

FORDÍTÁSI MUNKA

'Housing first' (először lakhatást) szolgáltatások hajléktalan emberek számára, akik mentális zavarokkal és együttesen jelentkező szerabúzus problémával küzdenek

Készítette:

Fehér Boróka

2011. március 20

Készült:

Hajléktalan emberek társadalmi és munkaerő-piaci integrációjának szakmai és módszertani megalapozása
(TÁMOP-5.3.2-08/1-2008-0001) kiemelt program



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

'Housing first' szolgáltatások hajléktalan emberek számára, akik mentális zavarokkal és együttesen jelentkező szerabúzus problémával küzdenek

Deborah K. Padgett

(New York School of Social Work)

Leyla Gulcur

Sam Tsemberis (Pathways to Housing)

A súlyos mentális betegségekkel rendelkező felnőtt hajléktalan emberekkel foglalkozó szakirodalom általában hallgat egy, a nyújtott szolgáltatásokat erőteljesen befolyásoló kérdéstről – nevezetesen az ellentéttről a 'Housing first' (először lakhatást) és a 'Treatment first' (először kezelést) filozófiák között. Jelen tanulmány egy hosszútávú kísérlet adataira támaszkodik, amely összehasonlított egy 'Housing first' (amely azonnali állandó lakhatást kínál anélkül, hogy elvárná a kezeltetést vagy az absztinenciát) és egy 'Treatment first' (a szokásos ellátás) programot, amelyeket 225 felnőtt, hajléktalan, mentális betegséggel rendelkező emberrel végeztek New York-ban. 48 hónap elteltével a két csoport között nem volt szignifikáns különbség az alkohol- és drogfogyasztásban. A 'Treatment first' program résztvevői szignifikánsan nagyobb arányban jártak kezelésre. Ezek az eredmények, összeadva a korábbi beszámolókkal, amelyek szerint a 'Housing first' csoportokban jóval nagyobb lakhatási stabilitást sikerült elérni, azt mutatják, hogy a kettős diagnózisú felnőtt személyek biztos lakhatáshoz jutása nem növeli szerfogyasztásukat. Ezért a 'Housing first' programokra, amelyek az azonnali lakáshoz juttatás és a felhasználó szabad választásának pártján állnak, úgy kell tekintenünk, mint a szokásos ellátás alkalmazható alternatívájára.

Az Egyesült Államokban tapasztalható hajléktalanság, amely a korai '80-as években jelentkező lakáspiaci zsugorodás óta tapasztalható, pszichiátriai zavarokkal élő emberek ezreit érinti, akik nem kapnak megfelelő, a közösségre alapozott ellátást (Baumohl, 1996, Lovell és Cohn, 1998). Sokan közülük láthatóak, amint hányatott életüket az utcákon élik; de egyre többen kirekesztődnek – az ország ténylegesen legnagyobb pszichiátriai intézete a Los Angelesi Börtön (Butterfield, 2003). Függetlenül attól, hogy a problémát az egyéni életútnak vagy a rendszer hibájának tekintjük, a mentális betegséggel küzdő és hajléktalan emberek nehéz sorsa ma az egyik legkevésbé megértett és leginkább támadott kérdés a mentális egészségügy szolgáltatásaival kapcsolatban (Gonzalez és Rosenheck, 2002, McGray, 2004, Substance

Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, 2003).

A szociális munkások kart karba öltve panaszkodnak a többi ellátóval és szószólóval a szolgáltatások integrálatlanságára és az elérhető források elégtelen voltára ahhoz, hogy kielégítsék a felnőtt, pszichiátriai betegséggel és szerabúzussal küzdő hajléktalan emberek igényeit. Azonban a szociális munka és más szakmák szakirodalma is általában hallgat arról a gyakorlat és elmélet szempontjából is lényeges ellentéttről, ami az ennek a populációnak nyújtott szolgáltatások körül alakult ki. A vita gyökere oda nyúlik vissza, ahogyan a mentális problémával rendelkező hajléktalan embereket megítélik, és ahogyan a felhasználói választást definiálják és integrálják az adott program

szolgáltatásaiba. Másképpen fogalmazva két ellentétes paradigma létezik a hajléktalan és súlyos mentális betegséggel bíró embereknek nyújtott szolgáltatások terén, az egyik a hagyományos ellátási kontinuum modell, amely a kezeltetés elsőbbségét hirdeti, míg a másik egy felhasználó-vezérelt mozgalom ('Housing first'), amely az utóbbi években kapott nagyobb teret (Carling, 1990, Culhane, Metraux és Hadley, 2001, Tsemberis, 1999).

Több más különbség közül, amely a két megközelítés között van, ez a tanulmány arra az ellentétre koncentrál, hogy hogyan kezelik a szerabúzust, és hogy vajon az absztinencia előfeltétele-e az önálló lakhatásnak és más szolgáltatásoknak. Kb. 50 és 70% között van azok aránya, akik a mentális betegséggel rendelkező hajléktalanok közül szerabúzussal is küzdenek (Drake, Osher és Wallach, 1991, SAMHSA, 2003), és ezeket az értékeket általában alulbecslésnek tartják, mert szerepet játszik a tagadás, bizalmatlanság és a törvénytelen viselkedés bevallásától való félelem (Drake, Yovetich, Bebout, Harris és McHugo, 1997).

A 'Housing first' programok a biztos lakhatást tekintik az első és legfontosabb célnak a szerfogyasztással és -abúzussal kapcsolatos absztinenciával szemben, ami ártalomcsökkentő gyakorlatot jelent (Inciardi és Harrison, 2000). A 'Treatment first' programok fordított sorrenddel dolgoznak, elsőként detoxikációt és absztinenciát várnak el, és csak utána nyújtanak olyan szolgáltatásokat, amilyen pl. az önálló lakhatás. Ezekben a programokban a felhasználó szabad választását, saját érdekében, felfüggesztik azzal kapcsolatban, hogy jár-e pszichiátriai kezelésre és absztinenssé válik-e, egészen addig, amíg úgy nem ítélik, hogy készen áll az önálló lakhatásra.

Ebben a cikkben kettős célunk van: (a) bemutatni e két különböző szolgáltatói hozzáállás ('Treatment first' és 'Housing first') történelmi fejlődését és kulcselemeit, és (b) közzé tenni az egyetlen, e két módszer hatékonyságának összehasonlítására tervezett randomizált vizsgálat ('New York Housing Study', New York Lakhatási Tanulmány) szer- és szolgáltatás-használattal kapcsolatos eredményeit.

