Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

Az alacsonyküszöbű ellátás alapjai

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 ÉS A VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 AZONOSÍTÓSZÁMÚ, SZOCIÁLIS HUMÁN ERŐFORRÁS FEJLESZTÉSE CÍMŰ KIEMELT PROJEKT



Drogpolitika

Mindazon társadalompolitikai cselekvési programok és szabályozások összegzése, amely a drogfogyasztás és azzal összefüggő problémák társadalmi szintű kezelését célirányosan és összehangoltan irányítja.

A különböző drogpolitikák különböző megoldási/problémakezelési utakat/módokat javasolnak.

Megközelítési irányok

- Kínálatcsökkentés: célja a drogok hozzáférhetőségének csökkentése – a kereskedelem, a terjesztés akadályozása.
- Keresletcsökkentés: a prevalencia csökkentése – a használók átlagéletkorának növelése, a krónikus használók számának csökkentése.
- Ártalomcsökkentés: a droghasználat okozta ártalmak csökkentése, társadalmi beilleszkedés növelése, kriminalitás megszüntetése.

Drogpolitikai irányzatok

- Null-tolerancia modell (kriminalizációs): A drogfogyasztás káros, üldözendő, mert veszélyes, bűntetni kell. A fogyasztó bűnös személy.

  Eszközrendszer: bűntetőjog

- Kompromisszumos modell: Nem drogmentes a társadalom, de ezt kell megcélozni. A fogyasztó beteg személy, áldozat. A fogyasztóval kapcsolatban megengedő, a terjesztőt bűnteti.

  Eszközrendszer: orvostudomány

- Nomalizáló modell (ártalomcsökkentő): Célja a szórakozási/rekreációs szerhasználat kultúra kialakítása , a marginalizált helyzet elkerülése, a pszichoaktív anyagok használati kockázatának csökkentése.

  Eszközrendszer: szociális szolgáltatások, dekriminalizáció

Beavatkozások polaritásai I.

1. értékalapú megközelítés **vs.** bizonyíték alapú megközelítés
2. társadalmi szükségletek **vs.** egyéni szükségletek
3. hosszú távú beavatkozások **vs.** rövid távú intézkedések
4. kínálatcsökkentés **vs.** keresletcsökkentés
5. egyéni felelősségvállalás **vs.** **s**zolidáris súlypontú megközelítés (közegészségügyi szolgáltatások)
6. egészségügyi megközelítés **vs.** szociális orientációjú megközelítés

Beavatkozások polaritásai II.

7. kipróbált, tesztelt beavatkozások **vs.** új metódusok és modellek
8. guideline-ok, minőségi kritériumok mentén végzett intervenciók **vs.** flexibilis, egyéni szempontú megközelítések
9. fentről lefelé irányuló döntéshozatal (instrukciók adminisztratív szintekről) **vs.** a döntések a közvetlen, területi tapasztalatok alapján születnek (a fentről lefelé irányuló hatások inkább szupervíziós jellegűek, ellenőrző szerepűek)
10. egyetlen diszciplínával foglalkozó megközelítés **vs.** multidiszciplináris megközelítés (addikciót magyarázó modellek)
11. állami/egyházi feladatellátás **vs.** civil szerepvállalás
12. szektorszempontú akciók **vs.** hálózati munka és kooperáció a szektorok között

Ártalomcsökkentés I.

- Az absztinencia elérése nem a legfontosabb vagy a legmegfelelőbb célkitűzés;
- A szolgáltatást ott kell végezni, ahol a rászorulók vannak;
- Az ÁCs-programok feltételezik, hogy a szerhasználók -mind egyénileg, mind csoportosan – képesek arra, hogy irányítsák életüket és változtassanak szokásaikon;
- Vannak biztonságosabb és kevésbé biztonságos szerek és szerhasználati módok;
- Az ÁCs-programok/szolgáltatások kialakításába, tervezésébe bevonjuk a rászorulókat is;
- A hatékonyabb beavatkozás érdekében figyelembe vesszük az egyén- és környezete körülményeinek rendszerét;

Ártalomcsökkentés II.
Szemléleti dilemmák

- Definíció(relativitás);
- Jogosultsága az ellátórendszerben;
- Válasz a társadalmi mulasztásra;
- Dekriminalizáció? –legalizáció?;
- Kezelésbecsábítás!

