, a gyermekvédelmi jelzőrendszernek a köznevelési intézményhez kapcsolódó feladatai koordinálásáért a többi jogszabályban foglalt feladatok mellett.

A jelzés elsődleges célja, hogy a gyermekjóléti szolgáltató tudomást szerezzen a problémáról, a gyermek veszélyeztetettségének gyanújáról. A jelzés másodlagos célja, hogy a gyermek érdekében a gyermekjóléti szolgáltató minél előbb segítséget nyújtson. A jelzés megtételéhez szükséges a jelzőlap kitöltése. Az elsődleges és másodlagos meghatározás nem fölé-alárendeltségi viszonyt tükröz, csupán szemlélteti, hogy a másodlagos cél eléréséhez elengedhetetlen az elsődleges cél teljesítése, vagy is a gyermekjóléti szolgáltató mielőbbi tájékoztatása.

A jelzések folyamata, tartalma, módja

A jelzőrendszeri tagok a veszélyeztető tényezők észlelése esetén saját eszközeik segítségével törekednek a káros hatások megelőzésére, ellensúlyozására. Amennyiben azt tapasztalják, hogy a gyermek családban történő egészséges fejlődése érdekében külső segítségre van szükség, jelzéssel élnek a gyermekjóléti szolgálat felé, illetve hatósági intézkedést kezdeményeznek a probléma súlyosságának függvényében. A jelzőrendszeri tagoknak a jelzését úgy kell megírnia, hogy abból kiderüljön a veszélyeztetettség oka. Amennyiben a gyermek

érdekében azonnali intézkedés szükséges, arra a jelzőrendszeri tagnak haladéktalanul külön is fel kell hívnia a figyelmet. A jelzésnek lényegre törőnek, problémára fókuszálnak kell lennie.

A jelzésnek tartalmaznia kell az alábbiakat:

- az érintett gyermek(ek) legfontosabb adatait (név, születési idő, hely, anyja neve, családtagok felsorolása, állandó lakóhely, tényleges tartózkodási hely),
- a jelzést tevő intézmény megnevezését, címét, a jelzést tevő személy nevét és elérhetőségét,
- a probléma rövid leírását, a jelzést tevő által a gyermek és családja életében, életkörülményeiben észlelt veszélyeztető okok részletezését, megjelenésének időpontját, időtartamát, a felmerülésének gyakoriságát,
- a jelzést tevő személy vagy intézmény az általa feltárt veszélyeztető okok megszüntetése érdekében eddig megtett intézkedéseit, a gyermek veszélyeztetettségének megszüntetése érdekében esetleges javaslatait. A jelzés írásban bármilyen formátumban megküldhető (e-mail, vagy posta), a gyermekjóléti szolgálat köteles azt elfogadni.

Köznevelés - drogprevenció és egészségfejlesztés

A köznevelésben az iskolák számára a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, valamint a 20/2012 (VIII.31) EMMI rendelet a nevelési - oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról ad iránymutatást az egészségfejlesztés, a drogprevenció témakörében.

A 20/2012 (VIII.31) EMMI rendelet írja elő a Házirend vonatkozásában az elvárt viselkedési és magatartási szabályok megfogalmazását, valamint annak megszegése esetén a fegyelmi intézkedéseket is.

20/2012 (VIII.31) EMMI rendelet

„5. §

(1) A nevelési-oktatási intézmény házirendjében kell szabályozni

f) a fegyelmező intézkedések formáit és alkalmazásának elveit

(2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl az iskola és a kollégium házirendje állapítja meg g) az iskola, kollégium által szervezett, a pedagógiai program végrehajtásához kapcsolódó iskolán, kollégiumon kívüli rendezvényeken elvárt tanulói magatartást”

A köznevelésben a 6–19 éves korosztály van jelen, ilyen formában az általános iskolai, valamint a gimnáziumi Házirend az illegális és legális szerek használatával, valamint ezek vélelmezett vagy igazolt terjesztésével kapcsolatban az iskola tanulóinak korosztályára tekintettel szükséges az eljárásrendet elkészíteni. Életkori sajátosságoknak megfelelő professzionális és komplex segítségnyújtásra van szükség, lehetőség szerint a kriminalizáció folyamatát elkerülve.

A köznevelési intézmények szakmai alapidokumentuma, a Pedagógiai program átfogóan szabályozza az iskola minden működési területét. Stratégiai program, amely meghatározza a nevelés, a tanulás és tanítás folyamatának pedagógiai elveit, a tantervi tartalmakat és ezek eszközrendszerét. A 20/2012 (VII.31) EMMI rendelet több pontjában ad iránymutatást a Pedagógiai program kötelező tartalmi elemeire vonatkozóan, amelyek közvetett hatást gyakorolhatnak a primer drogprevencióra.

20/2012 (VIII.31) EMMI rendelet

„7. §

(1) Az iskola pedagógiai programja meghatározza

a) az iskola nevelési programját, ennek keretén belül

ab) a személyiségfejlesztéssel kapcsolatos pedagógiai feladatokat,

ac) az alapfokú művészeti iskola kivételével a teljeskörű egészségfejlesztéssel összefüggő feladatokat,

ad) a közösségfejlesztéssel, az iskola szereplőinek együttműködésével kapcsolatos feladatokat”

„128. §

(3)^{} A nevelési-oktatási intézmény mindennapos működésében kiemelt figyelmet kell fordítani a gyermek, a tanuló egészséghez, biztonságához való jogai alapján a teljes körű egészségfejlesztéssel összefüggő feladatokra, amelyek különösen*

c)^{} a lelki egészséget fejlesztő pedagógiai módszerek és a művészetek alkalmazásával a tanulási eredményesség és a társas kapcsolati készségek fejlesztése, a lemorzsolódás csökkentése, a viselkedési függőségek, a szenvedélybetegségekhez vezető szerfogyasztás, a bántalmazás és iskolai erőszak megelőzése,*

d)^{} az egészséget támogató ismeretek és készségek fejlesztése”*

Külön fejezet foglalkozik a rendeleten belül a lelki egészségvédelemmel, amely már kifejezett utalást tesz a viselkedési, valamint kémiai szerek által okozott függőségek megelőzésére, valamint a gyógyult szenvedélybetegek reintegrációjának elősegítésére. Megfogalmaz olyan eljárásokat, adekvát válaszokat, amelyek iránymutatásként szolgálnak az iskolának, hogy milyen belső humánerőforrással, valamint külső együttműködési kerettel oldják meg ezeket a feladatokat.

„43. A lelki egészség fejlesztése

131. §

(2)^{} Az iskolának és a kollégiumnak kiemelt figyelmet kell fordítania a viselkedési és kémiai függőségek, valamint a nevelési-oktatási intézményben megjelenő erőszak megelőzésére,*

továbbá a gyógyult szenvedélybeteg és bántalmazott tanulók beilleszkedésének elősegítésére, ennek során indokolt esetben együttműködik az iskola-egészségügyi szolgálattal.