HÁTTÉR

A 'Treatment first' megközelítés a mentális betegségben szenvedő hajléktalan emberek szolgálatában

Az intézménymentesítés kora ajtót nyitott az önálló élet felé a pl. szkizofréniával és bipoláris zavarral diagnosztizált emberek számára, azonban ezeknek az embereknek továbbra is szüksége volt bizonyos szolgáltatásokra amint a pszichiátriai osztályról kikerülve a közösség tagjaivá váltak (Dixon, Krauss, Kernan, Lehman és DeForge, 1995). Ezek között a szolgáltatások között szerepelt a gyógyszeres kezelés menedzselése, pszichológiai tanácsadás, oktatás és álláskeresési tréning. Egy jelentős alcsoport számára a drog- és/vagy alkoholabúzus jelentősen megnehezítette a helyzetet (Drake és mtsai, 1997). A mentális betegséggel küzdő, és hajléktalanná váló emberek közül aránytalanul sokan vannak a 'kettős diagnózissal' rendelkező személyek, akiknek az élete a hajlékért és a viktimizáció ellen folytatott folyamatos küzdelemmé vált (Drake és mtsai, 1991, Padgett and Struening, 1992).

A '60-as évek után kialakuló jószándékú, ám alulfinanszírozott állami mentális egészségügyi rendszer ritkán működött együtt a drog- és alkoholbeteg (D/A) kezelési programokkal, melyeket pszichiátriai betegséggel nem küzdő

kliensek számára hoztak létre. Azonban a két szolgáltató rendszerben egy dolog közös volt: működésük azon a feltételezésen alapult, hogy struktúrára és irányításra van szükség. Noha eltérő volt a finanszírozási hátterük, a munkatársaik szakmai múltja, és a szolgáltatásokkal kapcsolatos filozófiájuk, a mentális egészségügyi, a D/A és a hajléktalan ellátó rendszerek mind a 'karám' megközelítést alkalmazták, amelyben a szolgáltatásokhoz való hozzájutás a kontroll és szabad választás feladásával járt. Egy ágyért és a támogató szolgáltatásokért cserébe a felhasználóknak és/vagy klienseknek be kellett hódolniuk a kezeléssel való együttműködés, az absztinencia, kimenőre vonatkozó szabályok, korlátozott látogatási lehetőségek, és a privát szféra elvesztésének előírásainak (Miller és Flaherty, 2000). Egy olyan ember szemszögéből, akinek kettős diagnózisa volt és az utcán élt, a bekerülésnek ez a küszöbe legjobb esetben is ijesztőnek tűnhetett. Ez egyszerűen egy nagy tétben játszott szerencsejáték is, mivel a szabályok megszegése általában kizárással, és az utcára való visszakerüléssel járt.

A 'Treatment first' programok vizsgálatai szerény eredményeket mutattak a lakhatási stabilitás elérésében (Lipton, Siegel, Hannigan és Samuels, 2000); azonban a programból való lemorzsolódás és az 'intézményi körforgásba' (Hopper, Jost, Hay, Welber és Haugland, 1997) való visszakerülés továbbra is nehézséget jelent a változások időbeni követésében. A programokban az utóbbi időkben eszközölt újítások, melyeket kimondottan a kettős diagnózisú személyekre szabtak, biztató eredményeit mutatták az integrált kezelési modelleknek (Drake és mtsai, 1997, Bebout, Drake, Xie, McHugo és Harris, 1997, Minkoff, 2001) és a 'Double Trouble in Recovery 12-step' (Dupla Munka a Gyógyulás 12 lépés)

csoportoknak (Magura, Laudet, Mahmood, Rosenblum és Knight, 2002). Valóban, a kettős diagnózisú személyek esetén a halmozódó eredmények szerint hatékonyság szempontjából az integrált kezelés jelenti a 'tudomány jelenlegi állását' (Tsuang, Fong és Ho, 2003).

Amikor egy randomizált vizsgálatban az integrált kezelést összekapcsolták a lakhatási formákkal, a pozitív eredmények a szupervideált lakhatással és a helyszíni klinikai ellátással függtek össze (McHugo és mtsai, 2004). Azonban az integrált kezelési forma eddigi tanulmányainak egyike sem vizsgálta annak hatékonyságát a felhasználó szabad választásának modelljén belül, ahogyan azt ez a tanulmány teszi.

A kontinuum megfordítása: A Pathways szervezet 'Housing first' modellje olyan felnőttek számára, akik pszichiátriai hátrányos helyzetűek és hajléktalanok

A '90-es évek elejére egy felhasználó-központú megközelítés bukkant fel, amely megfordította a kezelést előtérbe helyező kontinuumot. Követői a 'támogatott lakhatást' hirdették, olyan elemekkel, mint a felhasználó szabad választása, folyamatos támogató szolgálat, és közösségbe való integráció (normál lakhatás, nem 'kezelő' szállások; Carling, 1990, Ridgeway és Zippel, 1990, Srebnik, Livingston, Gordon és King, 1995). Ők úgy jellemezték a 'treatment first' megközelítést mint 'támogató lakhatást', a helyszínen elérhető (vagy közeli) szakemberekkel, és a viselkedést szabályozó előírásokkal a kimenőtől kezdve a látogatásokon keresztül az absztinenciáig. A legtöbb esetben olyan tömegszállásokról van szó, ahol más hajléktalan felhasználókkal kell együttélni, és amelyek átmeneti lakhatási lehetőségként szolgálnak; terápiás környezetet jelentenek arra tervezve, hogy

fokozatosan az önálló lakhatásra készítsék fel a klienseket. Ezzel szemben a 'Housing first' egyfajta 'támogatott lakhatást' jelent, amely különválasztja a kezelést a lakhatástól, tekintettel arra, hogy az előző választható, míg az utóbbi alapvető szükséglet és emberi jog. Ennek megfelelően ez a modell elszórt helyszíneken biztosít lakást a helyszínen elérhető szakemberek felügyelete nélkül, és általában az ártalomcsökkentést követi és nem írja elő az absztinenciát.

Noha kérdések merülhetnek fel azzal kapcsolatban, hogy mik számítanak nélkülözhetetlen és meghatározó programösszetevőknek a támogatott vs. támogató lakhatási modellekben (Fakhoury, Murray, Shepherd és Priebe, 2002), a 'Housing first' alapvetően elkötelezett a felhasználók szabad választása, az azonnali és folyamatos, elszórt helyszíni, és önálló lakhatás biztosítása mellett. Tudásunk szerint a tanulmányunk tárgyát képező szervezeti modell – 'Pathways to Housing Inc.', 'Utak a Lakhatáshoz Rt.' – egyedülálló abban, hogy tartalmazza a következő elemeket: (a) azonnali, önálló és állandó lakhatás biztosítása, amely független a kezeléssel való együttműködéstől, és megmarad akkor is, amikor a kliens intézményi kezelés vagy szabadságvesztés miatt átmenetileg távol van; (b) szabad választás és ártalomcsökkentés a mentális kezelésben és a szerfogyasztásban; (c) integrált 'Asszertív Közösségi Kezelés' (Assertive Community Treatment, ACT) szolgáltatások (Drake és mtsai, 1998), együttműködésben a lakhatási szakemberekkel és egy gyakorló ápolóval, a felmerülő lakhatási és egészségügyi szükségletek kezelése céljából.