- Adekvát válasz a problémákra (bio-, pszicho-, szocio-);
- Költséghatékonyság;
- Önkéntesség;
- A függő, vagy a társadalom kárainak csökkentése?
- A megoldás útja?

Az alacsonyküszöbű intézmények definíciója

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport

(Budapest 2006.) megfogalmazása alapján:

- Az alacsonyküszöbű intézmény az, ahol a változást igénylő
- szenvedélybetegek, addiktológiai problémával küzdők, kortársaik, hozzátartozóik,
- közvetlen szociális környezetük szolgáltatásban részesül. A szolgáltatások célja a
- szenvedélybetegek, az addiktológiai problémával küzdők és közvetlen környezetük
- elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak
- csökkentése, a változás elindítása és segítése.
- http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/alacsonykuszob_szakmai_iranyelv.pdf

Az alacsonyküszöbű intézmények definíciója 2.

Az alacsonyküszöbű intézmények definíciójához egy kiegészítő szempont:

„alacsonyküszöbű intézmény az, ahol egy vagy több szociális szolgáltatás várja a változást igénylő szenvedélybeteget, ezek kortársait, hozzátartozóit, közvetlen szociális környezetét.

A szolgáltatások célja a szenvedélybetegek, valamint közvetlen környezetük minél szélesebb körének elérése, fogadása, a szerhasználatnak, valamint járulékos ártalmainak csökkentése, a változás elindítása és segítése.” (Fliegauf és Ritter, 2004).

Az ártalomcsökkentés célkitűzései

- Minél kevesebben használjanak drogokat
- Minél kevésbé veszélyes szereket, minél ritkábban használjanak
- Minél kevésbé veszélyes szerhasználati módokat alkalmazzanak

Az ártalomcsökkentés dilemmái I.

- Előfordulhat-e, hogy az ártalomcsökkentés ártalomnövekedést idézzen elő? (pl. i.v. használat növekedése egy tűcsere program megjelenésével, vagy a biztonságos i.v. szerhasználatról történő tájékoztatással?)
- Tudunk-e ezekről objektív tájékoztatást adni?
- Tisztában vagyunk-e ezek pontos hatásával?

Külső támadás: a politika részéről, vagy a gazdasági recesszió miatt

Belső támadás: szakmaiatlanul működő szervezetek << módszertani levelek, szakmai irányelvek, protokollok, etikai kódex, pályáztatási rendszer (közösségik, alacsonyküszöb) <<< <<< kontroll, értékelés (személyi, tárgyi minimumfeltételek, adminisztráció) (EMCDDA 2011)

Ártalomcsökkentés dilemmái II.

- KLIENS-UTAK <<<<<< az alacsonyküszöbű intézményhálózat része kell, hogy legyen az eü-szoc rendszernek.

  (elérés, motiváció, korai jelzőrendszer, korai intervenció)

  ÉRTIK-E ÉS TUDJÁK-E KÉPVISELNI A MAGASABB KÜSZÖBŰ ELLÁTÓ RENDSZEREK AZ ALACSONYKÜSZÖB SZÜKSÉGESSÉGÉT?

- Kapcsolat a gyermekvédelmi rendszerrel (prostitúció, bűnözés, kiszolgáltatottság).

  A KAMASZOK NEM SZERETIK A MAGAS KÜSZÖBŰ INTÉZMÉNYEKET. VAN-E ERRE VÁLASZUNK?

- Vannak nagyon fontos, de drága és kevés, de problémás klienst elérő programok (tűcsere, drop-in, szubsztitúció) és viszonylag nagyobb tömegeket - de kevesebb problémával bírókat – elérő, olcsóbb programok (info, szóróanyag, partyszervíz).

  VÁLASZTANUNK KELL?

Az ártalomcsökkentő szemlélet előfeltevése

- A droghasználók egyes csoportjai életük bizonyos időszakában nem akarnak és/vagy nem képesek felhagyni szenvedélyükkel, ugyanakkor az adott drog, vagy drogok használatának következtében kockázatoknak vannak kitéve, ártalmakat szenvednek el.