(3)^{} Abban az esetben, ha a pedagógus a gyermek, a tanuló bántalmazását vagy más deviáns viselkedésformákat észlel, az adott osztály vagy tanulócsoport nevelésében, oktatásában közreműködők bevonásával esetmegbeszélést kezdeményez, majd a pedagógusokkal közösen feltárja azokat a lehetséges okokat, amelyek a viselkedés sajátos formájához vezethettek. A konfliktusban érintett gyermekek, tanulók az iskolapszichológus kiemelt segítségével részesülnek.*

(4)^{} Amennyiben az érintett gyermek, tanuló vagy a tanulók csoportja vonatkozásában a viselkedési problémák ismétlődő jellegűek, az intézmény igazgatója értesíti óvodás gyermek esetén az óvodapszichológust, tanuló esetén az iskolapszichológust, és egyúttal meghatározza azt az időpontot, amikor a gyermek, a tanuló köteles a pszichológus tanácsadásán részt venni.”*

A 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről pontosan meghatározza azt, hogy mely szakemberek és szervezetek segítségével végezhetnek az iskolák prevenciók tevékenységet.

2011. évi CXC törvény a köznevelésről

„9/A. §^{} (1) A nevelési-oktatási intézmény saját pedagógus-munkakörben foglalkoztatott alkalmazottján és az intézményben iskola-egészségügyi szolgálatot ellátó szakemberen és az intézménnyel kötött együttműködési megállapodással rendelkező állami szervén kívül más személy vagy szervezet tanórai vagy egyéb, tanulók részére tartott foglalkozás keretében szexuális kultúrával, nemi élettal, nemi irányultsággal, szexuális fejlődéssel, a kábítószer fogyasztás káros hatásaival, az internet veszélyeivel és egyéb testi és szellemi egészségfejlesztéssel kapcsolatos foglalkozást (e § alkalmazásában a továbbiakban: program) csak akkor tarthat, ha jogszabályban kijelölt szerv nyilvántartásba vette.’*

Az általános iskolák esetén a primer prevenció kap hangsúlyt a Pedagógiai program egészségfejlesztéssel kapcsolatos pedagógiai feladatok tartalmi részében: a függőséghez vezető okok megelőzésére, az egészséget veszélyeztető legális és illegális szerek elutasítására való neveléssel. A gimnáziumok esetén az eltérő korosztály miatt megjelenik a szekunder prevenció is, amely már az esetlegesen elindult kórfolyamatra hat, és a korai szűrések és felismerés révén, a megfelelő intervenciók folyamatok elkezdésével előzi meg a szerhasználati viselkedés rögzülését.

Szakképzés – drogvenció és egészségfejlesztés

A szakképzésben az iskolák számára a szakképzési törvény írja elő, mely dokumentumokban szükséges meghatározni a tanulók jogait és kötelességeit, valamint azon pontokat, amelyek az egészségvédelemmel, egészségprevencióval foglalkoznak.

2019. évi LXXX. törvény a szakképzésről

„32. § (2) A szakképző intézmény házirendje állapítja meg a tanulók, illetve a képzésben részt vevő személyek jogai gyakorlásának és – a tanulmányi kötelezettségek teljesítésén kívül – kötelességei teljesítésének módját, továbbá a szakképző intézmény által elvárt viselkedés szabályait. A házirend a tanulói jogviszonyból, illetve a felnőttképzési jogviszonyból származó jogok gyakorlásához, illetve kötelességek teljesítéséhez nem szükséges dolgok bevitelét megtilthatja, korlátozhatja vagy feltételhez kötheti.”

A **Házirend** állapítja meg a tanulói jogok és kötelességek gyakorlásával, valamint az iskola munkarendjével kapcsolatos rendelkezéseket. A meghatározott előírások célja, hogy biztosítsa az iskola törvényes működését, az iskolai nevelés és oktatás zavartalan megvalósítását, valamint a tanulók közösségi életének megszervezését. Iskolai dokumentumelemzést követően elmondható, hogy jellemzően az iskola által elvárt, általános viselkedési szabályokkal kapcsolatban tesz említést a legális és/vagy illegális szerek iskolában történő bevitelével, használatával kapcsolatos tilalmakról, valamint ezen tilalmak megszegése esetén a következményekről. Az előírt viselkedési szabályok megszegése esetén – így a szerfogyasztással, illetve az illegális/legális szer iskola épületébe való bevitelével kapcsolatban – a fegyelmi intézkedéseknek a fokozatosság elvét kell követniük.

Javaslat: a Házirendben a szerhasználó tanuló és a kábítószer tartással/átadással vélelmezett tanulók esetében minden olyan előzetes professzionális segítségnyújtás megfogalmazása, amely a következő szabályszegés bekövetkeztét megelőzhetik, valamint a kriminalizáció folyamatát elkerülik. Ilyenek: az iskolapszichológus általi egyéni tanácsadás, motivációs beszélgetés, delegálás megfelelő ellátási formában, óvodai és iskolai szociális segítő általi egyéni tanácsadás, valamint a jelzési kötelezettség megtételével a gyermekvédelmi intézkedések elindítása. A fegyelmi fokozat kiszabása előtt minden esetben fontos ezen lépések megtörténtének a vizsgálata. Ezen professzionális tevékenységek részletes kifejtése és ütemezése a következőkben említésre kerülő iskolai drogvenció egyik tartalmi elemét képezhetik.

A következő dokumentum a **Szakmai program**, amely megfogalmazza az iskolában folyó nevelő és oktató munka célrendszerét, az oktató tananyag tartalmát és a képzés követelményeit. Iskolai dokumentumelemzést követően megállapítható, hogy az egyes iskolák szakmai programja általánosságban ad iránymutatásokat és feladatokat az egészséges életre neveléssel kapcsolatban az oktatási intézményen belül, de csak felületesen megfogalmazva a szerhasználat megelőzésével kapcsolatos feladatokat és programokat, esetleg említve a

delegálást a drogambulancia, valamint az iskolai tanácsadó rendőr irányába. Utóbbi nem minden esetben van jelen az oktatási intézményben.

Javaslat: a szakmai program kiegészítéseképpen *iskolai drogstratégiai kidolgoása*. A stratégia célja a drogprevenció és az egészségfejlesztés komplex témakörének kifejtése – helyzetelemzést követően – az iskolai mentálhigiénés kultúrát figyelembe vevő, adekvát válaszok és lépések megfogalmazása. A stratégia kialakításába javasolt szakmaközi egyeztetések lefolytatása és szakmai szolgáltatók bevonása, amelyek a professzionális keretek kidolgozását teszik lehetővé. A stratégia a Szakmai programban már részint érintett személyiségfejlődéssel kapcsolatban megjelenő iránymutató eljárásokat és módszereket is tartalmazza, így lehetővé válik ezek kifejtése, továbbá témaspecifikus csoportfoglalkozások beépítése a tanévi munkarendbe.

Az egészségprevenció jelenlétét a 12/2020. (II.7) Kormányrendelet a szakképzésről szóló törvény végrehajtásáról is megerősíti.