A New Yorki Lakhatási Tanulmány

A SAMSHA nevű szövetségi szervezet, amely országosan több helyszínen finanszíroz mentális betegséggel küzdő hajléktalanok lakhatási alternatíváit vizsgáló tanulmányokat, a 'Pathways to Housing' (PTH) programot választotta kísérleti modellnek a new yorki régióban (Shern és mtsai, 2000). Az 1996-ban induló New Yorki Lakhatási Tanulmány (New York Housing Study, NYHS) négyéves randomizált kísérletben hasonlította össze a 'Housing first' PTH által alkalmazott változatát a new yorki régió 'Treatment first' kezelési kontinuum programjaival.

A NYHS publikált eredményei nagyobb arányú lakhatási stabilitást (Tsemberis és Eisenberg, 2000, Tsemberis, Gulcur és Nakae, 2004) és költségmegtakarítást (Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis és Fischer, 2003) mutattak a PTH modell esetében. A lakhatás stabilitása mellett a NYHS vizsgálta a mentális tünetekhez, életminőséghez, drog- és alkoholfogyasztáshoz és a szerabúzus elleni kezelés igénybevételéhez kapcsolódó eredményeket is. A 24 hónapnyi adat elemzése nem mutatott szignifikáns csoporteltérést ezekben a változóknak, kivéve a kontrollcsoport nagyobb arányú részvételét szerabúzus elleni kezeléseken (Tsemberis és mtsai, 2004). A NYHS a figyelemreméltó 87%-os lakásmegtartási eredményt érte el a résztvevők között a négy év alatt (Stefancic, Shaefer-McDaniel, Davis és Tsemberis, 2004).

Összefoglalásként a NYHS azt írja, hogy „a pszichiátriai diagnózis nincs összefüggésben a személy önálló lakhatás megszerzésére vagy megtartására való képességével” (Tsemberis és mtsai, 2004, 654. o.). Továbbá, ezeknek az embereknek az absztinencia vagy józanság megkövetelése nélkül való lakáshoz juttatása nem növelte a szerek fogyasztását két éven keresztül annak ellenére, hogy összehasonlításban kevésbé vettek igénybe

szerabúzus elleni kezeléseket. A kontrollcsoport nagyobb arányú részvétele szerabúzus elleni kezeléseken összehasonlításban nem eredményezett alacsonyabb drog- és alkoholfogyasztást, ami arra utal, hogy az, hogy „józan lakhatásban” vettek részt, nem járt együtt a kívánt eredménnyel az absztinencia területén.

1. *kutatási kérdés: Voltak-e csoportok közötti különbségek a 48 hónap alatt az alkohol- és drogfogyasztásban?*
2. *kutatási kérdés: Voltak-e csoportok közötti különbségek a szerabúzus elleni és pszichiátriai kezeléseken való részvételben a 48 hónap alatt?*

MÓDSZER

A minta és a kiválasztás

Azok vehettek részt a NYHS vizsgálatban, akik aláírtak egy tájékozott beleegyezést tartalmazó írást (melyet jóváhagyott a szövetségi és az egyetemi Humán Tárgyak Bizottsága), és megfeleltek három beválasztási kritériumnak. A személy (a) az elmúlt 30 napból legalább 15-öt az utcán vagy más közterületen töltött, (b) az elmúlt 6 hónapot hajléktalanként töltötte, és (c) I. tengelyes súlyos mentális betegsége volt. Noha a szerabúzus nem szerepelt az alkalmassági kritériumok között, a tanulmány résztvevőinek 90%-a, klinikai anamnéziséjük szerint, rendelkezett alkohol- vagy drog problémát érintő diagnózissal vagy előtörténettel. A pszichiátriai diagnózisok a klinikai anamnézisből, és az ellátó szakembereivel folytatott interjúkból származtak.

A válaszadókat utcai szolgálatokon keresztül, valamint nappali melegedőkben, állami pszichiátriai ellátókban, pszichiátriai osztályokon és az utcán találták. Amikor megállapították, hogy az adott személy

megfelel a beválogatási kritériumoknak, megkérdezték tőlük, hogy szeretnének-e résztvenni egy kutatásban, ahol minden interjúért 25 USD-t kapnak. Megmagyarázták nekik, hogy egy randomizált lottószerű rendszer alapján a város különböző lakhatási programjaiba kerülnek. A kiválasztás 1997 novemberétől 1999 januárjáig tartott. A kiválasztott minta 225, 18 és 70 év közötti ember volt (99 került a kísérleti csoportba és 126 a kontrollcsoportba).

A kutatás elrendezése, valamint a kísérleti és kontroll feltételek leírása

A 'Housing first' modellt a 'Pathways to Housing, Inc.' (PTH) fejlesztette ki 1992-ben. Ez egy felhasználó-irányított megközelítés a lakhatási és támogatási szolgáltatások terén felnőtt, mentális betegségben szenvedő hajléktalan emberek számára. A PTH klienseinek azonnal lakhatást biztosít önálló, elszórt helysínű lakásokban, és a lakók számára sokféle szolgáltatást nyújt az interdiszciplináris ún. Asszertív Közösségi Kezelési (ACT) csoportokon keresztül, amelyeknek tagjai között van szociális munkás, pszichiáter, foglalkoztatási tréner és szerabúzus tanácsadó. Az ACT modellt a PTH két elemében változtatta meg: hozzáadott a csapathoz egy gyakorló ápolót, aki az egészségügyi problémákat kezeli, és egy lakhatási specialistát, aki a lakhatási szükségleteket koordinálja. Mivel a PTH filozófiájának része a felhasználók szabad választása, a lakhatás biztosítása nem függ a józanságtól vagy a kezeléssel való együttműködéstől. Az egyetlen előírt dolog ebben a modellben egy pénz-kezelési program, amelyet azoknak a klienseknek kell követni, akik nem képesek a lakbért megfizetni (pl. hiteltartozásuk van), vagy akik nem tudnak a havi lakbérre elegendő pénzt félretenni. Mivel a PTH nem utasítja el azokat,

akiknek erőszak vagy szabadságvesztés szerepel az előtörténetében, a PTH felvállalta a legproblémásabb pszichiátriai betegséggel küzdő hajléktalanokat, azaz azokat, akiket más programok nem vesznek fel, vagy kirúgtak (Tsemberis, 1999).