- A lehető legnagyobb számú droghasználóval kívánnak kapcsolatba lépni (és lehetőség szerint a kapcsolatot fenntartani), igyekeznek csökkenteni az aktív szerhasználók marginalizálódását,amely az életesélyek romlásával, a kockázati tényezők és a problémák fokozottabb megjelenésével járhat együtt.

- Igyekszik növelni a droghasználók társadalmi beilleszkedését, ettől remélve pl. a kriminalizálódás különböző mutatóinak csökkenését (beszerző-, terjesztő magatartás, következményes bűncselekmények, drogok hatása alatt elkövetett bűncselekmények.

Az alacsonyküszöbű intézmények definíciója I.

- Az alacsonyküszöbű ellátások célja a **kábítószer problémákkal küzdők**, vagy azokban érintettek **speciális ellátása.**
- Az alacsonyküszöbű kifejezés arra utal, hogy a **szolgáltatást végzők nem támasztanak magas követelményeket** az igénybevevők számára, a szolgáltatás igénybevételének szinte nincs feltétele.
- Speciális módon, más szolgáltatásoktól eltérően ezek a szerhasználat/szerfüggés ártalmait csökkentő,
- Preventív célú, és pszicho-szociális támogatást, életviteli tanácsadást nyújtó programok, szolgáltatások, **térítés nélkül, könnyen elérhetőek**, akár a **szolgáltatás kihelyezésével** is sokak által igénybe vehetők. Az ellátás során **nincsenek szigorú elvárások**, terápiás szerződések, nem követelmény az absztinencia, nem feltétel a betegbiztosítás (TAJ-kártya), a szolgáltatást igénybevevő **akár nevének közlése nélkül is** kaphat segítséget.
- Az alacsonyküszöbű intézmények célja a szenvedélybetegek és közvetlenkörnyezetük minél szélesebb körének elérése, fogadása, a szerhasználatnak, valamint járulékos ártalmainak a csökkentése, a változás elindítása és segítése, az életvitel váltásnak az ösztönzése.

Alacsonyküszöbű intézmények definíciója II.

Az alacsonyküszöbű programok, szolgáltatások sajátos módszerei eszközei, eljárásai alkalmasak lehetnek az igénybevevő – kóros szerhasználata miatti – súlyosabb testi-lelki károsodásainak, szociális és egyéb veszteségeinek

- megelőzésére,

- aktuális állapotának **szinten tartására**,

- javítására.

Könnyű elérhetőségükből kifolyólag ezen szervezeteknek kiemelt szerepe van a nehezen elérhető, vagy a más egészségügyi és szociális ellátásokban nem részesülő célcsoportok **megtalálásában** és a **szolgáltatásokba történő bevonásra.**

A segítő kapcsolat motivációs tényező lehet a hosszabb-rövidebb absztinencia-időszak kialakulásához, egyben a szolgáltatást igénybevevő számára lehetőséget adhat további szolgáltatások igénybe vételére.

Célcsoportjaik között egyaránt megtalálhatóak a deviáns életvitelű fiatalok, a nehezen elérhető csoportok, a magas kockázati csoportok és az illegális drogokat kipróbálók. (Kún, Portorő, Személyácz, 2005)

Magaskockázatú csoportok

- Intravénás szerhasználók
- Kamaszok
- Nők – különös tekintettel a várandós anyákra
- Hajléktalanok
- Szegregátumokban élők (vidéki és nagyvárosi szegregátumok specifikumai!)
- BV populáció
- Komorbid jelenségek (kettős-, hármas diagnózis), HIV-AIDS, HCV
- Szex-munkások
- Romák

Az alacsonyküszöbű intézmények/szolgáltatások jellemzői

- Ingyenesség,
- Anonimitás,
- Nem absztinencia központú, de bizonyos szolgáltatások és módszerek természetes célja az absztinencia elérése, illetve fenntartása.
- A kliens állapotához és helyzetéhez igazítja a viszonylag könnyen teljesíthető elvárásokat, amelyek elindíthatják a változást.
- Nem az egészségügy keretein belül, de az egészségüggyel szorosan együttműködve fejti ki a tevékenységét.
- A professzionális segítők mellett nagyban támaszkodnak önkéntesek tevékenységére.
- Struktúrája rugalmas. (könnyen reagál a környezetben megjelenő problémákkal, ha kell újabb programokkal)

Az ártalomcsökkentő szolgáltatások hatékonyságának alapvető feltétele lenne a minél teljesebb lefedettség (e nélkül lesz pl. piacteremtő a szubsztitúciós program).