102. § (2) *A szakképző intézmény mindennapos működésében kiemelt figyelmet kell fordítani a tanuló egészséghez, biztonságához való joga alapján a teljeskörű egészségfejlesztéssel összefüggő feladatokra, amelyek különösen*

a) az egészséges táplálkozás,

b) a mindennapos testnevelés, testmozgás,

c) a testi és lelki egészség fejlesztése, a viselkedési függőségek, a szenvedélybetegségekhez vezető szerek fogyasztásának megelőzése,

d) a bántalmazás és iskolai erőszak megelőzése,

e) a baleset-megelőzés és elsősegélynyújtás,

f) a személyi higiéné

területére terjednek ki.

Jogsabályi háttér kábítószer terjesztés és fogyasztás esetén

Feljelentési kötelezettség

"Bűncselekmény miatt bárki tehet feljelentést; a feljelentés kötelező, ha annak elmulasztása bűncselekmény. A hatóság tagja és a hivatalos személy, továbbá, ha külön törvény előírja, a köztestület köteles a hatáskörében tudomására jutott bűncselekményt - ha az elkövető ismert, annak megjelölésével - feljelenteni. A feljelentéshez csatolni kell a bizonyítási eszközöket, ha ez nem lehetséges, a megőrzésükről kell gondoskodni." (1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról, 171. §)

A Büntető Törvénykönyv csak súlyos, elsősorban államellenes bűncselekmények esetében ír elő feljelentési kötelezettséget, ilyenek az alkotmányos rend erőszakos megváltoztatása, az alkotmányos rend elleni szervezkedés, lázadás, rombolás, hazaárulás, hűtlenség, ellenség támogatása, kémkedés (1978. évi IV. törvény, vagyis Büntető törvénykönyv - Btk. - 150.§) és ehhez hasonló pl. az emberrablás, terrorcselekmény stb.. Más bűncselekmények esetében nincs feljelentési kötelezettség, a hatóság értesítését az állampolgár belátására bízzák. Ha valaki nem tesz feljelentést, az természetesen önmagában nem minősül bűnpártolásnak sem. A teljesség kedvéért azt is tudni kell, hogy abban az esetben, ha valaki mást hamisan bűncselekmény elkövetésével vádol, úgy ő maga követ el bűncselekményt, illetve ha valaki olyan körülményről nem számol be, amitől az ártatlanság múlhat, az szintén büntetendő. Tehát a hatóságok és a hivatalos személyek, szűk körben a köztestületek kötelesek feljelentést tenni, ha bármilyen bűncselekmény elkövetéséről tudomást szereznek. Azonban az iskolaigazgató, a pedagógus, a szülő nem hivatalos személy, az iskola nem hatóság és nem köztestület.

Az iskolának, a pedagógusnak, a szülőnek, az osztálytársnak nincs általános feljelentési kötelezettsége!

Kábítószer birtoklása (2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről)

Az alábbiakban ismertetésre kerül a kábítószer birtoklás kérdésköre a 2012. évi C. törvény alapján, továbbá a jogszabály kifejti a birtoklás következményeként történő felelősségre vonást.

178. § (1) Aki kábítószeret természet, előállít, megszerez, tart, az ország területére behoz, onnan kivisz, vagy azon átszállít, büntett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) A büntetés

a) két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés, ha

aa) üzletszerűen,

ab) bűnszövetségben,

ac) hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként, e minőséget felhasználva,

b) öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés, ha jelentős mennyiségű kábítószerre,

c) öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztés, ha különösen jelentős mennyiségű kábítószerre követik el a bűncselekményt.

(3) Az (1)–(2) bekezdés szerint büntetendő, aki az ott meghatározott bűncselekmény elkövetéséhez anyagi eszközöket szolgáltat.

(4) Aki az (1)–(2) bekezdésben meghatározott bűncselekmény elkövetésére irányuló előkészületet követ el, büntett miatt három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(5) Ha a bűncselekményt csekély mennyiségű kábítószerre követik el, a büntetés

a) az (1) bekezdésben meghatározott esetben vétség miatt két évig,

b) a (2) bekezdés aa) és ac) pontjában meghatározott esetben három évig terjedő szabadságvesztés.

(6) Aki kábítószerrel foglalkozik, illetve csekély mennyiségű kábítószerrel foglalkozás céljából megszerez vagy tart, ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

179. § (1) Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki

a) tizennyolcadik életévét be nem töltött személy felhasználásával vagy

b) oktatási, köznevelési, gyermekjóléti vagy gyermekvédelmi feladatok ellátására rendelt épület területén, illetve annak közvetlen környezetében kábítószerrel kereskedik, előállít, megszerez vagy tart, büntett miatt két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) Az (1) bekezdés szerint büntetendő az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személy felhasználásával kábítószerrel az ország területére behoz, onnan kivisz, vagy azon átszállít.

(3) A büntetés

a) öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés, ha

aa) bűnszövetségben,

ab) üzletszerűen,

ac) hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként, e minőséget felhasználva,

b) öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztés, ha jelentős mennyiségű kábítószerre,

c) öt évtől husz évig terjedő vagy életfogytig tartó szabadságvesztés, ha különösen jelentős mennyiségű kábítószerre követik el a bűncselekményt.

(4) Az (1)–(3) bekezdés szerint büntetendő, aki az ott meghatározott bűncselekmény elkövetéséhez anyagi eszközöket szolgáltat.

(5) Aki az (1)–(3) bekezdésben meghatározott bűncselekmény elkövetésére irányuló előkészületet követ el, büntett miatt három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(6) Ha a bűncselekményt csekély mennyiségű kábítószerre követik el, a büntetés büntett miatt

a) az (1) és (2) bekezdésben meghatározott esetben három évig,

b) a (3) bekezdés ab) és ac) pontjában meghatározott esetben egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztés.

180. § (1) Nem büntethető, aki csekély mennyiségű kábítószer saját használatra természet, előállít, megszerez vagy tart, illetve aki kábítószer fogyaszt, ha a bűncselekmény elkövetését beismeri, és az elsőfokú ügydöntő határozat meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt.

(2) Az (1) bekezdés nem alkalmazható, ha a bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül

a) az elkövetővel szemben az eljárást az (1) bekezdésben meghatározott büntethetőséget megszüntető okra figyelemmel függesztették fel, vagy

b) az elkövető büntetőjogi felelősségét kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt megállapították.

(3) A 178. § (1) és (5)–(6) bekezdés, illetve a 179. § (1)–(2) és (6) bekezdés esetén – ha az (1) bekezdés nem alkalmazható – a büntetés korlátlanul enyhíthető, ha az elkövető a vádemelésig lehetővé teszi a kábítószer értékesítő személy kilétének megállapítását. Ez a rendelkezés nem alkalmazható, ha a bűncselekményt bünszervezetben követik el.

Kábítószer-kereskedelem (2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről)

Az alábbiakban ismertetésre kerül a kábítószer-kereskedelem kérdésköre a 2012. évi C. törvény alapján, továbbá a jogszabály kifejti a kereskedelem következményeként történő felelősségre vonást.

176. § (1) Aki kábítószerrel kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik, büntett miatt két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) A büntetés öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés, ha a bűncselekményt

a) bűnszövetségben,

b) hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként, e minőséget felhasználva vagy

c) a Magyar Honvédség, a rendvédelmi szervek vagy a Nemzeti Adó- és Vámhivatal létesítményében követik el.