A PTH program lakói közül azok, akiknek drog- vagy alkohol problémái vannak támogatást kapnak klinikai szakemberektől, amennyiben motiváltak a változásra. Akiknek súlyos szerabúzus problémájuk van, azokat próbálják rávenni arra, hogy bentlakásos kezelésen vegyenek részt (és lakásukat fenntartják arra az időre, vagy visszajövetelükkor másikat találnak nekik). A PTH ártalomcsökkentő támogató csoportokat is kínál a különböző alirodáiban. Azoknak a PTH klienseknek, akiknek szerfogyasztása problémát okoz, ugyanazokkal a következményekkel kell szembenézniük, mint bármely másik, hasonló helyzetbe kerülő lakónak, kivéve, hogy a PTH munkatársai segítenek neki új lakást találni, ha az egyikből kiteszik.

Azok, akiket random módon a kontrollcsoportba választottak, a szokásos ellátó programokba kerültek, amelyekben a lakhatás biztosítása absztinencia-függő, és a szolgáltatások a 'Treatment first' modellt követik. Egy tipikus programban pl. csoportlakásokban vagy egy nagyobb lakás egyik szobájában laknak a kliensek, és nappali, 12 lépés vagy más csoportos kezelésekre kell járniuk, valamint követni a gyógyszeresedésre vonatkozó előírásokat, amelyeket a helyszínen jelenlévő munkatársak tartatnak be. Az alvó, főző és mosakodási felszerelések közősek, és a házirend szigorúan megtiltja bármely szerfogyasztását vagy ottalvó vendégek fogadását.

A vizsgálat tervezési szakaszában önkéntes lakók nézték át az elképzeléseket és adtak róluk visszajelzést. A lakók a PTH Intézményi

Szemle Bizottságában (Institutional Review Board, IRB) is helyet kaptak, és szavazati joguk volt annak eldöntésében, hogy a projekt és a randomizálási folyamat igazságos és nem káros. Az ACT modellhez való hűséget a Dartmouth megfelelési modellel (Teague, Bond és Drake, 1998) ellenőriztük, és megfelelőnek találtuk (Shinn, Tsemberis és Moran, 2005).

Adatgyűjtés és vizsgálóeszközök

48 hónapon keresztül, hathavonta felvettünk egy strukturált interjút. A lemorzsolódás csökkentése és a kapcsolat fenntartása érdekében havonta egy ötperces telefonálós interjút is csináltunk. A résztvevők a személyes interjúért 25 USD-t kaptak (összesen 9 ilyen volt), és 5 USD-t a havi telefonálásért. Ez a gyakori kapcsolat az egyik oka annak, hogy a vizsgálatban ilyen magas arányban maradtak benn a kliensek (Stefancic és mtsai, 2004).

Mivel a NYHS egy volt nyolc, szövetségi finanszírozású modell-projekt közül, standardizált, a többi helyszínnel azonos mérőeszközöket használtunk a kulcsváltozók azonosítására.

Alkohol- és illegális drogfogyasztás. Az alkohol és illegális drogfogyasztás mértékét a 'Hathónapos Visszakövető Naptár'-ral (Six-Month Follow-Back Calendar, Sobell, Sobell, Leo és Cancelli, 1988) mértük. A résztvevők beszámoltak arról, hogy hány olyan nap volt, amikor alkoholt, és hány olyan, amikor bizonyos illegális drogot fogyasztottak a hat hónap alatt. Négy összegző változó került meghatározásra a többi helyszínen csapataival közösen: bármilyen alkoholfogyasztás, bármilyen tiltott drog fogyasztása, jelentős mennyiségű alkohol fogyasztása (6 hónapban 28 napnál többször), és jelentős mennyiségű

drogfogyasztás (6 hónapban 4 napnál többször). E négy változó közül kettőt (jelentős mennyiségű alkohol-, és jelentős mennyiségű drogfogyasztás) használtunk jelen tanulmány elemzéseire.

Előfordulhat, hogy a 'Treatment first' program résztvevői, eltérő módon, kevesebb szerfogyasztást vallanak be, mivel ezek a programok általában absztinenciát várnak el, vagy legalábbis a józanság ígéretét. Noha ez egy olyan eltérés lenne, ami ellene hat annak, hogy a kísérleti feltétel hatékonyságát bizonyító hatásokat találjunk, az önbevallásoknak ezt az eltérését belekalkuláltuk az eredmények értelmezésébe.

Szerabúzus elleni kezelésben való részvétel. A szerabúzus elleni kezelésben való részvételt a módosított 'Treatment Services Review' (McLellan, Alterman, Woody és Metzger, 1992) segítségével vizsgáltuk. A szolgáltatások használatát egy 7 ítemes mérőeszközzel adott reakciók átlagából számítottuk, amely olyan kérdéseket tartalmazott, mint hogy a kliens részesült-e detoxikációs kezelésben, járt-e tanácsadásra szerfogyasztási problémákkal, részt vett-e AA, NA üléseken, vagy más szerabúzus elleni öngyógyító csoport ülésén.

Pszichiátriai kezelésben való részvétel. A pszichiátriai szolgáltatások használatát szintén a módosított 'Treatment Services Review' (McLellan és mtsai, 1992) segítségével vizsgáltuk. A szolgáltatások használatát egy 5 ítemes mérőeszközzel adott reakciók átlagából számítottuk, amely olyan kérdéseket tartalmazott, mint hogy a kliens részesült-e bennfekvős kezelésben pszichiátriai kórházban, részt vett-e valamelyik kórház, vagy ambulancia nappali programjában, vagy járt-e orvosnál vagy ápolónál, hogy

gyógyszerekkel kapcsolatos vagy érzelmi problémáiban tanácsot kérjen.

Mindkét használatra vonatkozó változó esetében az eredmény a visszajelzett szolgáltatás-használat átlagos aránya. Például egy 0,20-es arány azt fejezi ki, hogy a csoporttagok átlagosan öt kérdésből egyre adtak 'igen' választ a pszichiátriai szolgáltatások mérőeszközén.