Ingyenes, térítésmentes szolgáltatások

A segítséget kérők ingyen vehetik igénybe a különböző alacsonyküszöbű ellátásokat és ehhez kapcsolódóan az irodatechnikai eszközöket, pl: az időszaki segély megigényléséhez szükséges dokumentumok fénymásolása, telefonhasználat, hivatalos levelek feladása, gyógyszer házhoz vitele, party-szervíz eszközök használata).

Anonimitás biztosítása

Elég egy keresztnevet, megszólítási nevet megadni, vagy a segítséget kérő önmaga alkotta fogalmat.

Az anonimitás fenntartására a segítő kapcsolat során végig lehetőség van, de más intézményekkel való kapcsolatfelvétel, ügyintézés alkalmával szükségessé válhat a személyes adatok megadása, mely a segítő folyamat későbbi szakaszában a tapasztalatok szerint már nem okozott gondot.

Nem feltétel az absztinencia a szolgáltatás igénybevételéhez

A szer hatása alatt lévő – intoxikált – kliens számára állapotának megfelelő segítési módok kerülnek megajánlásra.

A segítői folyamat célja a túlélés biztosításán túl a leállásra való motiválás, egészségügy felé való kisérés.

Kliens felé nem elvárás az absztinencia, de csak „arra alkalmas állapotban” vehet igénybe bizonyos szolgáltatásokat.(pl balesetveszély miatt zuhanyzóhasználat korlátozásra kerülhet.)

Önkéntes igénybevétel

A szolgáltatást felkereső dönthet, hogy mikor, milyen ellátást vesz igénybe.

A szociális, gyermekvédelmi ellátórendszerben szerveződő segítői munka többségben erre az elvre épül (kivétel pl. az aktív korúak ellátását igénylők együttműködési kötelezettsége, a védelembe vett gyermek családjának együttműködési kötelezettsége).

Önkéntes igénybevétel

Aktív korúak ellátása

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

„33. § (1) Az aktív korúak ellátása a hátrányos munkaerő-piaci helyzetű aktív korú személyek és családjuk részére nyújtott ellátás. A járási hivatal aktív korúak ellátására való jogosultságot állapít meg annak az aktív korú személynek,

- *a)* aki munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette, aki legalább 50%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett, vagy akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján nem haladja meg az 50%-os mértéket, vagy
- *b)* aki vakok személyi járadékában részesül, vagy
- *c)* aki fogyatékossági támogatásban részesül [az *a)-c)* pont szerinti személy a továbbiakban együtt: egészségkárosodott személy], vagy
- *d)* akinek esetében a munkanélküli-járadék, álláskeresési járadék, álláskeresési segély, vállalkozói járadék (a továbbiakban együtt: álláskeresési ellátás) folyósítási időtartama lejárt, vagy
- *e)* akinek esetében az álláskeresési ellátás folyósítását keresőtevékenység folytatása miatt a folyósítási idő lejártát megelőzően szüntették meg, és a keresőtevékenységet követően az Flt. alapján álláskeresési ellátásra nem szerez jogosultságot, vagy
- *f)* aki az aktív korúak ellátása iránti kérelem benyújtását megelőző két évben az állami foglalkoztatási szervvel vagy a rehabilitációs hatósággal legalább egy év időtartamig együttműködött, vagy
- *g)* akinek esetében a gyermekek otthongondozási díja, az ápolási díj, a Cst. szerinti gyermekgondozási támogatás, a rendszeres szociális járadék, a bányász dolgozók egészségkárosodási járadéka, az átmeneti járadék, a rehabilitációs járadék, a rokkantsági nyugdíj, a baleseti rokkantsági nyugdíj, a megváltozott munkaképességű személyek ellátása, az ideiglenes özvegyi nyugdíj folyósítása megszűnt, illetve az özvegyi nyugdíj folyósítása a Tny. 52. §-ának (3) bekezdése szerinti okból szűnt meg, és közvetlenül a kérelem benyújtását megelőzően az állami foglalkoztatási szervvel vagy a rehabilitációs hatósággal legalább három hónapig együttműködött,
- feltéve, hogy saját maga és családjának megélhetése más módon nem biztosított, és keresőtevékenységet nem folytat.”