(3) A büntetés öt évtől húsz évig terjedő vagy életfogytig tartó szabadságvesztés, ha a bűncselekményt jelentős mennyiségű kábítószerrel követik el.

(4) Az (1)–(3) bekezdés szerint büntetendő, aki az ott meghatározott bűncselekmény elkövetéséhez anyagi eszközöket szolgáltat.

(5) Aki csekély mennyiségű kábítószerrel kínál vagy átad,

a) az (1) bekezdésben meghatározott esetben vétség miatt két évig,

b) a (2) bekezdés b)–c) pontjában meghatározott esetben egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(6) Aki

a) az (1) vagy a (2) bekezdésben meghatározott bűncselekményre irányuló előkészületet követ el, három évig,

b) a (3) bekezdésben meghatározott bűncselekményre irányuló előkészületet követ el, egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

177. § (1) Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki

a) tizennyolcadik életévét be nem töltött személynek kábítószerrel kínál, átad,

b) tizennyolcadik életévét be nem töltött személy felhasználásával kábítószerrel forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik,

c) oktatási, köznevelési, gyermekjóléti vagy gyermekvédelmi feladatok ellátására rendelt épület területén, illetve annak közvetlen környezetében kábítószerrel

ca) kínál, átad,

cb) forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik, büntett miatt öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) A büntetés öt évtől húsz évig terjedő vagy életfogytig tartó szabadságvesztés, ha a bűncselekményt

a) jelentős mennyiségű kábítószerre,

b) bűnszövetségben,

c) hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként, e minőséget felhasználva követik el.

(3) Az (1)–(2) bekezdés szerint büntetendő, aki az ott meghatározott bűncselekmény elkövetéséhez anyagi eszközöket szolgáltat.

(4) Aki az (1) bekezdés a) vagy ca) pontjában meghatározott bűncselekményt csekély mennyiségű kábítószerre követi el, egy évtől öt évig, hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként, e minőséget felhasználva történő elkövetés esetén két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(5) Aki az (1) vagy a (2) bekezdésben meghatározott bűncselekmény elkövetésére irányuló előkészületet követ el, három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

Kóros szenvedélykeltés (2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről)

Az alábbiakban ismertetésre kerül a kóros szenvedélykeltés kérdésköre a 2012. évi C. törvény alapján.

181. § (1) Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki

a) tizennyolcadik életévét be nem töltött személyt kábítószernek nem minősülő kábító hatású anyag, illetve szer kóros élvezetére rábír vagy rábírní törekszik, vagy

b) tizennyolcadik életévét be nem töltött személyt kábítószer fogyasztására rábírní törekszik, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) Ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, az (1) bekezdés szerint büntetendő az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személynek kábítószernek nem minősülő kábító hatású anyag, illetve szer kóros élvezetéhez segítséget nyújt.

A kábítószer meghatározása kifejtésre került. A fenti jogszabály értelmében a pedagógusnak nem feladata eldönteni, hogy az iskolába járó tanuló kábítószer, vagy kábítószernek nem minősülő kábító hatású anyagot ad át egy 18. életévét betöltött személynek. Jelzéssel kell élni ennek tapasztalása esetén.

A büntethetőséget kizáró vagy korlátozó ok (2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről)

Az alábbiakban bemutatásra kerül a büntethetőséget kizáró vagy korlátozó ok kérdésköre a 2012. évi C. törvény értelmében, rávilágítva a gyermekkor lehetséges eseteire.

16. § Nem büntethető, aki a büntetendő cselekmény elkövetésekor a tizennegyedik életévét nem töltötte be, kivéve

a) az emberölés [160. § (1)–(2) bekezdés],

b) az erős felindulásban elkövetett emberölés (161. §),

c) a testi sértés [164. § (8) bekezdés],

d) a hivatalos személy elleni erőszak [310. § (1)–(3) bekezdés],

e) a közfeladatot ellátó személy elleni erőszak [311. §, ha a 310. § (1)–(3) bekezdése szerint minősül],

f) a hivatalos személy vagy közfeladatot ellátó személy támogatója elleni erőszak [312. §, ha a 310. § (1)–(3) bekezdése szerint minősül],

g) a terrorcselekmény [314. § (1)–(2) bekezdés],

h) a rablás [365. § (1)–(4) bekezdés], és

i) a kifosztás [366. § (2)–(3) bekezdés]

elkövetőjét, ha a bűncselekmény elkövetésekor a tizenkettedik életévét betöltötte, és az elkövetéskor rendelkezett a bűncselekmény következményeinek felismeréséhez szükséges belátással.

Vizsgálati rész

Kvalitatív vizsgálat- fókuszcsoportok

A vizsgálatban fókuszcsoportos beszélgetésre hívtunk több középiskola intézményvezetőjét 2023. szeptemberében. Két ülésben történt a felvétel, egyszemélyes vezetéssel/ moderálással. A kérdésfeltevés melyek fő irányvonalát képezték a csoportoknak 3 fő témában történt:

- belső kérdéscsoport (iskolai/intézményi életen belüli)
- külső kérdéscsoport (társ- külső intézményekkel való kapcsolat, intézményen kívüli kommunikáció esetekkel/kérdésfeltevésekkel kapcsolatosan, tapasztalatok)
- kereskedelem (drog- és/vagy kábítószer kereskedelem iskola falain belül, problémamegoldás, tapasztalatok)

I. Belső

- 1, Hogyan látják a droghelyzetet az közép / általános iskolások körében?
- 2, Mit tapasztaltak ez elmúlt tanévben drog (legális) és kábítószer (illegális) fogyasztás tekintetében?
- 3, Droghasználat esetén milyen eljárás rendek vannak?
- 4, Milyen szereplőket tud megjelölni az iskolán belül ezzel kapcsolatban
- 5, Milyen jó megoldások voltak a folyamat során?
- 6, Milyen nehézségek voltak a folyamat során?

II. Külső

- 1, Milyen lépéseket tettek az esetek megoldására?
- 2, Milyen intézményeket / szakembereket (ha nem megy akkor: szociális, egészségügy, rendőrség, civil szervezet) tud megjelölni, akik bevonásra kerültek az eddigi esetekkel kapcsolatban?

- 3, Milyen helyzetekbe kerültek bevonásra ezek az intézmények / szakemberek?
- 4, Milyen eddigi tapasztalataik vannak ezekkel az intézményekkel / szakemberekkel az együttműködés során?
- 5, Milyen javaslatai lennének melyek elősegítenék ezeknek az ilyen típusú problémák megoldását?
6. Hogyan észlelték, kit vontak be, kinek tettek jelzést, hogyan oldották meg?

III. Kereskedelem

- 1, Mit tapasztaltak az elmúlt tanévben drog (legális) és kábítószer (illegális) kereskedelem tekintetében? (Amennyiben volt ilyen eset, hogyan kezelték azt?) /snüssz, elf, dohánytermék, alkohol, designer drogok, kábítószer /
- 2, Észlelt kereskedelem esetén milyen eljárás rendek vannak?
- 3, Milyen szereplőket tud megjelölni az iskolán belül ezzel kapcsolatban?
- 4, Milyen jó megoldások voltak a folyamat során?
- 5, Milyen nehézségek voltak a folyamat során?