Az adatok elemzése

A kiválasztás random jellegének ellenőrzései. Egy előzetes adatelemző kérdés volt hivatott ellenőrizni a kiválasztás random jellegét a lakást megtartók esetében minden adatgyűjtési pontnál. A random kiválasztás egyik legjobb mutatója a magas lakásmegtartási arány, amelyet sikeresen elértünk. Számos adatgyűjtési pontnál összehasonlítottuk a lakásukat megtartó mintát azokkal, akiknek ez nem sikerült, hogy megállapítsuk, hogy különböztek-e a kezdetektől fogva, és nem találtunk közöttük eltérést a demográfiai vagy egyéb kiinduló változóknál. Mivel a random kiválasztás megfelelő hasonlóságot teremtett a csoportok között, nem kellett kovariáns demográfiai változókat beiktatnunk, mert nem korreláltak az eredményekkel. Éppen ezért a teljes minta, és nem külön a csoportok demográfiai adatait adtuk meg (lásd 1. táblázat).

A kutatási kérdések elemzése. Az 1. kutatási kérdést grafikusán elemeztük egy növekedési görbe segítségével, ahol a csoport vs. eltelt idő interakciókat néztük meg, hogy szabályosan megvizsgáljuk, hogy az eltérések változnak-e idővel. Ezt a módszert hierarchikus lineáris modellezésnek is nevezik (Bryk és Raudenbush, 1992). Létrehoztunk egy 1. szintű (ismételt méréses) modellt az egyes résztvevők pályáútjára, és egy 2-es szintűt

(személyek szintje) a kísérleti- vs. kontrollcsoport pályautjának eltéréseire. Az 1-es szinten (ismételt mérések) egy becsült regressziós egyenletet állítottunk fel az alkohol- és droghasználati eredményekre az idő függvényében. A 2-es szinten (személyek szintje) azt becsültük meg, hogy vajon az 1-es szintű adatok metszési és növekedési mutatóiban van-e különbség a csoportok között. Megjegyezzük, hogy mivel 9 adatgyűjtési pont volt, még az olyan résztvevők adatait is bevehettük az elemzésbe, akik a felméréseknek akár felét is elmulasztották; ez volt a SAS Proc Mixed használatának az egyik előnye a MANOVA ismételt méréseivel szemben.

A 2. kísérleti kérdést azoknak a résztvevőknek az alcsoportján teszteltük, akik valamilyen szolgáltatáshoz kapcsolódó program kliensei voltak, nevezetesen azokon, akik a vizsgálatkor a PTH 'Housing first' programja által biztosított lakásban laktak, valamint olyan kontrollszemélyeken, akik az interjú idején az alábbiak közül valamelyikben laktak: támogató egyszobás (single room occupancy, SRO) szálló, melegedő, védett szállás, detoxikáló állomás, krízis szálló, átmeneti gondozás, munkásszálló, átmeneti szállás, csoportos lakás, alkohol- és/vagy drogmentes intézet, vagy terápiás és/vagy rehabilitációs program. Az érv amellet, hogy ezt az alcsoportot használjuk a 2. kutatási kérdés tesztelésére az, hogy „ki akartuk egyenlíteni a pályát”, azaz csak lakhatáshoz jutott résztvevőket vizsgáltunk – akik éjjeli menedéken laktak, vagy akiket kizártak a programból, vagy újra utcára kerültek, azok kevésbé tudták a szolgáltatásokat hasznosítani. Mivel a résztvevők lakhatási helyzete idővel változott, az alcsoportok is változtak; ezért külön *t* tesztet kellett lefuttatnunk minden egyes adatgyűjtő-

pontnál, ahelyett, hogy a 'SAS Proc Mixed' eljárást alkalmazhattuk volna.

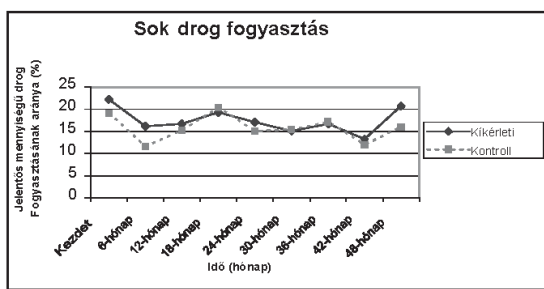
Talán nem meglepő, hogy az ehhez az elemzéshez használt minták mérete jelentős változékonyságot mutatott a 9 adatgyűjtő-pontnál (6 havonta 48 hónapon keresztül). A kontrollcsoport mérete a kezdeti 126 főről a 24. hónapra lecsökkent 53 főre. Hasonlóképpen, a kísérleti csoport mérete is változott: a kiinduló 99-es értékről a 12. hónapra 35-re csökkent. Azonkívül, hogy az elemzésbe csak azokat a személyeket vontuk be, akik az egyes adatgyűjtő-pontoknál lakhatással rendelkeztek, a minták attól is csökkentek, hogy egyesek lemorzsolódtak, nem jöttek el, kirúgták őket, vagy más intézménybe kerültek. A PTH (kísérleti) résztvevőket nem tekintettük 'lakhatással rendelkező'-nek, amennyiben éppen valamilyik intézményben laktak, annak ellenére, hogy intézményi elbocsátásukat követően kaptak lakást. A többszörös csoport-összehasonlítások miatt egy szigorúbb szignifikancia-szintet használtunk, a Bonferroni-korrigált 0,006-os alfa értéket.

1. TÁBLÁZAT: A résztvevők jellemzői

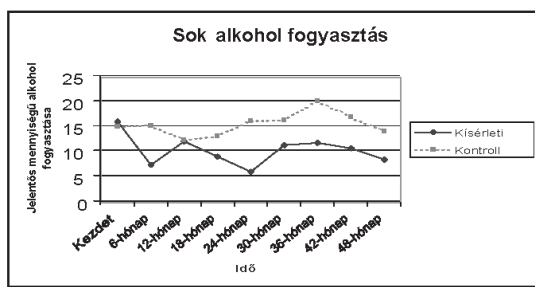
| Változó | Fő | Százalék |
|--|-----|----------|
| Vizsgált csoport: Kísérleti | 99 | 44 |
| Kontroll | 126 | 56 |
| Nem: Nő | 52 | 23,1 |
| Férfi | 173 | 76,9 |
| Kor: 18-től 30-ig | 43 | 19,1 |
| 31-től 40-ig | 62 | 27,6 |
| 41-től 50-ig | 68 | 30,2 |
| 51-től 60-ig | 41 | 18,2 |
| 61-től 70-ig | 11 | 4,9 |
| Rassz: Fehér | 63 | 28 |
| Afroamerikai | 90 | 40 |
| Hispán amerikai ^a | 33 | 14,7 |
| Vegyes és/vagy egyéb ^a | 39 | 17,3 |
| Iskolázottság: Néhány év középiskola vagy kevesebb | 94 | 42 |
| Érettségi vagy azzal egyenértékű | 55 | 24,6 |

| | | |
|---|-----|------|
| Középfokot meghaladó végzettség | 75 | 33,5 |
| Családi állapot: Házas | 8 | 3,6 |
| Különélő ^b | 20 | 8,9 |
| Elvált ^b | 32 | 14,3 |
| Özvegy ^b | 9 | 4 |
| Sosem volt házas ^b | 155 | 69,2 |
| Lakhatás a vizsgálat kezdetekor: | | |
| Utca/metro/melegedő ^v | 114 | 50,7 |
| Menhely és/vagy védett szállás ^v | 14 | 6,2 |
| Krízis lakhatás családnál és/vagy barátoknál ^d | 11 | 4,9 |
| Pszichiátriai kórház | 80 | 35,6 |
| Hotel és/vagy motel ^d | 5 | 2,2 |
| Rövidtávú átmeneti lakhatás ^d | 1 | 0,4 |
| Pszichiátriai diagnózis: Pszichózis | 121 | 53,8 |
| Bipoláris zavar | 30 | 13,3 |
| Major depresszió | 32 | 14,2 |
| Egyéb ^e | 10 | 4,4 |
| Nincs adat ^e | 32 | 14,2 |

Megjegyzés: Néhány százalékérték összege a kerekítési hiba miatt nem 100%. Az azonos indexszámú kategóriákat összevontuk a csoport-eltérések vizsgálatokor.



1. ábra: jelentős mennyiségű drog fogyasztása kezdetektől a 48. hónapig



2. ábra: jelentős mennyiségű alkohol fogyasztása kezdetektől a 48. hónapig

A vizsgálati csoport leírása

Ahogy az 1. táblázat mutatja, a minta 173 férfiból (76,9%) és 52 nőből (23,1%) állt, akiknek átlagéletkora 41,5 év volt. A résztvevők többsége (69,2%) sosem volt házas. 63 résztvevő (28%) Fehér rasszúnak, míg 90 (40%) Afroamerikainak vallotta magát. 23 (10,3%) résztvevőnek nem volt nyolc osztálynál magasabb iskolai végzettsége. Az I. tengelyű diagnózisok közül a Pszichotikus zavarok voltak többségben (53,8%).

39 résztvevő (17,6%) 18 éves kora előtt vált hajléktalanná. Az átlagéletkor, amikor a résztvevők először hajléktalanná váltak 29,5 éves kor volt (az életkor szerinti tartomány 5 és 64 éves kor között volt). A leghosszabb hajléktalanként töltött idő átlaga 4,4 év volt, a medián 3 év. A résztvevők többsége (50,1%) a vizsgálat kezdetekor felvett interjú idején az utcán, közterületen vagy melegedőben, míg 36%-uk (n = 81) pszichiátriai kórházban élt. Pszichoszociális anamnéziséük szerint 90%-uknak volt korábban vagy az interjú idején is szerfogyasztással kapcsolatos problémája. A vizsgálat végén, a 48. hónapban, a „Housing first” kliensek az azt megelőző 6 hónap 75%-ában biztonságos lakhatásban éltek, míg a 'Treatment first' klienseknél ez az arány 50% (L. Gulcur, személyes közlés, 2005. július 25.).

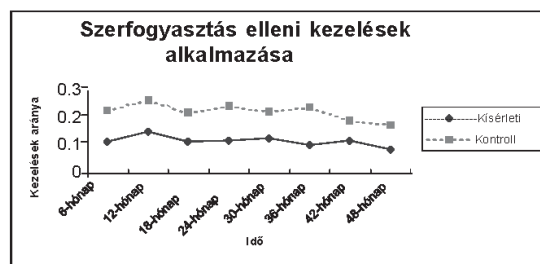
Csoport-eltérések az alkohol- és drogfogyasztásban

Az 1. kutatási kérdés megválaszolásához a SAS Proc Mixed módszert használtuk, hogy kiderüljön, volt-e a bevallott drog- és alkoholfogyasztásban változás a vizsgálat ideje alatt. A bevallott drog- és alkoholfogyasztás alacsony szintje miatt a 'Jelentős mennyiségű fogyasztás' változóit elemeztük és bejósoltuk az idő, csoportbeosztás és az Idő X Csoportbeosztás interakció alapján. Ahogy az

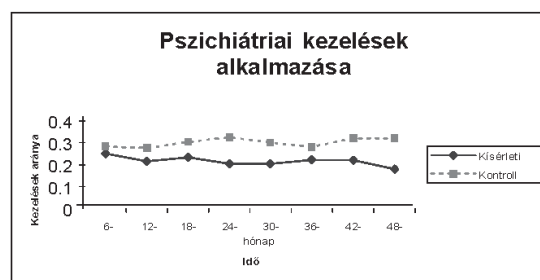
az 1-es és 2-es ábra mutatja, egyik jellemző sem volt szignifikáns: a bevallott drogfogyasztás állandónak bizonyult a vizsgálat 48 hónapja alatt, a csoportok között nem volt eltérés, és az időbeli változás mértékében sem volt közöttük különbség. Ugyanezeket a bejósoló változókat használtuk az alkoholfogyasztás időbeli változásának vizsgálatára, és itt is azt tapasztaltuk, hogy egyik jellemző sem volt szignifikáns. Azonban látható volt egy olyan irányvonal, hogy a PTH csoport kevesebb alkoholt fogyasztott, mint a kontrollcsoport.

Csoport-eltérések a szerfogyasztás elleni kezelések és a Pszichiátriai szolgáltatások használatában

A szerfogyasztás elleni kezelések használata jelentős különbséget mutatott a 6. hónapnál ($p = 0,012$), a 18. hónapnál ($p = 0,021$), a 24. hónapnál ($p = 0,025$), a 36. hónapnál ($p = 0,006$) és a 48. hónapnál ($p = 0,014$), amennyiben a kontrollcsoport tagjai gyakoribb használatot jeleztek (lásd 3. ábra). A Bonferroni korrekcióval ezek az eltérések csak a 36. hónapnál bizonyultak szignifikánsnak. A kontrollcsoport tagjai valamivel többször jártak pszichiátriai kezelésre is, noha a különbségek csak a 48. hónapnál voltak statisztikailag szignifikánsak ($p = 0,003$, lásd 4. ábra).



3. ábra: Szerfogyasztás elleni kezelések alkalmazása, kezdetektől a 48. hónapig



4. ábra: Pszichiátriai kezelések alkalmazása, kezdetektől a 48. hónapig

4. ábra: Pszichiátriai kezelések használata, Kezdetektől a 48. hónapig

Értékelés

A fenti eredmények a korábban publikáltakat (Tsemberis és mtsai, 2004) két további adatgyűjtési évvel hosszabbítják meg. Megjegyezzük, hogy továbbra sincs eltérés a csoportok között az alkohol- és drogfogyasztásban, bár nem-szignifikáns trend észlelhető a kevesebb alkoholfogyasztás irányába a 'Housing first' csoportban. A tény, hogy a 'Treatment first' csoport jelentős hányada – a vizsgálatot most már 4 évre kiterjesztve – nem tartja be a józansági előírásokat arra utal, hogy az ilyen szigorú szabályozás nem képes az absztinencia kiváltására olyan felhasználóknál, akiknek elsődleges szüksége a lakhatáshoz jutás (Watkins, Shaner és Sullivan, 1999). Noha a szerfogyasztást a valóságnál szinte biztosan kisebb mértékben vallotta be mindkét csoport, ez fokozottabban érvényes lehetett a

'Treatment first' résztvevőire, hiszen az ilyen vallomásnak rájuk nézve károsabb hatása lehet.

A tényt, hogy a 'Treatment first' csoport nagyobb arányban vett részt szerfogyasztás elleni kezeléseket a vizsgálat 48 hónapja alatt szintén ebben a kontextusban kell értelmezni, azaz azt figyelembevéve, hogy az ilyen szolgáltatások használata összefügg a lakhatással. Nem ritkán lehet olyan klienseket látni, akik még azalatt is folytatják titokban a drog- vagy alkoholfogyasztást, mialatt terápiás csoportokba járnak (Wolford és mtsai, 1999). Az az eredmény, hogy a 'Treatment first' kliensek nem csökkentették szerfogyasztásukat, de összehasonlításban többet használták a szerabúzus elleni és pszichiátriai kezeléseket, ezt a lehetőséget támasztja alá.

A programok filozófiája és elvárásrendszere mellett az efféle szolgáltatásokhoz való hozzáférés, illetve azok elérhetősége is hatással lehet ezekre az eredményekre. Azonban érdemes különbséget tenni az elérhető, illetve a program által előírt szolgáltatások között. A 'Housing first' résztvevők számára számos szolgáltatás volt elérhető, de nem volt nekik előírva a használatuk. A kontrollrésztvevőknek a lakhatás fejében elő volt írva bizonyos szolgáltatások használata (pl. detoxikáció, 12-lépés csoportok, nappali terápia), és ezek valószínűleg elérhetőek is voltak a számukra. Tekintettel az egyén pszichiátriai és szerfogyasztás elleni terápiákon való részvételi képességét és hajlandóságát befolyásoló rendszerszerű tényezőkre, az az eredményünk, hogy 'nincs szignifikáns eltérés' a szerfogyasztásban, noha a kísérleti személyek kevesebb terápiás szolgáltatást vettek igénybe, és a program sem korlátozta szerfogyasztásukat, klinikai és

programtervezési szempontból a 'Housing first' megközelítés mellett szól.

A tanulmány korlátai és későbbi kutatási felhasználhatósága

A szigorú kísérleti elrendezés, alacsony lemorzsolódás és az olyan standardizált mérőeszközök használata ellenére, amelyek köztudottan megbízhatóak a pszichiátriai betegséggel küzdő hajléktalan emberek vizsgálatában, jelen tanulmány pontossága megkérdőjelezhető a felidőzés és a szociális elvárás eredményeket torzító hatásai miatt. Az ilyen fenntartások gyakoriak olyan tanulmányok esetében, amelyek önbevalláson alapuló mérőeszközöket használnak (Calsyn, Morse és Klinkenberg, 1997), de jelen esetben különösen érvényesek, mivel adva van a mentális tünetek, az (illegális vagy orvos által felírt) drogok hatása, és a hajléktalanság okozta súlyos depriváció összjátéka. Ha egy hajléktalan embert zsilált, zavarodott és erőszakos állapotban beszállítanak egy kórház sürgősségi osztályára, állapota lehet a pszichózis, a beszédett tudatmódosító szerek, vagy mindkettőnek a következménye. Amikor a szerfogyasztással és a pszichiátriai gyógyszerek beszedésével kapcsolatos kérdésekre kerül a sor, a vizsgálati személyeknek számos oka lehet az emlékezetkihagyásra, a Likert-típusú kérdések meg nem értésére, vagy a kutatók szándékos félrevezetésére (Wolford és mtsai, 1999).

A tanulmány céljaira meghúzott határok, amelyek a szerabúzus problémát jelzik, nem feltétlenül esnek egybe az ellátók értékelésével (Drake és mtsai, 1991), és nem kell klinikailag sem szignifikánsnak lenniük. Továbbá a tanulmány résztvevői által összességében bevallott alacsonyabb szerfogyasztási szint sincs összhangban más források korábbi becsléseivel. Lehetséges,

hogyan ez az eltérés a mérés torzításaiból, vagy az önbevallások szándékos alábecsléseiből származik. De az is lehet, hogy a korábbi becslések azért voltak magasabbak, mert olyan emberekre alapozták őket, akik kettős diagnózisú hajléktalan emberek voltak, és nem pedig olyanokra, akik szolgáltatásokat vettek igénybe, mint az történt ebben a tanulmányban. Az igazoló mérések (pl. vizelet toxikológiai vizsgálata) hiánya lehetetlenné teszi, hogy egyértelmű következtetéseket vonjunk le ezekből az önbevalláson alapuló arányokból.

Széleskörű kritika fogalmazódott meg azoknak a kutatásoknak a pontosságával szemben, amelyek súlyos mentális betegségben szenvedő emberek szerfogyasztását próbálják meghatározni. Wolford és mtsai (1999) azonban meglepve tapasztalták, hogy az érintett populáció kontrollált vizsgálatában az önbevallás pontosabbnak bizonyult a laboratóriumi teszteknel és klinikai vizsgálatoknál. Bár túlmutat e cikk keretein, a szerabúzus pontos mérésének és diagnosztizálásának módszertani nehézségei továbbra is kihívást jelentenek mind a klinikusoknak, mind a kutatóknak (Calsyn és mtsai, 1997, Wolford és mtsai, 1999). A tény, hogy ez a tanulmány pszichoszociális anamnézisre és klinikai zárójelentésekre támaszkodik, nem pedig formális DSM (I. vagy II. tengelyes) diagnózisokra, korlátozza az eredmények DSM kritériumok szerinti elemzésének és összehasonlításának lehetőségét. Ennek ellenére meglehetősen biztosak vagyunk abban, hogy az I. tengelyes beválogatási feltételek kielégültek.

Mivel a drog- és alkoholabúzusnak kétségtelenül negatív hatása van a mentális betegséggel küzdő ember rehabilitációjára, fontos, hogy a kutatók próbálják megérteni az erre a populációra jellemző szerfogyasztás

kezdeteit és végét (Hohmann és Shear, 2002, Ridgway, 2001). Ennek érdekében a NYHS kutatói, valamint e tanulmány első szerzője belekezdtek egy longitudinális kvalitatív vizsgálatba, hogy tudásunkban ezt az űrt betöltsék, azt a módszert alkalmazva, hogy a fogyasztókat megkérdezik szerhasználatuk történetéről, valamint az ellátórendszerrel kapcsolatos tapasztalataikról.

A módszertani fejlesztéseken túl a jövőben kutatni kell a támogatott lakhatást általában (különös figyelemmel a 'Housing first' programokra), hogy össze lehessen hasonlítani a különböző elrendezésekkel és különböző geográfiai területeken születő eredményeket (Mares, Kasprow és Rosenheck, 2004). Jelenleg a PTH programot számos nagyvárosban beindították (Anderson, 2005), és a sokszorosított modell formális értékelésére is készülnek a tervek.

Tanulságok a gyakorlat és az előírásrendszer szempontjából

Jelen tanulmány eredményei azt mutatják, hogy a súlyos mentális betegséggel és szerfogyasztási problémákkal küzdő személyeknek nem kell kötelező kezeléssel átadniuk ahhoz, hogy képesek legyenek a közösségben önállóan élni. Sőt, a felhasználóvezérelt programok, amelyek a 'Housing first' és ártalomcsökkentés elvei szerint működnek, nem járnak nagyobb mennyiségű szerfogyasztással a tiltás hiánya ellenére sem. Tanulmányunk felfedte a 'Treatment first' programok résztvevőit jellemző folyamatos (és valószínűleg be nem vallott) tiltott szerfogyasztást is, mely az absztinencia követelmény ellenére jelen van.

Eredményeink különösen fontosak azon gyakorló szakemberek számára, akiknek az a feladata, hogy mentális betegséggel

rendelkező hajléktalan klienseket vegyenek fel és tartsanak a programjukban. Az 'egy kaptafára' elmélet, mely szerint a mentális zavarok és hajléktalanság nem kezelhetőek, míg a kliens tisztává és józanná nem válik, többé nem érvényes. Valójában a kettős diagnózisú kliensek felvétele és programban tartása jóval hatékonyabb lehet, ha ezek az emberek részt vehetnek a kezelésükkel kapcsolatos döntésekben.

A régóta fennálló hiedelmeket azonban nehéz megváltoztatni. A kutatás azt mutatja, hogy a kettős diagnózisú és hajléktalan felhasználók az önálló lakhatás pártján állnak, míg a klinikusok felügyelt tömegszállást javasolnak (Schutt, Weinstein és Penk, 2005, Watkins és mtsai, 1999). Noha a pszichiátria és hajléktalan ellátás folyamatosan változik (McGray, 2004), szembetűnő a lemaradás a vizsgálati eredmények gyakorlatba és az előírásrendszerbe való átültetésében (Tsuang és mtsai, 2003). Még a 'Housing first' „csomag” egyes elemei (pl. ártalomcsökkentés és integrált kezelés) is ritkábban jelennek meg, mint a 'Treatment first' absztinencia-fókuszú megközelítése. A különböző szervezeti kultúrák, a finanszírozási folyamatok és a konzervatív szociálpolitika mind akadályokat gördítenek a változás útjába, és végső soron a felhasználó szabad választásának korlátozását érik el (Tsuang és mtsai, 2003).

A szövetségi finanszírozású országos modellprojekt részét képező NYHS azzal a céllal indult, hogy lakhatással és terápiával kapcsolatos adatokkal szolgáljon ennek a sérülékeny populációnak az ellátásához. Az állam és magánszemélyek dollármilliókat költenek évente a mentális betegséggel küzdő emberek kezelésére, és a hajléktalan embereknek nyújtott szolgáltatások száma is exponenciálisan növekszik (McGray, 2004). Pl. a New York Állami Pszichiátriai Intézet éves

költségvetése 5,6 milliárd USD, és ennek csak töredékét (kb. 6,5 millió USD-t) költik támogatott lakhatási programokra.

A 'Housing first' megközelítést támasztják alá az összehasonlító költségelemzések is. Egy áttörést hozó 2001-es tanulmány szerint jelentős költségmegtakarítás érhető el közösség-alapú ellátás választásával, összehasonlítva a menhelyekkel, börtönökkel vagy kórházi ágyakkal (Culhane és mtsai, 2001). Mivel a 'közösség-alapú ellátás' magában foglal számos intézményen kívüli megközelítésmódot, a jövőbeni politikai döntések, melyek a közpénzeket hatékonyabb alternatívákba kívánják majd fektetni, a költségeket nyilván figyelembe fogják venni. A PTH program éves, személyenkénti költsége 22.5000 USD, míg a 'Treatment first' tömegszállásos lakhatási programjában ugyanez 40.000-től 50.000 USD-ig terjed, egy börtönágy 85.000 USD-ba, míg egy állami pszichiátriai kórházi ágy 175.000 USD-ba kerül (Anderson, 2005).

A gyakorló szociális munkások, politikacsinálók és oktatók is hasznosíthatják ezeket az eredményeket, úgyis mint a mentális betegséggel rendelkező hajléktalan embereknek nyújtott lakhatás és más szolgáltatások 'bizonyítékokon alapuló gyakorlatának' legerősebb alátámasztását.

A szociális munkások, akik a mentális egészségügy legnagyobb egynemű csoportját alkotják, és a szerabúzus elleni kezelésben is fontos szerepet töltenek be, kritikus szerepet játszanak abban, hogy e sérülékeny populáció ellátásában a legjobb gyakorlat kerüljön bevezetésre.

Felbátorítva azok által az eredmények által, melyek szerint a 'Housing first' megközelítés még a legkevésbé ígéretes kliensek esetén is

lakhatási stabilitáshoz vezet, optimista zárszavunkban annak a reményünknek adunk hangot, hogy a jövő kutatásai még inkább meg fogják világítani azt a komplex dinamikát, amely a hajléktalan emberek szerfogyasztással és a mentális betegségből való sikeres felgyógyuláshoz szükséges egyéb tényezőkkel kapcsolatos döntéseit befolyásolja. Ebben az értelemben azok az irányelvek, melyek a szabad választást részesítik előnyben a korlátozással, és a feljogosítást / felhatalmazást (empowerment) az előírások követésével szemben, nemcsak hatékonyabbak, de humánusabbak is.