Egészségügyi ellátórendszerrel való együttműködés

A szerhasználó leállási szándékát erősítve – pl. kórházi méregtelenítés, egyéb kezelés – elősegítheti az adott időpontra való érkezést, azonnali befektetést, kezelőorvos megkeresését, rehabilitációba való eljutás, melyek során segítő támogatást adhat.

Önkéntes tevékenység

A leállt/felépülésben lévő szerhasználók önsegítő csoportokon kívül is vállalhatnak részt az alacsonyküszöbű szolgáltatások biztosításában.

Természetesen figyeljünk a józanodó/ún. tapasztalati szakértő számára veszélyt jelentő magas kockázatú helyzetek óvatos „adagolására”.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások csoportjai (az Intézmény legalább 3 szolgáltatást tömörít)

I. Álláskeresés segítése, álláskeresési tanácsadás Szociális/Egészségügyi ellátáshoz való juttatás segítése

II. Jogi információ adás (jogi,- társadalombiztosítási tanácsadás)

III. Életvezetés segítése, Reintegráció, reszocializáció;

IV. Felvilágosító tevékenység (pl.: biztonságos injekciózás, biztonságos szerhasználati módok); információs, felvilágosító kiadványok terjesztése és/vagy készítése; Szűrés

III. Telefonos, információs vonal fenntartása;

IV. Megkereső tevékenység, Utánkövetés;

V. Drop-In funkció (pihenő-, melegedő helyiség biztosítása);

VI. Tűcsere (személyes formában, vagy automatával; intézményben, vagy intézmény közelében);

VII. Utógondozás (klubtól a struktúrált programokig), önsegítő csoportok, szülőcsoport, esetmegbeszélők, stb. helyszínének biztosítása (befogadás);

Alacsonyküszöbű tevékenységek

- Álláskeresés segítése, álláskeresési tanácsadás, technikák gyakorlása
- Egészségügyi ellátáshoz való juttatás segítése
- Életvezetés segítése
- Felvilágosító tevékenység (pl.:biztonságos injekciózás)
- Helyi, regionális információs adatbázis létrehozása
- Hivatalos ügyek intézésének segítése
- Jogsegély (jogi,- társadalombiztosítási tanácsadás)
- Kortárssegítés, kortársvezetés, kortárs csoportok működésének támogatása
- Krízisvonal fenntartása (24 órás elérhetőség biztosítása)
- Megkereső tevékenység
- Önsegítők képzése (hozzátartozók számára is)
- Önszerveződő csoportok támogatása, működésének szervezése
- Prevenciós előadások tartása
- Pszichoedukáció
- Rehabilitáció (kliensek elkísérése adott intézménybe)
- Reintegráció,
- Szabadidős tevékenységek (közös sporttevékenység)
- Tanácsadás (szociális, mentálhigiénés szakemberek)
- Tisztálkodási lehetőség biztosítása (személyi higiéné, ruházat mosása)
- Telefonos, információs vonal fenntartása
- Tűcsere (automata intézményben, vagy intézmény közelében)
- Szűrés, retrovirális programok (HCV!)
- Utánkövetés
- Utógondozás
- Étkezés (Zsíroskenyér, tea)

Színterek

Az egyes színterekhez speciálisan illeszkedő programok tartoznak!

- Táncos-zenés szórakozóhelyek, fesztiválok - Partiszervíz – BuliSegély
- Utcák, közterek – utcai szociális munka, mobil szolgálatok
- Lakótelepek – elérő programok
- Szegregátumok – szociális munka
- Büntetés-végrehajtási intézmények – börtön-elérő programok
- Egészségügyi intézmények – Rövid intervenció, korai kezelésbevétel
- Onlines közösségi terek – reklámok, chat-szobák