Az eredmények elemzése és összegzése tartalomelemzéssel történt, melyet a 3 fő csapásvonal mentén ismertetünk, ami hordozza a kiadvány szerkesztéséhez adekvát információkat.

I. kérdéscsoport

Összeségében leírható, hogy a drog- és kábítószerhasználat “általános” már. Fő hatóanyagcsoport, amivel találkoznak és be is tudják azonosítani: nikotin (snüssz egyre nagyobb teret hódít, könnyen túladagoláshoz vezet tapasztalatok szerint), alkohol, THC. A szlengfejlődés azonban nehezíti a beazonosíthatóságot több vezető pedagógus meglátása szerint és további problémát jelent az UPSZ használata, melynek nagyon szerteágazó tünetei lehetnek az enyhétől egészen a súlyosabbakig.

Az egyéni esetkezelések hangsúlya minden iskolában megjelenik, ennek kell lenni egy olyan alapkőnek meglátásuk szerint, melyen keresztül a pedagógusok részéről történő segítségnyújtás elkezdődhet. Problémaként jelzik azonban több intézményből, hogy sajnos ehhez nincs elegendő számú és felkészültségű kolléga, akikkel az iskola falain belül dolgozhatnának. Prevencióra igyekeznek nagy hangsúlyt fektetni, de az előző mondatban leírtakban is jelzett eltérő szakmai csoport van ahol nagyon jól kezeli és megoldja a felmerülő kérdéseket, van ahol azonban ez problémákba ütközik.

Javaslatok, melyek megfogalmazásra kerülnek:

- amit az iskolai falain belül meg lehet oldani, azért tegyenek meg mindent (súlyos-életveszélyes helyzetek természetesen nem ide tartoznak, súlyos abúzus)
- iskola falain belül “stáb felállítása” ezen problémák kezelésére, melyben intézményvezető, osztályfőnök (tapasztalatok szerint a legtöbbet ő tud a gyerekről és a fiatal körülvevő miliőről-család, kortársak), iskolapszichológus, szociális segítő, pedagógus (szaktanár), esetleg iskolaőr/rendőr, ha van ilyen az intézményben
- pedagógusok képzését/érzékenyítését fontosnak tartják, melynek folyamatos (nem egyszeri alkalom) jellegével érhető csak el hosszútávú és tartós eredmény
- “utómunkálatok” végzése kiemelten fontos, egy-egy eseményt követően a közösséggel is foglalkozni kell, nem csak az adott egyénnel

Nehézségek, mely a döntéshelyzeteket árnyalja:

- nem mindenhol áll rendelkezésre olyan szakember gárda, ami folyamatosan elérhető és azonnali beavatkozásra képes (pl. van olyan intézmény ahol hetente két napot van jelen iskolapszichológus, ami a bizalmi kapcsolat kiépíthető –nehezebben tud a szakember a pedagógus kollégákkal és a fiatalokkal olyan kapcsolatot kialakítani, melyben a segítség meg tud történni- illetve a timely response elvének is ellene hat ez a tény)
- a szülői negatív attitűdök
- életkori sajátosságokból fakadó nehézségek adott serdülő korcsoporttal
- jogi kérdések tisztázatlanok meglátásuk szerint, ki mit tehet és meg meri-e tenni kérdésköre.
- Mivel segítünk igazán, egyéni mérlegelések

II. kérdéscsoport

Van település, mely protokollt dolgozott ki arra vonatkozóan, hogy ha egy iskolában felmerül szerhasználati probléma akkor hova/kihez kell fordulni, lépésekben fogalmazza meg a teendőket. Ez akár egy jó gyakorlatnak is minősülhet, nagy biztonságot ad a helyi szinten működő oktatási intézményeknek. Tapasztalatuk szerint tényleges segítséget nyújtanak a protokoll lépéseiben felsorolt lépcsőfokok (és felkeresendő ellátási formák/intézmények). Ez helyi szinten működik, van kapacitás szakemberek részéről. Ennek sikeressége és működése azonban nagy mértékben függ a helyben dolgozó szakemberektől, ellátsi területtől illetve annak leterheltségétől a megjelentek szerint. A személyes kapcsolatok különböző szakemberekkel (az egyénileg kiépített utak, melyek sok helyen informálisak) egy-egy helyzetben megoldást nyújthatnak, de a kapacitáshiány itt is nehezíti az adekvát megoldásokat.

Prevenció tekintetében jó gyakorlatnak jelezték az “élő könyvtárat”, életében jelentős eredményekkel rendelkező emberek (pl. sportoló), büntetőügyi eljárásban szereplők (bíró, ügyész) meghívását egy-egy akár projektfoglalkozás, előadás megtartására.

III. kérdéscsoport

Kevésbé jelezték problémának iskola falain belül, azonban kívül egyértelműnek tartják, hogy több helyen rendszeres lehet egymás között a különböző hatóanyagokkal való kereskedés, erre azonban nincs rálátásuk és cselekvőképességük. Egyöntetűen amennyiben ez felmerül és bizonyításra kerül egy szigorúbb eljárásrendet vélnék megfelelőnek, hiszen mások egészségét is károsítják és egy deviánsabb életutat gondolnak a cselekvés mögött. Itt is hangsúlyozzák az egyéni esetkezelés fontosságát, azonban a következmények tekintetében szigorúbb bánásmód az amit járhatónak látnak (külső intézmény felé jelzés-rendőrség, iskolából való eltanácsolás).

Javaslatok

- amit az iskolai falain belül meg lehet oldani, azért tegyenek meg mindent az oktatási intézményeken belül (súlyos- életveszélyes helyzetek természetesen nem ide tartoznak, súlyos abúzus)

- iskola falain belül “stáb felállítása” ezen problémák kezelésére, melyben intézményvezető, osztályfőnök (tapasztalatok szerint a legtöbbet ő tud a gyerekről és a fiatal körülvevő miliőről-család, kortársak), iskolapszichológus, szociális segítő, pedagógus (szaktanár), esetleg iskolaőr/rendőr, ha van ilyen az intézményben
- pedagógusok képzését/érzékenyítését fontosnak tartják, melynek folyamatos (nem egyszeri alkalom) jellegével érhető csak el hosszú távú és tartós eredmény
- “utómunkálatok” végzése kiemelten fontos, egy-egy eseményt követően a közösséggel is foglalkozni kell, nem csak az adott egyénnel
- Esetek/ eset utánkövetése az oktatóintézmény részéről (milyen társintézményekben illetve intézményektől kértek segítséget, hol tart a fiatal és családja ebben a segítői folyamatban)

Felhasznált szakmai anyagok, irodalom

Nemzeti Drog Fókuszpont 2019-es éves jelentése (2018-as adatok) az EMCDDA számára
[/http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2019_HU.pdf](http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2019_HU.pdf)

Nyírádi A. (2016): Egyéb drogok, új pszichoaktív szerek. in Elekes Zs: Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények. Budapest Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet Budapest, 2016. p: 57-74.

Teicher MH, Polcari A, Andersen SL et al (2003) Neurobiological effects of childhood stress and trauma in Coates SW September 11, trauma and human bands. Analytic Press, Hillsdale, S 211-238 - in Neuropszichodinamikus pszichiátria

https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2924/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelve_gyermek.pdf

Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder(ADHD) is associated with early onset substance use disorders. J Nerv Ment Dis, 1997;185:475–482

World Health Organisation (2013). Global health estimates for deaths by cause, age, and sex for years 2000-2011. Geneva: World Health Organization. Available at http://www.who.int/healthinfo/global_health_estimates/en

Javaslatok

Köznevelésben és szakképzésben megfogalmazott javaslatok

Házirendben a szerhasználó tanuló és a kábítószer tartással/átadással vélelmezett tanulók esetében minden olyan előzetes professzionális segítségnyújtás megfogalmazása, amely a következő szabályszegés bekövetkeztét megelőzhetik, valamint a kriminalizáció folyamatát elkerülik. Ilyenek: az iskolapszichológus általi egyéni tanácsadás, motivációs beszélgetés, delegálás megfelelő ellátási formában, óvodai és iskolai szociális segítő általi egyéni tanácsadás, valamint a jelzési kötelezettség megtételével a gyermekvédelmi intézkedések elindítása. A fegyelmi fokozat kiszabása előtt minden esetben fontos ezen lépések megtörténetének a vizsgálata. Ezen professzionális tevékenységek részletes kifejtése és ütemezése a következőkben említésre kerülő iskolai drogstratégia egyik tartalmi elemét képezhetik.

A **Pedagógiai programban** (köznevelés) valamint a **Szakmai programban** (szakképzés) kiegészítéseképpen **iskolai drogstratégiai kidolgozása**. A stratégia célja a drogprevenció és az egészségfejlesztés komplex témakörének kifejtése – helyzetelemzést követően – az iskolai mentálhigiénés kultúrát figyelembe vevő, adekvát válaszok és lépések megfogalmazása. A stratégia kialakításába javasolt szakmaközi egyeztetések lefolytatása és szakmai szolgáltatók bevonása, amelyek a professzionális keretek kidolgozását teszik lehetővé. A stratégia a Pedagógiai Programban, valamint a Szakmai programban már részint érintett személyiségfejlődéssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatban megjelenő iránymutató eljárásokat és módszereket is tartalmazza, így lehetővé válik ezek kifejtése, továbbá témaspecifikus csoportfoglalkozások beépítése a tanévi munkarendbe. Javasolt a szakmaközi megbeszélések és intervenciók feltüntetése mellett, **iskolai team** létrehozása, ezáltal biztosítva a stratégia szakmai professzionalitását, valamint tartalmi elemeinek fenntartását, működtetését és folyamatos megújítását.

A **jelzés írásban történő megtétele** előtt szükséges a szülő bevonása, probléma átbeszélése. A probléma megbeszélését követően (kábitószer fogyasztása, birtoklása, illetve terjesztés vonatkozásában) szükséges a szülőt tájékoztatni a jelzés megtételéről. Továbbá szükséges az óvodai - iskolai szociális segítő bevonása is. Javasolt a pedagógusok felkészítése, képzése, érzékenyítése gyermekvédelmi szempontból, amelyre adekvát lehetőség lehet **workshopok**

szervezése az adott intézmény pedagógusai, oktatói számára. Javasolt meghívottak: Család-és Gyermekjóléti Központ és a Család-és Gyermekjóléti Szolgálat munkatársai.

Fogalomtár

addikció: szenvedélybetegség, függőség, dependencia általában szinonimaként használatos fogalmak. Olyan típusú viselkedésformára utalnak, amelyet a személy újra és újra végrehajt, nem képes kontrollt gyakorolni felette, annak ellenére, hogy az önmagára vagy a környezetére káros következményekkel jár. (Balázs és Miklósi, 2005).

addiktológiai gondozó: Magyarországon azokban a közepes méretű városokban, ahol drogambulancia működtetésére nincs lehetőség, addiktológiai gondozók nyújtanak járóbetegszakellátást a szenvedélybetegek részére. A drogambulanciák hagyományosan elsősorban az illegális szerek fogyasztóit célozzák meg, az addiktológiai gondozókban elsősorban alkoholbeteg, gyógyszerfüggő és politoxikomán klienseket látnak el. A multidiszciplináris ellátás itt is megvalósul, a kliens szükségleteihez igazodóan. (Demetrovics és mtsai, 2010)

addiktológiai konzultáns: Rácz József 1999-es definíciója nyomán az addiktológiai konzultáns feladata, hogy a szenvedélybeteget ellátó multidiszciplináris team tagjaként részt vegyen a kliensek és családjuk segítésében. Ez magában foglalja az állapotfelmérést, a célkitűzések meghatározását, az egyéni konzultációs feladatterv elkészítését és egyéb olyan tevékenységeket, amelyek segítik a klienst abban, hogy hozzájusson a számára legmegfelelőbb szolgáltatásokhoz. A konzultáció (counseling) maga nem tanácsadást jelent, hanem olyan segítő kapcsolatra utal, amely a tanácsadásnál szimmetrikusabb viszonyt, s oda-vissza irányuló kommunikációt feltételez a segítő és a segített között. Az addiktológiai konzultáns képzés egy, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán elvégezhető másoddiplomás képzés. (Demetrovics és mtsai, 2010)

alacsonyküszöbű ellátás: Olyan ellátási forma mely semmilyen elvárást nem támaszt az azt igénybe vevővel szemben. Anonim és térítésmentes.

ártalomcsökkentés: Olyan beavatkozási formák, amelyek a szerhasználat következtében az egyénekre és közösségekre gyakorolt egészségügyi, társadalmi kárainak csökkentését célozzák. (pl.: tücsere program, szubsztitúciós kezelések stb.)

családterápia: Rendszerszemléletű terápiás módszer. A családterápia a családot egységként kezelő, segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás, azaz interakció, kommunikáció révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban, lehetőséget teremtve a családi rendszer átrendezésére.

családsegítő: A család-és gyermekjóléti szolgálatokban, az alapszolgáltatás során szociális segítő munkát végző szakember. Fogalomtár család- és gyermekjóléti szolgálatok és központok feladataihoz kapcsolódóan.(NRSZH, 2016. p.2)

DALY : (disability-adjusted life year) A „Betegségek terhe” egyik gyakran alkalmazott mérőszáma, a korai halálozás mellett, figyelembe veszi azokban az éveknek a számát az életben, amit az illetőnek betegséggel kell tölteni. Mértéke: a várható évek száma „akadályoztatottsággal”=DALY. A DALY-t kalkulálják az összlakosságra is, valamint különböző szempontok szerint (életkor, nem, földrajzi régiók). Európában teljes életkorra, nőket és férfiakat együtt nézve az első tíz helyből hármat pszichiátriai probléma foglal el. /Balázs, Miklósi 2018/

differenciáldiagnózis: A páciens tünetei és a vizsgálatok eredményei alapján szóba jöhető valamennyi betegség leszűkítése a legvalószínűbbre.

dependencia: 1./a diagnosztikai rendszerekben a függőség testi (megvonás, tolerancia) és pszichoszociális aspektusainak leírására használt fogalom, mely helyett a DSM-5 diagnosztikai rendszere a szerhasználati zavar kategóriáját vezette be, kiegészítve a zavar súlyossági fokának megítélésével.

2./Viselkedési, kognitív és élettani tünetek ismételt szerhasználathoz köthető együttese. A következők jellemzők: erős vágy a gyógyszer bevitelére, a használat kontrollálásának a nehézsége, a káros következmények ellenére a szedés folytatása, a drog szedésének előnyben részesítése más aktivitásokkal szemben, valamint hiányérzet, megnövekedett tolerancia, néha fizikai megvonási tünetek. A dependencia kialakulhat egy meghatározott szerre, vagy szerek egy csoportjára vagy farmakológiailag különböző gyógyszerek számos fajtáira. /BNO-10 A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása, 1995/

Az abúzust a DSM-IV elkülönítette a dependencia fogalmától. A DSM-V diagnosztikai rendszerében az abúzus és dependencia különálló kategóriái megszűntek.

deviancia/deviáns magatartás: A deviancia olyan magatartás, mely megszegi a közösség vagy társadalom nagy része által elfogadott normákat. Fogalma meglehetősen tág. A deviancia kifejezés a „deviatio” ("az útról való letérés") szóból származik. Normaszegő viselkedés.

designer drug: új pszichoaktív szer. A kábítószer-listákon szereplő anyagokétól néhány atommal eltérő kémiai szerkezetű (fél)szintetikus pszichoaktív szer, azaz a tiltott szerek

helyettesítőjeként jelenik meg. Az új típusú pszichoaktív szerek (designer drug / Új Pszichoaktív Szer – ÚPSZ) térhódítása – a klasszikus szerek rovására – az utóbbi tíz évben egyre komolyabb problémákat okoz. Az EMCDDA meghatározása szerint „új pszichoaktív anyag” (ÚPA; angolul „new psychoactive substance”, NPS) azon tiszta formában vagy készítményben megtalálható anyag, amely nem szerepel az ENSZ kábítószerekről vagy pszichotrop anyagokról szóló 1961. évi vagy 1971. évi egyezményeinek jegyzékein, és amely hasonló fenyegetést jelenthet a közegészségügyre, mint az ezeken a jegyzékeken felsorolt anyagok (pl: a szintetikus opioidok, a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinonok) .

drogambulancia (addiktológiai ambulancia): Az addiktológiai járóbeteg (ambuláns) szakellátások közé tartozik. Kifejezetten a problémás és függő drogfogyasztók ellátására specializálódott intézmény. A drogambulanciákon általában megvalósul a multidiszciplináris megközelítés, hiszen a kliens az elsődleges addiktológiai és pszichiátriai kezeléseken túl pszichológiai, szociális, belgyógyászati ellátásban vagy akár jogi tanácsadásban is részesülhet. Az ambulanciák absztinencia-fókuszú, azaz a detoxifikálást és a szermentesség fenntartását célzó kezeléseket éppúgy folytatnak, mint ártalomcsökkentő programokat, amelyekben nem közvetlen cél a szermentesség elérése. (Demetrovics és mtsai, 2010)

egészségfejlesztés: Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége (Kishegyi és Makara, 2004. p. 9).

együttműködési kötelezettség : A gyermekvédelmi jelzőrendszert alkotó személyek, szolgáltatók, intézmények és hatóságok a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a veszélyeztetettség megelőzése és megszüntetése érdekében kötelesek egymással együttműködni és egymást kölcsönösen tájékoztatni.

esetfelelős: Az adott szolgáltatásban az adott család ügyével foglalkozó szakember, aki az igénybe vevővel együttműködési megállapodás, vagy határozat alapján,

cselekvési/intézkedési/egyéni gondozási-nevelési tervet készít. Együttműködik és konzultációt folytat az esetkezelésbe bevont szakemberrel/szakemberekkel és koordinálja együttműködésüket. (NRSZH, 2016. p.2). A gyámhivatal védelembe vételt elrendelő határozata jogerőre emelkedésétől fogva a "családsegítő" helyett az „esetmenedzser” lesz az, aki koordinálja a szociális segítő munkát. (Protokoll a gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó család- és gyermekjóléti szolgáltatások folyamatairól. 2016. p201)

esetmenedzseri tevékenység: Kaplan megfogalmazásában az esetmenedzseri tevékenység a szociális és egészségügyi szolgáltatások területén megjelenő koordináló-integráló tevékenység, amelynek célja az, hogy a szolgáltatások elérhetővé váljanak a segítségre szoruló kliensek számára, valamint az, hogy javítsák a gondozás színvonalát és ezen keresztül a kliens életminőségét egy költséghatékony ellátási keretben (Kaplan1990). Ballew és Mink az esetmenedzseri tevékenységet egy olyan tevékenységnek írják le, amelyben „sok problémás” klienseknek több forrás felhasználásával nyújtanak segítséget. Ennek során a különböző források hálózatában jelennek meg, amelynek eléréséhez az esetmenedzser kapcsolatépítő, ill. koordináló szerepet tölt be. Másrészt fontosnak tartják a kliens belső forrásainak –ismereteinek, tapasztalatainak, képességeinek, kompetenciáinak – felhasználását is az esetmenedzselés során. Az esetmenedzser munkájában egyaránt megjelenik a koordinátor, kliensképviselői és tanácsadói szerep. (Ballew és Mink 1986) Az esetmenedzseri tevékenység során tehát egy meghatározott segítő, kulcsszereplőként, rendszerszemléletű keretben a különböző rendszerszinteken megtalálható intézményeket és a hozzájuk kapcsolódó intervenciókat összekapcsolja a kliens problémájának leghatékonyabb kezelése érdekében.

esetkonferencia: az esetmegbeszélés egyik formája. Egy adott család ügyében tartott megbeszélés, amelybe a családot, és a családdal foglalkozó szakembereket is be kell vonni. Egy adott esettel kapcsolatosan – a gondozási folyamat során akár több alkalommal is – az összes érintett és a lehetséges támaszt jelentő személy, intézmény bevonásával tartanak. Célja több intézmény, szolgáltatás munkájának, tevékenységének összehangolása, az érintettekkel közös cél meghatározása, feladatok, irányok, kompetenciák tisztázása. Az esetkonferencia célja tehát a segítő tevékenység tervezésével, az esetvezetéssel kapcsolatos problémák „teamban” való megbeszélése, azáltal, hogy a team segítséget ad az esethez hasonló személyes érzelmeink megértéséhez, az adott probléma kreatív megoldásához.

epidemiológia: A betegségek elterjedésének statisztikai vizsgálatával foglalkozó orvosi tudományág. Az epidemiológia meghatározott populáció(k)ban az egészséggel kapcsolatos állapotok, jelenségek és

az előfordulásukat befolyásoló tényezőknek az eloszlását és különböző hatásokra bekövetkező változását azzal a céllal vizsgáló tudományterület, hogy eredményeit felhasználja az egészségfejlesztés, a megelőzés, a gyógyítás érdekében.

gyermekvédelmi jelzőrendszer: „A gyermekvédelmi rendszer hatékonyságát egyik leginkább meghatározó kérdése a gyermekek érdekében tevékenykedő szakemberek együttműködésének mélysége, koordináltsága és intenzitása. Ebben mindenkinek szerepe van, dolgozzon az alapellátás vagy a szakellátás területén, vagy az észlelő- és jelzőrendszer tagjaként” (Protokoll a gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó család- és gyermekjóléti szolgáltatások folyamatairól. EMMI, Budapest, 2016, 8. oldal) Cél a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése.

kettős diagnózis: két, aktuálisan fennálló, BNO szerint megállapítható pszichiátriai betegség, melyek közül az egyik a szerhasználat. Két független betegség egyidőben jelenléte. Több típusát különböztethetünk meg: 1. a szerhasználat időben szorosan összefügg a pszichiátriai tünetek megjelenésével (= szer indukált állapot), 2. a szerhasználat „triggereli” a pszichiátriai betegséget, de utóbbi lefolyása már szerhasználattól független, 3. a pszichiátriai betegség rizikófaktora a szerhasználati zavar kialakulásának. Kettős diagnózis esetén számos nehézség merül fel: súlyosabb pszichopatológia, HIV/hepatitis fertőzéshez vezető kockázatos szerhasználat nagyobb valószínűsége, pszichoszociális következmények súlyosabbak, kriminális viselkedés valószínűsége nagyobb, mindkét kórállapot prognózisa rosszabb, nagyobb a suicid rizikó. /EMCDDA, 2015/

klasszikus kábítószer: A tiltólistán szereplő már ismert összetételű beazonosítható kábítószer.

konzultációk: olyan kapcsolat, amelyben a segítő arra törekszik, hogy segítse kliensét eldöntendő problémáinak megértésében és megoldásában. A konzultáció során a kliens megtanulhatja, hogy hogyan hozzon döntéseket, hogyan alakítsa viselkedését, hogyan kezelje érzelmeit, indulatait. A segítő a kliensek fejlődési és szituatív problémáinak megoldásában nyújt segítséget.

korai kezelésbevitel: A korai kezelésbevitel olyan speciális interakciók, beavatkozások gyűjtőfogalma, melyek olyan rizikócsoportokat céloznak amelyek tagjai érintettek valamely ártalmas viselkedés szempontjából. Pszichoaktív szerhasználat esetén: a személlyel még

időben korán, azaz a szerhasználói karriernek még a korai szakaszában lépünk kapcsolatba. Egy hatékony módszer a szerhasználat szempontjából rizikócsoporthoz tartozó, azonban a függőség tüneteit még nem mutató populáció számára. Az EMCDDA úgy definiálja a korai kezelésbevitelt, mint amely összekötő kapocs az indikált prevenció és a kezelés között.

motivációs interjú: Tanácsadói megközelítése, kliens centrikus, segíti a döntéshozatali folyamatot, stratégiákat kínál, növeli a tudatosságot. célja a páciens belső motivációjának erősítése, annak érdekében hogy felismerje a fennálló problémát, szembesüljön saját céljai és problémás magatartása közti ellentmondásokkal, és megkezdje a változtatást. /Korai kezelésbevitel az addiktológiai problémákkal küzdők körében, 2018/

Peer-hatás (Peer-effect): Kortárs hatás. A társas kapcsolatok hatása az egyén viselkedésére, mely serdülőkorban kiemelt jelentőséggel bír, hiszen a kortárskapcsolatok szerepe felerősödik a szülői kapcsolatokkal szemben. Esetenként lehet presszionáló hatású is.

prevenció : megelőzés. Tág értelmezésben a prevenció olyan tervezett beavatkozás, melynek célja a drog- és alkoholfogyasztás társadalmi és környezeti befolyásoló tényezőinek megváltoztatása, beleértve a droghasználat elkezdésének megakadályozását és a gyakoribb használat kialakulásának megelőzését a veszélyeztetett populációkban. A prevenció beavatkozásai irányulhatnak az átlagpopulációra, mint például az általános tájékoztató és oktató jellegű tömegkommunikációs kampányok, közösségi kezdeményezések, és iskolai programok, melyek általánosan a diákságot, fiatalokat célozzák meg. Emellett a prevenció programok irányulhatnak veszélyeztetett csoportokra is, mint például az utcagyerekek, iskolából kimaradó fiatalok, droghasználók gyermekei, bűnelkövetők, stb. A prevenció tevékenység lényegében a következő elemekre koncentrál: Figyelemfelhívás, információátadás/oktatás a drogokról és a droghasználat káros egészségügyi és társadalmi hatásairól, a drogellenes normákat és a droghasználatot ellenző szociális magatartás támogatása; képessé tenni az egyéneket és csoportokat, hogy olyan személyes és életvezetési készségeket sajátítsanak el, melyek segítségével drogellenes attitűdöt alakítsanak ki és elkerüljék a droghasználó magatartást; támogató környezet és egészségesebb, produktívabb, drogoktól mentes életstílus elősegítése. /Nemzeti Drogfókuszpont/ Formái: univerzális prevenció – általános prevenció, szelektív prevenció- célzott prevenció, indikált prevenció- javallott prevenció

pszichoaktív szer: a pszichoaktív szerek azok a természetes vagy mesterséges kémiai anyagok, amelyek hatásukat a központi idegrendszeren, azaz az agyon és a gerincvelőn keresztül fejtik ki.

sürgősségi ellátás: A gyermek vagy a serdülő és környezete számára is uralhatatlan mentális tüneteket vagy viselkedési problémát mutató, önmagára vagy környezetére veszélyt jelentő páciensek ellátása sürgősségi beavatkozást igényel. A nemzetközi irodalom azt mutatja, hogy világszerte a gyermekgyógyászati és gyermekpszichiátriai osztályokon a mentális sürgősségi állapotok száma az elmúlt 10 évben folyamatosan emelkedett, és ez a folyamat az előrejelzések alapján tovább folytatódik. Klinikai tapasztalat alapján elmondható, hogy a leggyakoribb sürgősséget indikáló állapotok az agresszivitással, és a szerhasználattal kapcsolatba hozható sürgősségi állapotok, a krízis szituációk, és az öngyilkos viselkedés. Az agresszivitás hátterében előforduló kórképek közül a kóros szerhasználat előfordulási gyakorisága a 10-12 évesek körében és serdülőkorban növekszik, elsősorban az alkohol, és alkalmi vagy rendszeres droghasználat (pl.: stimulánsok, designer drogok hallucinogének) miatt. / Egészségügyi szakmai irányelv - A gyermek- és serdülőkorú akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2018/

védelembé vétel: A Gyvt. 15. § (4) bekezdésében rögzített gyermekvédelmi gondoskodás keretébe tartozó hatósági intézkedések egyike, amelyre akkor kerül sor, ha a szülő vagy más törvényes képviselő a gyermek veszélyeztetettségét az alapellátások önkéntes igénybevételével megszüntetni nem tudja, vagy nem akarja, de alaposan feltételezhető, hogy segítséggel a gyermek fejlődése a családi környezetben mégis biztosítható (NRSZH, 2016).