Az Alacsonyküszöbű intézmények működtetésének dilemmái

- Ellátási feladatfinanszírozás és teljesítményfinanszírozás értelmezése ebben a körben,
- Ki és milyen feltételek fennállása esetén jogosult ellátási feladatfinanszírozást kapni (ajánlások –Módszertani Int., más alacsony-küszöbű intézmények, KEF; 1-2 éves működés; Alacsony-küszöbű Szervezetek Szövetségének tagsága?)
- Népességcsoport definíciója, akik az intézményi szolgáltatást kapják,
- Ellátási feladatfinanszírozás logikai egységeinek meghatározása – területi ellátási kötelezettség problematikája,
- A szolgáltatói körbe történő belépés és bent maradás feltételeinek meghatározása – jogosítványok keletkeztetése –, jogszabály alkotási feladatok,
- Szakmai, módszertani felügyeleti rendszer kiépítése,
- Szektorközi átjárhatóság feltételeinek megteremtése,
- Intézményi akkreditációs rendszer kiépítése,
- Szabadság, vagy a normatív-támogatással járó kötelezettségek?

Aktív szerhasználók bevonása az ártalomcsökkentő programokba

A pszichoaktívszer-fogyasztói szervezetek országos és európai szintű bevonásának elősegítése felé Európában már több, mint 10 éve is történtek lépések, amikor az Európai Ártalomcsökkentő Hálózat hozzákezdett egy jegyzék összeállításához az európai kábítószer-fogyasztói szervezetekről.

A használói szervezetek bevonása az egészségügyi tanácsadásba és a drogpolitika kialakításába fontos lépés. A kábítószer-fogyasztói szervezetek gyakran vesznek reszt a fertőző betegségek megelőzéséről szóló kortárs támogatói és oktatási tevékenységekben és a tájékoztató anyagok elkészítésében. Ezek támogatják a hálózatok szervezését és segítenek felhívni a lakosság figyelmét a kábítószer-használók fő problémáira (Hunt es mások, 2010).

A felhasználók bevonása pragmatikus és etikus módszer lehet a szolgáltatások minőségének és elfogadhatóságának biztosítására. Ahhoz azonban megfelelő támogatásra van szükség, hogy a kábítószerfogyasztók lehetőséget kapjanak a közreműködésre, és ez a részvétel sikeres lehessen. (véleményvezérek)

Spiritualitás

“A béke, a remény és szeretet folytatólagos érzése.

Annak felismerése, hogy több van az életben, mint mindennapi ügyeink: ezek fontosak, de nem abszolút érvényűek.

A bizalom érzése, amihez az ember tapasztalatai révén érkezik el - nem számít hogy keserű, fájdalmas élmények is adódtak az életben. Ezeket a tapasztalatokat olyan múltbéli perspektívából szemlélhetjük, amely felől gazdagabb, teljesebb jövő felé haladhatunk.

A más emberekkel való közösség érzése.

Annak tudatossága, hogy Isten, vagy valamilyen saját felfogásunk szerinti Magasabb Erő - talán a “csoport”, vagy “a minden emberben jelenlévő alkotó szellem” - több megértést és nyugalmat adhat, mint amit bárki önnön elszigeteltségében megtapasztalhat. A tudat, hogy a segítségnek erre a forrására bízvást támaszkodhatunk. Alázat.”

(Robert Lefever)

Szakirodalom

- Felvinczi Katalin – Nyirády Adrienn (szerk.) (2009): *Drogpolitika számokban*. Budapest, L'Harmattan.
- Demetrovics Zsolt (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein.* Budapest, L'Harmattan.
- Rácz József (szerk.) (2002): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai.* Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Godány Judit (2009): *Anyag a vérben – Vallomások a drogról és életről*. Budapest, Napkút Kiadó.
- *TASZ – Drogpolitikai füzetek* (Drogpolitikai Jelentés 2006. 7. szám, Intravénás droghasználat és közegészségügy 6. szám; Ártalomcsökkentés Magyarországon 5. szám; Drog-jogi esetek 4. szám; Kenderkönyv 2. szám, A szigorítás útján 1. szám.)
- Arany Zoltán – Figeczki Tamás – Máté Zsolt – Tóth Róbert (2018): *Szakmai ajánlás addiktív személyek alacsonyküszöbű ellátása részére.* Budapest, EMMI.
- ***1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról***
- A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport (Budapest 2006.) http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/alacsonykuszob_szakmai_iranyelv.pdf

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE