



Destigmatizace užívání psychoaktivních látek a adiktologických služeb

Strategický souhrn a doporučení pro drogovou politiku

Březen 2022

Autoři:

doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Mgr. Zuzana Vařeková

Mgr. Barbara Janíková

Zpracovala Společnost Podané ruce, o.p.s. pro potřeby Hlavního města Prahy

Obsah

STIGMA A STIGMATIZACE	3
STIGMATIZACE ZÁVISLOSTI A UŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK	3
STIGMA A KRIMINALIZACE V DROGOVÉ POLITICE	6
ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY	9
FENOMÉNY NA MÍSTNÍ ÚROVNI SOUVISEJÍCÍ SE STIGMATIZACÍ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB	12
FENOMÉN „NOT IN MY BACK YARD“	12
OTEVŘENÁ DROGOVÁ SCÉNA	12
DESTIGMATIZACE: ÚČINNÁ OPATŘENÍ A DOBRÁ PRAXE	14
MEDIÁLNÍ KOMUNIKACE A MEDIÁLNÍ KAMPANĚ	14
KOMUNITNÍ KAMPANĚ	17
VZDĚLÁVÁNÍ KLÍČOVÝCH PROFESÍ	20
ZAPOJENÍ OSOB S ŽITOU ZKUŠENOSTÍ	20
ZVÝŠENÍ DOSTUPNOSTI LÉČEBNÝCH A HARM REDUCTION INTERVENČÍ	20
PODPORA LIDÍ UŽÍVAJÍCÍCH DROGY A JEJICH RODIN	21
FORMÁLNÍ NASTAVENÍ SLUŽEB	21
ZMĚNA LEGISLATIVY A POLITIKY	21
ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ	22
ZDROJE	23

Stigma a stigmatizace

Označení *stigma* má svůj původ v Antickém Řecku. Řekové pomocí tělesných znamení, která byla vyřezána či vypálena na tělo, označovali „méněcenné“ osoby, především otroky, kriminálníky či zrádce. Cílem bylo upozornit na jejich nežádoucí či odlišný morální status, aby bylo možno se jim ve veřejném prostoru vyhnout. V současném světě a v širším kontextu dochází stigmatizací k odlišení určité skupiny osob a současně k jejich označení za špatné, nebezpečné či slabé a k jejich znehodnocení či postavení do nižšího společenského postavení. Charakteristickým znakem stigmatizace je přílišné zobecňování – stigma je skupinový znak ve smyslu např. rasy, etnického původu či náboženství, fyzické vlastnosti (např. obezita, tělesné postižení) nebo „vady charakteru“ (Goffman, 1963; Wogen & Restrepo, 2020).

Stigma je dynamický komplexní fenomén, který se odehrává minimálně na třech základních úrovních (viz také dále):

- institucionální (strukturální) stigma (zákony, regulace a politiky stigmatizující skupiny či jednotlivce),
- veřejné stigma (postoje, přesvědčení a chování skupin a jednotlivců ke stigmatizovaným skupinám a jednotlivcům)
- internalizované stigma (přijetí stigmatu, sebestigmatizace vedoucí k pocitům méněcennosti, studu a pohrdání sebou samým, což má za následek duševní potíže, rizikové nebo abnormální chování, sociální izolaci, snížení kvality života stigmatizovaných osob).

Stigmatizace závislosti a užívání psychoaktivních látek

Historicky a společensky je hojně používán termín závislost, nicméně pro zachycení šíře problematiky je přílehavější termín „závislostní chování“, zejména s ohledem na oblast potíží, kde není zdrojem psychoaktivní látka, ale behaviorální návyky.

Z medicínského hlediska je závislost definována jako chronické recidivující onemocnění, které je charakteristické nutkáním vyhledat a užít návykovou látku, ztrátou kontroly při užívání a vznikem tělesných nebo psychických (emočních) abstinčních příznaků při odnětí drogy a které je způsobeno a provázeno poruchou neurochemických procesů centrální nervové soustavy, především systému odměňování, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí (American Society for Addiction Medicine, 2011; Koob & Volkow, 2010). Tato tradiční biomedicínská či neurobiologická definice závislosti je v současnosti považována za překonanou, neboť neurobiologické příčiny a projevy závislosti nelze oddělit od sociálních, psychologických, spirituálních, kulturních, politických nebo environmentálních vlivů a faktorů (např. Heim, 2014; Levy, 2013). V současnosti existuje široká odborná shoda na tom, že etiologie závislosti je multifaktoriální, tj. že se na jejím vzniku podílí celá řada různých, navzájem se ovlivňujících faktorů, které se komplexně vysvětlují v tzv. bio-psycho-socio-spirituálním modelu (či modelech) závislosti, v němž se střetávají příčiny a vlohdy dědičné, (neuro)biologické, vývojové, psychologické a sociální (Kudrle, 2003; West, 2013). I když existuje celá řada definic, teorií a modelů vysvětlujících vznik závislosti na úrovni jednotlivce i společnosti, patrně s nejnovější integrující definicí závislosti přišel West (2013, p. 27), který závislost definuje jako *opakovanou silnou motivaci k úmyslnému chování postrádajícímu jakýkoli význam z hlediska přežití, získanou na základě praktikování takového chování, s výrazným potenciálem pro nezamýšlenou újmu.*

Důvody a motivace k závislostnímu chování jsou rozmanité a vzájemně provázané, patří mezi ně traumatizující události v životě, chronický stres, vlivy prostředí včetně tlaku okolí, psychické vlivy (emoce, myšlenky, pocity a duševní poruchy) či genetické a biologické vlivy. Častou mylnou představou je, že závislost je volba a lidé by mohli přestat užívat drogy, kdyby chtěli. Užívání

psychoaktivních látek bývá chybně popisováno jako volba životního stylu, chyba, výsledek špatného rozhodování, neschopnosti činit smysluplná rozhodnutí o svém vlastním životě, důsledek morální slabosti. Užívání drog je často způsob, jak se vyrovnat s traumaty či bolestí. Dle Mátého je závislost dokonce projevem traumatu, psychickou a fyziologickou reakcí na bolestné životní zkušenosti počínaje dětstvím a prožitá trauma je rozhodujícím činitelem při rozvoji závislosti (Máté, 2022). Lidé užívající psychoaktivní látky jsou nesprávně popisováni a vnímáni jako slabí jedinci postrádající sebekontrolu a sílu vůle, beznadějně selhávající, neschopní zvládnout léčbu, nezodpovědní, pochybní, bezohlední, nemorální, nebezpeční. Stigmatizaci dále posiluje spojování užívání drog s dalšími jevy, jako je bezdomovectví, nezaměstnanost, konflikt se zákonem, prostituce, nízká úroveň vzdělání, chudoba, výskyt infekčních onemocnění (International Network of People who Use Drugs, 2021; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016; National Institute on Drug Abuse, 2021; Scottish Drug Death Taskforce, 2020).

Ideologické rámování užívání drog jako nemorálního a odsouzeníhodného chování je hlavním zdrojem stigmatizace. Závislost je však třeba vnímat nikoli jako morální selhání závislého člověka, ale jako léčitelný a řešitelný problém (Adams & Volkow, 2020; Government of Canada, 2021; Scottish Drug Death Taskforce, 2020). Je však potřeba zdůraznit, že patologizace a medicinalizace užívání psychoaktivních látek a uživatelů psychoaktivních látek (tj. východisko považující lidi užívající psychoaktivní látky primárně za „porouchané“ a „nemocné“) nevedlo k pozitivním změnám v oblasti stigmatizace a je nakonec samo o sobě stigmatizující (Pescosolido et al., 2010). Nepochopení faktorů přispívajících k závislostnímu chování je možno považovat za zásadní pro vznik stigmatizace.

Stigma uživatelů drog se projevuje a posiluje také v narativu a v používaném jazyku a terminologii. Korektní jazyk ve veřejném projevu, v odborných či strategických dokumentech je podstatnou a nedílnou součástí destigmatizačních a destigmatizujících politik přispívajících k bourání zažitých negativních stereotypů (Ashford et al., 2019; Broyles et al., 2014). Vědecké důkazy ukazují, že nejde jen o politickou korektnost, ale že nekorektní výrazivo v oblasti adiktologie vede k předpojatosti a ke snížení důstojnosti lidí, užívajících psychoaktivní látky (Wogen & Restrepo, 2020). Rétorika „války proti drogám“ a prohibičních přístupů využívá stereotypní terminologii, která popisuje uživatele psychoaktivních látek jako nemorální, méněcenné, nespolehlivé a nebezpečné a popírá fakt, že uživatelé psychoaktivních látek tvoří skupinu nehomogenní a jejich vztah k psychoaktivním látkám je rovněž velmi různorodý (Ahern et al., 2007). Jazyk by neměl být cenzurovaný či nařizovaný, nicméně je třeba se vyhnout stigmatizujícímu a urážlivému označování lidí, kteří užívají psychoaktivní látky (International Network of People who Use Drugs, 2020). Destigmatizační efekt může mít také definování a popisování závislostního chování prostřednictvím intenzity užívání a nikoliv definice jako poruchy či diagnózu, tj. např. intenzivní či rizikové užívání versus alkoholismus či narkomanie (Rehm et al., 2013). Je v zájmu veřejných i soukromých institucí, aby přehodnotily terminologii používanou k popisu jedinců či jevů souvisejících s užíváním psychoaktivních látek tak, aby nebyla stigmatizující a v konečném důsledku i v rozporu s posláním těchto institucí (Kelly & Westerhoff, 2009).

Stigmatizace lidí užívajících psychoaktivní látky se projevuje na různých úrovních a v různých dimenzích společenského života – obrázek 1 (Bos et al., 2013; Pryor & Reeder, 2011; Wogen & Restrepo, 2020):

obrázek 1 Stigma lidí užívajících psychoaktivní látky



Zdroj: Bos et al. (2013)

- Veřejné stigma zahrnuje sociální a psychologické reakce (předsudky, diskriminační chování) veřejnosti vůči stigmatizované skupině lidí, které jsou založeny na představách, které tito lidé mají vůči stigmatizovaným osobám. To vyvolává negativní emocionální a behaviorální reakce vůči stigmatizovaným osobám.
- Institucionální (strukturální) stigma se týká ideologických systémů společnosti, politik, zákonů institucí a jejich zástupců. Jejich diskriminační nastavení, ať už úmyslné, či neúmyslné, vede k omezování práv a přístupu stigmatizovaných osob k příležitostem a službám.
- Internalizované stigma (sebestigmatizace) představuje sociální a psychologický dopad stigmatizace. Zahrnuje jak obavy z vystavení stigmatizaci, tak potenciální internalizaci negativních přesvědčení a pocitů spojených se stigmatizovaným stavem. Sebestigmatizace je zdrojem nízké sebeúcty, sebevědomí a motivace s dopadem ve zhoršení duševního zdraví a kvality života, izolaci a vyhýbání se službám a léčbě.
- Asociační stigma se týká stigmatizace lidí, kteří jsou spojováni se stigmatizovanou osobou, jde např. o rodinné příslušníky, přátele či odborníky v pomáhajících profesích. Stigma představuje dilema pro osoby, kteří se dostávají do kontaktu se stigmatizovanými (Bos et al., 2013). Jejich reakce je pro stigmatizovanou osobu klíčová – pokud je jejich reakce negativní nebo odmítavá, dochází k dalšímu prohlubování stigmatizace (van der Sanden et al., 2016).

Výše uvedené oblasti a dimenze se vzájemně propojují a ovlivňují. Veřejné stigma je posilováno stereotypním vnímáním lidí užívajících psychoaktivní látky jako nebezpečných či morálně zkažených, které se dále promítá do negativních postojů vůči nim. Behaviorální projevy veřejného stigmatu společně s diskriminací a sociálním distancováním jsou popisovány jako tzv. obecně ustanovené stigma. Jestliže se veřejné a ustanovené stigma zakódují do kulturních norem, zákonů a institucionálních politik, stávají se také strukturálním stigmatem. A v konečném důsledku, jestliže uživatelé psychoaktivních látek stigma očekávají nebo prožívají, dochází u nich k internalizaci stigmatu.

Uživatelé psychoaktivních látek se setkávají se stigmatizací a diskriminací ve všech aspektech svého života, což má zásadní dopad na jejich sebevědomí, zdraví, well-being, přístup ke zdravotnickým a sociálním službám a na příležitosti v oblasti bydlení, práce a vzdělání (Toronto Drug Strategy Implementation Panel, 2010). Společný výskyt problémů v oblasti zdraví a sociální oblasti má přitom syndemický charakter, tj. charakter vzájemně se ovlivňujících a potencujících jevů a procesů

zvyšujících zranitelnost, sociální exkluzi, nemocnost a úmrtnost stigmatizovaných a diskriminovaných osob (Mravčík et al., 2019; Singer et al., 2012).

Stigmatizace, diskriminace a kriminalizace má devastující vliv také na lidská práva lidí užívajících psychoaktivní látky. Omezuje jejich právo na svobodu, ekonomická a sociální práva, právo na soukromí, právo na zdraví (International Drug Policy Consortium et al., 2022).

Lancaster et al. (2018) definuje pět specifických oblastí, ve kterých se typicky projevuje stigmatizace a diskriminace uživatelů psychoaktivních látek:

1. nižší dostupnost zdravotní péče a zdravotních služeb,
2. nižší dostupnost sociálních a podpůrných služeb, nižší dostupnost vzdělání a bydlení,
3. horší přístup k zaměstnání,
4. přísnější přístup policie a orgánů vymáhajících právo,
5. negativní postoje okolí a společnosti jako celku.

Lidé se ze strachu ze stigmatizace, diskriminace, trestů či konfliktu s autoritami dostávají do sociální izolace a vyhýbají se pomáhajícím službám, což vede k dalšímu zvyšování negativních zdravotních a sociálních dopadů užívání drog (Government of Canada, 2021; International Drug Policy Consortium et al., 2022). Důvody, proč uživatelé psychoaktivních látek a jejich blízcí nevyhledají pomoc jsou především předchozí zkušenosti s diskriminací, nálepkováním a nespravedlivým zacházením (Lancaster et al., 2018; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016). Jestliže se uživatelé psychoaktivních látek setkají se stigmatizujícím chováním právě v okamžiku, kdy se rozhodli vyhledat pomoc (např. ze strany zdravotnických, sociálních či dalších pracovníků), vede to k jejich odrazení od vyhledání další pomoci (Lancaster et al., 2018). Proto se lidé užívající psychoaktivní látky často zdráhají sobě i svému okolí přiznat, že mají potíže s užíváním psychoaktivních látek (Adams & Volkow, 2020).

Častou bariérou k vyhledání pomoci také může být strach ze ztráty zaměstnání nebo z odebrání dítěte z péče (Tsai et al., 2019). Uživatelé psychoaktivních látek se v oblasti rodičovství potýkají se společenskou stigmatizací a diskriminací, často podpořenou represivním právním rámcem, který vede často až ke ztrátě opatrovnictví. Zatýkáni, zadržování a věznění jsou další příčinou rozdělování rodin a vytváří překážky v oblastech zaměstnání, bydlení a vzdělávání (International Network of People who Use Drugs, 2018).

Strukturální stigma také přispívá k nedostupnosti pomáhajících služeb pro uživatele drog (např. substituční léčby) díky restriktivním zákonům a pravidlům podmiňujícím přístup k léčbě a udržení se v léčbě (Adams & Volkow, 2020; Mravčík et al., 2018).

Nežádoucími důsledky vyhýbání se léčbě a nedostupnosti léčby je např. zvýšení rizika výskytu infekčních onemocnění (HIV, VHC) mezi uživateli psychoaktivních látek nebo zvýšené riziko předávkování (Adams & Volkow, 2020; International Drug Policy Consortium et al., 2022).

Stigma a kriminalizace v drogové politice

Převládajícím způsobem řešení „drogového problému“ a užívání drog ve společnosti, který vyplývá z jeho rámování jako morálně nepřijatelného a kriminálního chování, je společenská kontrola nad užíváním psychoaktivních látek včetně aplikace nástrojů trestního práva (International Network of People who Use Drugs, 2021; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016; National Institute on Drug Abuse, 2021; Scottish Drug Death Taskforce, 2020).

Často zneužívaným motivem kriminalizace užívání drog je ochrana společnosti před drogami a utopická vize společnosti bez drog, která je ústředním prvkem politiky a rétoriky „války proti drogám“ (Csete et al., 2016; International Drug Policy Consortium, 2022). Tzv. válka proti drogám je v praxi často válkou proti uživatelům drog vedoucí k jejich stigmatizaci, marginalizaci, sociální exkluzi a naopak namísto redukce míry užívání drog a problémů s ním spojených pohání koloběh závislosti a rizikového užívání drog lidí užívajících drogy a drogový problém a prostředí, ve kterém se odehrává, ještě dále zhoršuje (Buchanan & Young, 2000).

Drogové politiky s přemírou represe jsou zdrojem nežádoucích zdravotních a společenských dopadů. Posilují zažitá negativní stereotypy a postoje společnosti vůči lidem užívajícím psychoaktivní látky a přispívají k jejich stigmatizaci (International Network of People who Use Drugs, 2021; Seear et al., 2017), ke zvýšení veřejnozdravotních rizik prostředí, ve kterém dochází k užívání drog, k vyšší konspiraci, k nižšímu vstupu uživatelů drog do kontaktu se službami, z čehož pramení vyšší míra výskytu negativních zdravotních a sociálních následků užívání drog včetně infekčních a dalších somatických onemocnění nebo předávkování (Csete et al., 2016; Maher & Dixon, 1999; Mimiaga et al., 2010; Rhodes, 2009; Rhodes et al., 2007; Sarang et al., 2010; Strang et al., 2012; Strathdee et al., 2010). Nadměrná kriminalizace uživatelů drog zkrátka způsobuje více škod než užívání drog samotné a proto současní i bývalí představitelé mezinárodních nebo státních politik vyzývají k omezení nadměrné kriminalizace uživatelů drog a k preferování ověřených efektivních pomáhajících služeb (Annan, 2016; Office of National Drug Control Policy, 2021). Ochranu společnosti nelze stavět na jejím rozdělení, kdy jednu skupinu populace je potřeba chránit a druhou skupinu uzákoněním násilí proti nim vyloučit (Harris, 2019).

Navíc, drogové politiky založené na represí jsou spíše reakcí na drogovou situaci, než aby drogová situace byla výsledkem drogových politik a proti všeobecnému očekávání mají takové politiky omezenou účinnost v řešení drogového problému. Pokud jsou drogové politiky účinné, je to především v oblasti harm reduction, tj. při snižování negativních zdravotních a sociálních dopadů užívání drog (Global commission on drug policy, 2018; Reuter & Trautmann, 2009).

Harm reduction je přístup označující zásady, programy a činnosti, jejichž primárním cílem je snižování nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání psychoaktivních látek. Zároveň nutně nedochází ke snižování spotřeby. Tento přístup doplňuje další postupy, které se snaží snížit či zabránit užívání psychoaktivních látek. Je založen na pochopení, že i přes veškeré snahy a opatření je na světě stále početné zastoupení osob užívajících psychoaktivní látky, které nejsou schopny či ochotny toto změnit. A právě těmto osobám nabízí možnosti, které mohou minimalizovat rizika spojená s užíváním psychoaktivních látek, včetně zbytečných úmrtí. Harm reduction tedy současně propojuje ochranu veřejného zdraví a lidských práv. Zaměřuje se na pozitivní změnu a na práci s lidmi bez hodnocení, nátlaku, diskriminace, a přitom nevyžaduje abstinenci jako podmínku pro získání podpory. Harm reduction koncepce a činnosti jsou efektivní z hlediska finančních nákladů, založené na racionálním vědeckém poznání a mají pozitivní dopad na zdraví jedince i společnosti. Mezi principy se řadí respektování práv uživatelů, snížení jejich diskriminace, destigmatizace a dekriminalizace užívání drog (Harm Reduction International, 2022; Hedrich et al., 2008; Rhodes & Hedrich, 2010a, 2010b).

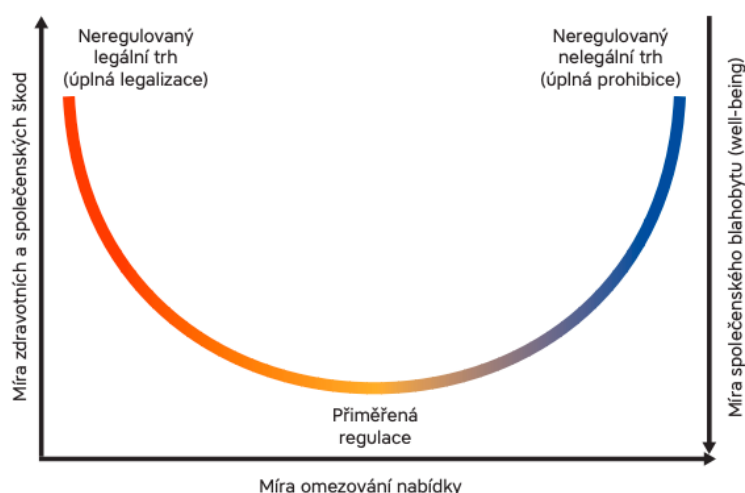
Dekriminalizace užívání drog a lidí užívajících drogy je proto stále více chápána jako účinný přístup, který zmírňuje škody plynoucí z užívání psychoaktivních látek a také škody způsobené kriminalizací např. pouhého držení kontrolovaných látek. Přispívá také k pochopení, že problémy související s užíváním psychoaktivních látek jsou otázkou spíše veřejnozdravotní, nikoli trestní (Jesseman & Payer, 2018). Navíc, kriminalizace užívání drog nevede ke snížení míry užívání drog v populaci a na druhou stranu dekriminalizace nevede ke zvýšení míry užívání drog nebo ke zhoršení drogové situace

(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017a), jak ukázala také česká zkušenost (Červený et al., 2017; Mravčík, 2015). Přesto je prosazování dekriminalizace a harm reduction principů a intervencí v drogové politice v praxi obtížné, neboť naráží na obviňování z liberálních či liberalizačních postojů k drogám a jejich kontrole (MacCoun & Reuter, 2008; Maccoun, 2010; Macleod & Hickman, 2010). To potvrzuje také nedávný příklad dlouhodobě připravované evidence-based reformy drogové politiky v Norsku směrem k dekriminalizaci, která byla v připraveném znění odmítnuta a schválené znění znamená odklon od politiky založené na důkazech a lidských právech. Přitom původní návrh této reformy byl uznán Vysokým komisařem OSN pro lidská práva jako „nový model dobré praxe“ (Association for Safer Drug Policies, 2021). Na celém světě je cca 30 států s různou mírou a podobou zavedené dekriminalizace držení drog (Rosmarin & Eastwood, 2012).

Typickou harm reduction intervencí, která naráží na represivní a prohibiční postoje a zákonné rámce jsou zařízení pro supervidovanou aplikaci drog (tzv. aplikační místnosti). Smyslem aplikačních místností je podchytit marginalizované nejrizikovější uživatele drog a přivést je do kontaktu s širší sítí služeb, minimalizovat akutní rizika zdravotních komplikací a smrtelných následků předávkování souvisejících s injekční a inhalační aplikací drog a omezit užívání drog na veřejnosti. Aplikační místnosti poskytují bezpečné prostředí pro užití drogy, poradenství v oblasti bezpečnějšího injekčního užívání, zdravotnický dohled a současně jsou vybaveny tak, aby zde bylo možné poskytnout adekvátní pomoc v případě předávkování a minimalizovat tak jeho zdravotní komplikace nebo fatální následky. První aplikační místnost byla otevřena již v roce 1986 ve Švýcarsku, aplikační místnosti jsou provozovány v sedmi členských státech EU (Dánsko, Španělsko, Německo, Francie, Lucembursko, Nizozemsko, Portugalsko) a v Norsku je provozováno celkem cca 78 aplikačních místností (otevření aplikační místnosti připravuje aktuálně také Irsko). V aplikačních místnostech byly uskutečněny miliony aplikací, aniž by v nějakém z těchto zařízení došlo v důsledku předávkování k úmrtí. Z evaluačních studií vyplývá, že klienti zařízení pro supervidovanou aplikaci drog vykazují lepší přístup k zdravotním a sociálním službám a že činnost těchto zařízení také přispívá k nižší míře užívání drog na veřejnosti a narušování veřejného pořádku, které s užíváním na veřejnosti může být spojeno (Belackova et al., 2019; EMCDDA, 2019; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017b; Gaddis et al., 2017). Přesto ve většině členských států EU včetně ČR nejsou aplikační místnosti dostupné.

Drogová politika by měla hledat rovnováhu mezi represí a prohibicí na jedné straně a dekriminalizací a legální regulací na druhé straně tak, aby negativní vliv drogové politiky na well-being jednotlivců a společnosti a veřejnozdravotní a společenské dopady užívání psychoaktivních látek byly co nejnižší. Model regulace nabídky v drogových politikách má tvar křivky ve tvaru U (obrázek 2), kde nejnižší bod odpovídá nejnižším zdravotním a společenským škodám a nejvyšší míře well-being (Alice Rap, 2014; Anderson et al., 2017; Mravčík et al., 2019; Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019; Transform Drug Policy Foundation, 2013; Zábranský et al., 1997).

obrázek 2: "U" křivka závislosti škodlivosti užívání psychoaktivních látek a well-being na míře prohibice a kriminalizace



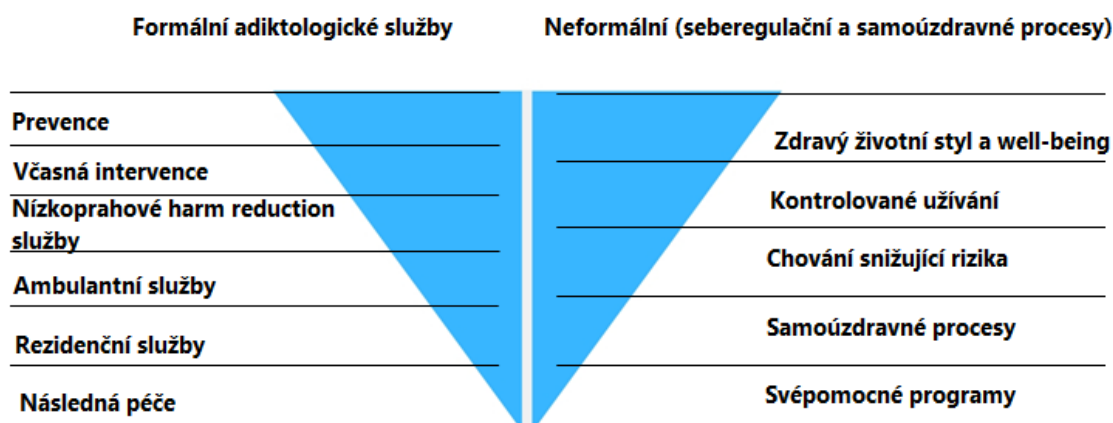
Zdroj: Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2019), Mravčík et al. (2019)

Adiktologické služby

Cílem adiktologických služeb je zvýšit well-being klientů, zlepšit jejich zdravotní stav a jejich sociální fungování, snížit rizika spojená se závislostním chováním, případně zastavit nebo omezit škodlivé užívání psychoaktivních látek a omezit riziko recidivy. V tomto ohledu je adiktologická léčba účinná a má pozitivní ekonomický dopad. Výzkumy ukazují, že léčba také zvyšuje produktivitu (Ettner et al., 2006), zdraví (Ettner et al., 2006; McLellan et al., 2000) a celkovou kvalitu života (Garner et al., 2014; Pasareanu et al., 2015; Tracy et al., 2012). Studie navíc ukazují, že finanční prostředky spotřebované na léčbu komplikací spojených s užíváním psychoaktivních látek ušetří čtyřnásobek nákladů na zdravotní péči a sedminásobek nákladů trestněprávního systému (Ettner et al., 2006).

Systém adiktologických služeb nabízí formální služby (prevence, včasná intervence, nízkoprahové harm reduction služby, ambulantní služby, rezidenční služby a následnou péči) a neformální služby (např. svépomocné programy a skupiny), mezi něž se řadí i seberegulační a samouzdravné procesy. Jsou využívány zdroje v blízkém okolí, v rodině, komunitě a celé společnosti (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021).

obrázek 3: Pyramida hierarchie formálních adiktologických služeb a neformálních seberegulačních a samouzdravných procesů



Zdroj: Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP (2021)

Léčba potíží spojených s užíváním psychoaktivních látek se poskytuje především ve specializovaných programech (rezidenčních i ambulantních), intenzita a struktura nabízených léčebných režimů se může v různých typech programů lišit (EMCDDA, 2017; Gossop, 2006; Schulte et al., 2008).

Adiktologické služby by měly vycházet z přístupu public health a měly by respektovat lidská práva, včetně práva na zdraví a lidských práv lidí, kteří užívají drogy, včetně dobrovolnosti léčby. Měly by respektovat etické zásady a zásady důvěrnosti a rovného přístupu a měly by podporovat zapojení uživatelů drog do vytváření a poskytování služeb (EMCDDA, 2021).

Cílem práce s klienty je snižovat obtíže způsobené užíváním psychoaktivních látek, zlepšit zdravotní a sociální funkce a naučit a motivovat klienty ke sledování jejich stavu a řízení rizika relapsu. Péče může být poskytována v lůžkových nebo ambulantních zařízeních v závislosti na potřebách klienta. Práce s klientem obvykle zahrnuje kombinaci kognitivně-behaviorálních terapeutických metod v individuálním, rodinném nebo skupinovém settingu (Bošiaková, 2013; Gooding & Tarrier, 2009; Lee & Rawson, 2008; Nešpor & Csémy, 2006; Novotná, 2009), farmakoterapii včetně substituční léčby a následnou péči – doléčování, prevenci relapsu. Poradenské a psychoterapeutické intervence ukázaly účinnost ve snížení užívání psychoaktivních látek, rozvoji účinných strategií zvládnání bažení a zlepšení sociálního fungování v individuálním i skupinovém režimu (Kleber et al., 2006; McGovern & Carroll, 2003; National Institute on Drug Abuse., 2012; Sumnall et al., 2017; Wandersman et al., 2000). Rovněž svépomocné a podpůrné programy na bázi 12 kroků jsou účinné ve snížení míry užívání psychoaktivních látek a v podpoře sociální integrace a úzdravy (Kelly et al., 2020; Sumnall et al., 2017).

Case management je metoda systematické práce s klientem, jejímž cílem je koordinace pomoci tak, aby byla včasná, účinná, kvalitní, hospodárná, spravedlivá a zaměřená na potřeby klienta. Jejím základem je tzv. case manager (klíčový pracovník), který koordinuje spolupráci mezi klientem, poskytovateli služeb a ostatními profesionály i neprofesionály podílejícími se na řešení životní situace klienta. Budováním terapeutického vztahu s klientem, efektivním využíváním motivačních strategií, identifikací individuálních překážek a potíží klienta při dodržování léčebného režimu vytvářením pozitivního prostředí, doporučováním nebo poskytováním podpůrných služeb, jako je péče o děti, podpora bydlení a doprava, se zvyšuje zapojení a udržení klienta v léčebném programu (Sheedy & Whitter, 2009). Case management současně podporuje zapojení a zmocnění klienta – jednotlivci, kterým jsou proaktivně poskytovány intervence pro jejich aktivní zapojení, častější kontakt a sledování, mají vyšší adherenci k léčbě a lepší výsledky léčby (Messina et al., 2010; Prendergast et al., 2011).

Substituční léčba závislosti na opioidech je evidence-based intervence pro závislé na opioidech, při níž je nahrazeno užívání ilegální drogy lékařem předepsanými, orálně užívanými opioidy. Substituční léčba je nejvýznamnější a nejdůležitější léčbou v rámci komunity (Gossop, 2006; Kourounis et al., 2016; Schulte et al., 2008; Ward et al., 1999) stejně jako ve vězeňském prostředí (Stover & Michels, 2010). Substituční léčba se stala standardní součástí intervencí v oblasti veřejného zdraví zaměřených na užívání drog v Evropě i celosvětově (Hedrich et al., 2008; Rhodes & Hedrich, 2010a). Je odhadováno, že v EU dostává substituční léčbu ročně kolem 700 tis. uživatelů opioidů, což naznačuje, že přibližně 1 z 2 problémových uživatelů opiátů v EU dostává substituční léčbu; existují však velké rozdíly mezi jednotlivými zeměmi (EMCDDA, 2018). Substituční léčba redukuje rizikové chování a škody spojené s injekčním užíváním, snižuje riziko vzniku HIV a dalších infekcí souvisejících s drogami, rizikové sexuální chování, rizika předávkování, snižuje účast na trestné činnosti, užívání nelegálních drog a zvyšuje retenci při léčbě a tím zlepšuje celkovou kvalitu života uživatelů opioidů (Amato et al., 2005; Amato et al., 2011; Gowing et al., 2011; Lawrinson et al., 2008; MacArthur et al., 2012; Mattick et al., 2004). Psychosociální podpora v rámci substituční léčby zvyšuje její účinnost, ale účinná je i

samotná farmakoterapie (Gossop, 2006; Schulte et al., 2008). Metadon a buprenorfin jsou v současné době nejčastěji užívané opioidy v udržovací léčbě v Evropě i jinde ve světě. Metadon je podáván u 63 % klientů, buprenorfin u 35 % klientů a další látky u 2 % klientů v substituční léčbě v Evropě (EMCDDA, 2018). V některých zemích, například ve Francii, Finsku a také v ČR, převládá buprenorfin (EMCDDA, 2018). Restriktivní opatření týkající se financování substituční léčby v rámci vnitrostátních systémů zdravotního pojištění a komplikované správní a regulační rámce pro poskytování substituce, jsou považovány za hlavní příčiny ztíženého přístupu a nedostatečné dostupnosti substituční léčby (Knudsen & Roman, 2012; Nosyk et al., 2013; Vranken et al., 2014; Zullo et al., 2016). Omezující podmínky a pravidla pro substituční léčbu v systémech zdravotního pojištění a náročný administrativní a regulační rámec jsou považovány za hlavní důvody obtížného přístupu k léčbě a její nedostatečné dostupnosti také v USA a Kanadě (Knudsen & Roman, 2012; Nosyk et al., 2013). Mezinárodní srovnání ukazuje, že ČR patří mezi těch málo zemí, které nedostatečně pokrývají náklady na substituční léčbu ze zdravotního pojištění (Abagiu et al., 2014). Nedostatečné pokrytí nákladů na substituční léčbu je rovněž jednou z příčin nízkého pokrytí substituční léčbou a úniků substitučních preparátů na černý trh v ČR (Malinovská & Mravčík, 2018; Mravčík et al., 2018; Mravčík & Orliková, 2019). Dostatečné dávkování je důležitou součástí efektivity léčby. Vyšší dávky a flexibilní dávkování (více než 100 mg metadonu denně, a 12-32 mg buprenorfinu denně) zlepšují retenci v léčbě a snižují užívání nelegálních opiátů v průběhu léčby (Fareed et al., 2009; Fareed et al., 2012; Gossop, 2006; Maremmani & Gerra, 2010; Schulte et al., 2008).

Za porušení pravidel terapeutického zařízení je nutné uplatnit přiměřený postih. Sankce by však za žádných okolností neměly narušit další pokračování léčby nebo kvalitu jejího poskytování. Přístup k léčbě nelze odepřít z důvodu nepatřičného chování klientů, jako je např. nedovolené nakládání s psychoaktivními látkami, neindikované užívání léčivých přípravků nebo souběžné užívání dalších psychoaktivních látek (Pompidou Group, 2017). Rovněž WHO, UNODC a UNAIDS (2009) prosazují v léčbě univerzální a nediskriminační přístup. V ČR zůstává vyloučení pro porušování léčebného režimu nejčastějším důvodem ukončení epizody substituční léčby (Mravčík et al., 2020).

Harm reduction programy jsou zaměřeny na snižování nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání psychoaktivních látek u aktivních uživatelů drog, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby. Jde o soubor intervencí respektující aspekt ochrany zdraví a redukce rizik na úrovni jednotlivce i populace a poskytuje služby na základě potřeb klienta. Harm reduction programy se staly v Evropě součástí hlavního proudu národních i mezinárodních veřejnozdravotních a drogových politik. Patří sem poradenské a informační programy směřující k redukci rizikového chování, aplikační místnosti, vrstevnické (peer) programy, terénní programy, programy testování drog a různé další strategie směřující k ochraně zdraví ohrožených populací (Hedrich et al., 2008; Rhodes & Hedrich, 2010b). Do standardní nabídky harm reduction služeb patří kontaktní práce a poradenství, distribuce injekčního materiálu, motivační rozhovory, zprostředkování kontaktu se zařízeními zabývajícími se léčbou závislosti, testování na infekční onemocnění nebo zprostředkování testování, poradenství v oblasti infekčních nemocí, prevence předávkování, zdravotní ošetření a sociální služby pro uživatele drog, případně hygienický a potravinový servis či jejich zprostředkování (Hrdina, 2003; Hrdina & Korčíšová, 2003; Libra, 2003). Princip harm reduction se staví proti stigmatizaci uživatelů psychoaktivních látek a zdůrazňuje univerzálnost a vzájemnou provázanost práv. Lidská práva se vztahují na každého. Lidé, kteří užívají drogy, nepozbývají svá lidská práva, a to včetně práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň fyzického a duševního zdraví, na sociální služby, na práci či na využití výtvarných vědeckého pokroku. Nesmějí ani být svévolně zatčeni nebo zadržováni a nesmějí být vystaveni krutému, nelidskému a ponižujícímu zacházení. Filozofie harm reduction se staví proti záměrnému pronásledování a násilí, kterému jsou uživatelé drog vystavováni

ve jménu protidrogových opatření a prevence užívání drog, a prosazuje takové řešení problematiky užívání drog, které respektuje a chrání základní lidská práva (Harm Reduction International, 2020).

Fenomény na místní úrovni související se stigmatizací adiktologických služeb

Přestože jsou adiktologické služby účinné a ekonomicky efektivní, jsou často okolím vnímány jako příčina výskytu uživatelů drog a souvisejících problémů, např. drogové trestné činnosti v konkrétní lokalitě (Adams & Volkow, 2020).

Fenomén „Not in My Back Yard“

Tzv. „Not in My Back Yard“ (NIMBY) je fenomén, který spočívá v tom, že obyvatelé místních komunit podporují rozvoj a vznik pomáhajících služeb pro uživatele psychoaktivních látek v obecné a teoretické rovině, nikoli ale ve svém sousedství. Přestože jsou služby veřejnosti vnímány jako veřejně prospěšné, čelí odporu komunity, ve které se nachází nebo ve které je uvažováno o jejich zavedení. Týká se to především programů substituční léčby a harm reduction programů. NIMBY je dalším nepřírodním důsledkem stigmatizace lidí užívajících psychoaktivní látky a pomáhajících služeb, důsledkem rámování užívání drog jako morálního problému spíše než veřejnozdravotního problému (Davidson & Howe, 2014).

Stigmatizace služeb a NIMBY přetrvává navzdory desetiletí výzkumů, které potvrzují účinnost služeb poskytujících harm reduction služby uživatelům psychoaktivních látek v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti (Davidson & Howe, 2014; Furr-Holden et al., 2016).

Nebyl nalezen statistický důkaz toho, že by se v okolí center pro léčbu drogové závislosti vyskytovala násilná činnost ve vyšší míře, než v okolí např. prodejen alkoholu či obchodů se smíšeným zbožím, které vykazují vyšší průměrnou míru kriminality ve srovnání s ostatními typy míst. Neukázal se ani statisticky významný rozdíl v míře kriminality dále či blíže od těchto center a že centra pro léčbu závislosti jsou za příčinu problémů považována neoprávněně (Furr-Holden et al., 2016).

Otevřená drogová scéna

Výrazným fenoménem, který je často nesprávně považován za důsledek aktivity pomáhajících služeb pro uživatele drog je tzv. otevřená drogová scéna. Jako otevřená drogová scéna se označuje místo, kde se scházejí lidé užívající drogy a kde se drogy i prodávají. K rozvoji drogových scén došlo v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století např. v Curychu (Švýcarsko), Vídni (Rakousko), Frankfurtu (Německo), Amsterdamu (Nizozemsko) nebo Oslu (Norsko). Otevřená drogová scéna může dosahovat velikosti od malých izolovaných skupinek několika jednotlivců až po tisíce osob. Otevřené drogové scény mají „gravitační“ efekt a přitahují další uživatele drog z jiných měst či drogové turisty z jiných zemí. Fenomén otevřených drogových scén zahrnuje násilí mezi osobami zapojenými do nezákonného obchodu s drogami, pouliční prostituci, užívání drog na veřejnosti, předávkování, odhazování použitého aplikačního náčiní a další projevy narušování veřejného pořádku, násilí, prostituci. Otevřené drogové scény jsou také příčinou stigmatizace místních komunit a jejich obyvatel, řešení problémů na otevřené drogové scéně je zdrojem konfliktů a nepochopení mezi jednotlivými zúčastněnými aktéry (Connolly, 2006; European monitoring centre for drugs and drug addiction, 2005; Waal, 2004).

S existencí otevřených drogových scén se v ČR potýká především Praha. Problémy s otevřenou drogovou scénou v Praze existují od počátku 90. let minulého století a souvisí s nástupem tzv. heroinové epidemie. Problémy se dlouhodobě týkaly především bezprostředního centra Prahy

(Praha 1), především Václavského náměstí, Vrchlického sadů, Hlavního nádraží a jeho okolí (např. točitá schodiště před halou Hlavního nádraží slouží k aplikaci drog). Dalším místem jsou podchody pod magistrálou v blízkosti parkovacího domu Eden, zadní strana Národní opery a prostor mezi Národní operou a bývalým Federálním shromážděním, veřejné telefonní automaty a jejich okolí ve vestibulech metra Můstek střed, Muzeum a Václavské náměstí. Otevřené drogové scény se ale vyskytují také v jiných městských částech, především Prahy 2 a 5, především na Karlově náměstí a na Smíchově kolem křižovatky U Anděla nebo v okolí autobusového nádraží Na Knížecí. Na jaře 2012 vedlo přestěhování ordinace lékaře předepisujícího buprenorfin v rámci opiátové substituční léčby z Prahy 5 na území Prahy 4 k vytvoření nové otevřené drogové scény v Praze 4 a k dalšímu zhoršení došlo výpadkem dodávek substitučního léku buprenorfinu – tato situace byla označována jako „subutexová krize“.¹ K rozvoji další otevřené drogové scény došlo také v Praze 8 v lokalitách Florenc a v okolí Palmovky. Problémy související s otevřenými drogovými scénami se týkají zejména rušení veřejného pořádku, jsou registrovány stížnosti rezidentů, obchodníků a majitelů provozoven na obtěžování ze strany uživatelů drog v turisticky exponovaných částech Prahy a na distribuci a aplikaci drog na veřejnosti (Pracovní skupina Harm Reduction při Protidrogové komisi hlavního města Prahy, 2010; Procházková & Herzog, 2010) (Havlíková, 2020; Herzog et al., 2019; Hlavní město Praha, 2016; Mravčík & Nečas, 2011). Epidemie COVID-19 od jara 2020 změnila situaci na otevřených drogových scénách v Praze, mj. díky dramatickému poklesu turistického ruchu v centru Prahy, který je spojen s ekonomickou aktivitou lidí užívajících drogy včetně žebření, drobných krádeží, prodeje drog turistům apod. Došlo k přesunu části scény mimo historické centrum města. V r. 2020 a 2021 se zvýšila aktivita zejména na otevřené drogové scéně městské části Praha 5 v lokalitě u Anděla, Na Knížecí a v ulicích kolem spodní části Plzeňské ul. (Mravčík et al., 2020; Mravčík et al., 2021).

Charakteristické je přesouvání otevřených drogových scén mezi jednotlivými lokalitami v centru Prahy a kolem něj (Herzog, 2012). Drogové scény se nachází především na spojnici veřejných dopravních uzlů, které umožňují rychlé obstarání drogy. Důkazem je přesun drogové scény v nočních hodinách k I.P. Pavlova a Karlovu náměstí jakožto spojnici noční veřejné dopravy. Dalším důvodem je anonymita a bezpečné prostředí, které nabízí veřejné prostranství plné lidí (včetně policie) a které zajišťuje lidem užívajícím drogy ochranu před násilím, krádežemi apod. (Herzog et al., 2019).

Výskyt otevřených drogových scén je příčinou protestů ze strany obyvatel předemětných lokalit a zdrojem značné politické pozornosti a aktivit, které jsou do značné míry namířeny proti adiktologickým programům, které v daných lokalitách působí (zde se projevuje fenomén NIMBY). Při pokusu o vytlačení lidí užívajících drogy z veřejných prostranství či o jejich přesun na jiné místo dochází k řadě konfliktních situací mezi pražskými městskými částmi, mezi městskými částmi a Magistrátem hl. m. Prahy, mezi terénními programy a státními i městskými policisty operujícími na drogové scéně (Mravčík et al., 2021; Mravčík & Nečas, 2011; Procházková & Herzog, 2010).

Řešení problémů spojených s otevřenou drogovou scénou vyžaduje mezioborový přístup a spolupráci všech zúčastněných subjektů (státní správa, místní samospráva, pomáhající programy, občanská sdružení a iniciativy) a vyžaduje rovněž mezioborové intervence, kdy jsou represivní opatření doplněna o nabídku preventivních, harm reduction a léčebných intervencí. Partnerská spolupráce by měla být založena na těchto zásadách (Connolly, 2006):

- Veřejný prostor je veřejným majetkem. Každý by se měl chovat způsobem, který je slučitelný s potřebami dalších osob, které využívají totéž místo.

¹ <http://www.drogy.net/aktuality/z-domova/nedostatek-subutexu-na-cernem-trhu-s-sebou-prinasi-vaznarizika.html> [2017-01-14]

- Definice narušování pořádku vychází z naší připravenosti tolerovat určité jevy.
- Problém je nutné identifikovat, pochopit a zevrubně analyzovat. Primární otázkou je řešení a odstranění daného problému, nikoli pouhé potírání trestné činnosti.
- Opatření by se měla zaměřovat na místa s nejakutnějšími projevy drogové trestné činnosti, deprivace a sociálního vyloučení a na jevy, které jsou lidem nejvíce na očích.
- Při potírání pouličního obchodování s drogami hraje zásadní roli zapojení místní komunity.
- Je zapotřebí, aby bylo prováděno strategické plánování a aby aktivity byly založeny na multidisciplinárním přístupu a spolupráci. Odpovědnost za řešení nikdy nespočívá pouze na jednom subjektu.
- Jednotlivé intervence musí být ve vzájemné rovnováze a musí v sobě kombinovat činnost represivních, sociálních a zdravotních složek a musí zahrnovat opatření na komplexní řešení fungování celé lokality.
- Policie musí akceptovat a podporovat terapeutický aspekt a pracovníci pomáhajících služeb musí akceptovat a podporovat požadavek na minimalizaci míry narušování veřejného pořádku.
- Bez ohledu na konkrétní povahu realizovaných opatření je zapotřebí, aby všechny zainteresované služby a organizace poskytly odpovídající prostředky a působily dlouhodobě.
- Jednotlivé intervence je nutné vyhodnocovat a jejich úspěšnost musí být měřitelná.
- Jednotlivé cíle musejí být realistické a dosažitelné.
- Realizovaná opatření by neměla vést k prohloubení stigmatizace a sociálního vyloučení uživatelů drog. Pozornost by se měla soustředit na minimalizaci škod na straně uživatelů i komunity.

Destigmatizace: účinná opatření a dobrá praxe

Z rešerše destigmatizačních projektů a kampaní z Austrálie (Lancaster et al., 2018), Skotska (Scottish Drug Death Taskforce, 2020), městské kampaně v irském Dublinu (Citywide Drugs Crisis Campaign, 2018, 2022), kanadského Toronta (Toronto Drug Strategy Implementation Panel, 2010) a z doporučení Mezinárodního konsorcia pro drogovou politiku (International Drug Policy Consortium, 2022) vyplývá, že destigmatizační a destigmatizující politiky, intervence a kampaně by měly být komplexní a měly by se zaměřovat na sociální, politické a ekonomické příčiny stigmatu, stejně jako na změnu diskriminačních postojů a chování jednotlivců. Měly by být víceúrovňové (řešení individuální a strukturální diskriminace), tak aby reagovaly na širší kontext.

Mezi klíčové oblasti, na které by se destigmatizační aktivity měly zaměřit patří:

Mediální komunikace a mediální kampaně

Než dojde k prezentaci strategie založené na důkazech pro řešení stigmatizace, je důležité zajistit, aby měli lidé dostatečné množství informací a rozuměli tomu, co je stigma a jak se může projevat. Důležité je také zlepšit informovanost v oblasti užívání psychoaktivních látek. Fakta a vědecky podložené informace o závislosti a dostupné léčbě snižují míru stigmatizace a diskriminace a zvyšují kontakt s léčbou (The United Nations Office on Drugs and Crime, 2021). Ukazuje se však, že rámování užívání drog jako nemoci má omezenou účinnost ve snižování stigmatizace a může být samo o sobě stigmatizující (Pescosolido et al., 2010), stejně tak jako léčba sama o sobě může být příčinou stigmatizace.

Mediální kampaně založené na posilování strachu nejsou v prevenci užívání psychoaktivních látek účinné a vedou pouze k další stigmatizaci. Obecně je doporučeno využívat pozitivních poselství k uživatelům v léčbě i mimo ni. Skotským příkladem je „Your life matters“ - heslo pro distribuci naloxonu (Scottish Drug Death Taskforce, 2020). Médii by měly být poskytovány pozitivnější zprávy ohledně léčby a údravy, respektu k jednotlivcům, rodinám či komunitám. Důležité je jsou informace

o přínosu adiktologických služeb pro širší komunity a celkový well-being. Jakákoli stigmatizace v médiích, by měla být zpochybněna vládou a příslušnými partnery. Kampaně propagující pozitivní poselství týkající se léčby a zlepšení životních podmínek pro osoby užívající psychoaktivní či životní zkušeností by měly být přiměřeně rozvíjeny a podporovány na celostátní a místní úrovni.

Mělo by dojít k vytvoření národního a místního prohlášení týkajícího se stigmatizace a všech jeho typů, které by bylo zaštitěno jak vládou, tak veřejným zdravotnictvím, za současné podpory služeb, nejen těch adiktologických. Vládní rezorty by měly mít implementované pokyny pro komunikaci v oblasti užívání psychoaktivních látek.

Příkladem mediální kampaně je příručka vydaná IDPC, která má sloužit jako uživatelsky přívětivý zdroj pro lidi ze všech sektorů kteří chtějí porozumět klíčovému cílům, principům a konceptům souvisejícím s dekriminací psychoaktivních látek a jak tento směr podpořit. Prostřednictvím třech kapitol (Know it, Show it, Grow it) jsou nabídnuty praktické kroky pro vytvoření strategií na podporu dekriminace a nástroje s jejichž využitím lze postupně kultivovat a vytvářet zdravé, bezpečné a inkluzivní prostředí (International Drug Policy Consortium, 2022).

„Support. Don't Punish.“ je celosvětová kampaň, která podporuje harm reduction přístup a drogové politiky, které jsou orientované na veřejné zdraví a lidská práva. Snahou je zvyšovat povědomí mezi médii a veřejností a zahájení dialogu s tvůrci politik. Kampaň vrcholí Celosvětovým akčním dnem, který se koná 26. června, kdy se mobilizují podpůrci v téměř 100 zemích světa (International Drugs Policy Consortium, 2022).

obrázek 4: Logo a banner kampaně „Support, don't punish.“



Zdroj: <https://supportdontpunish.org/>

Organizace Release je autorem destigmatizační a dekriminizační kampaně *Nice people take drugs* (Dobří lidé berou drogy).

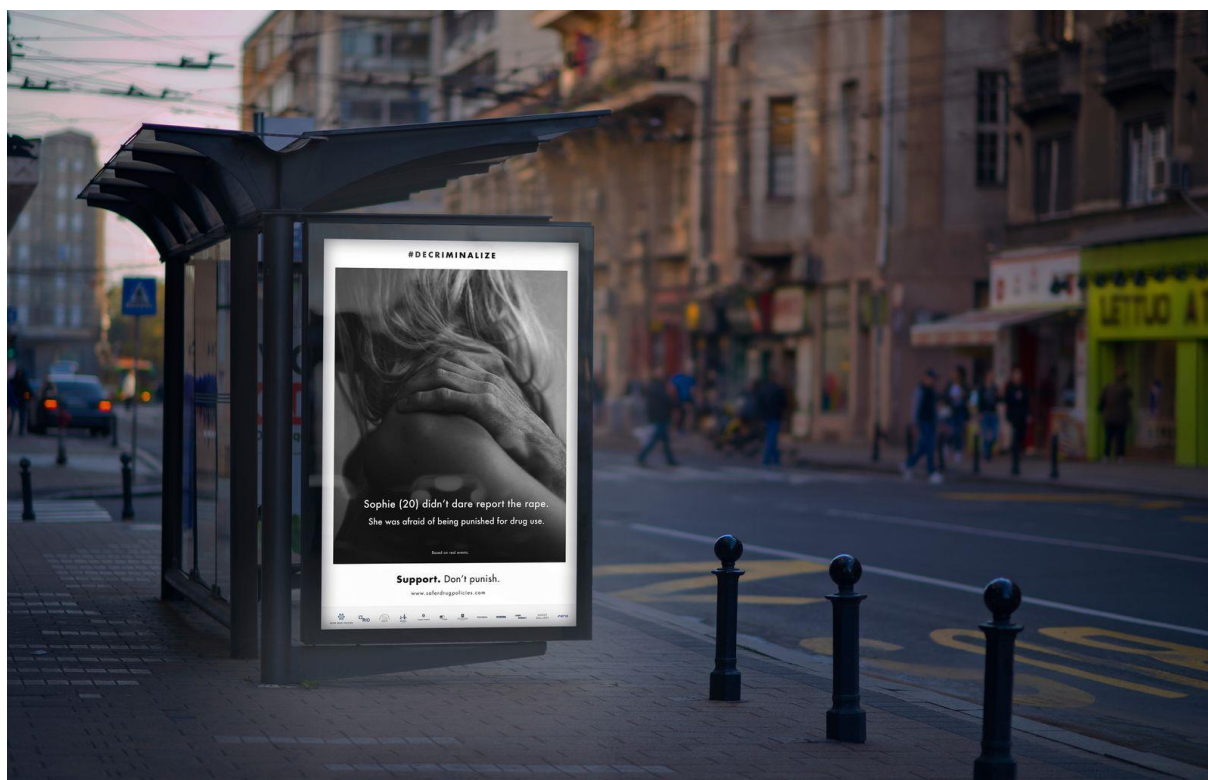
obrázek 5: Ukázky kampaně Nice people take drugs



Zdroj: <https://www.release.org.uk/nice-people-take-drugs>, <https://twitter.com/virgin/status/927453091968028672>

Asociace pro bezpečnější drogovou politiku a další organizace realizují kampaň #Decriminalize, která podporuje dekriminizační reformy v Norsku. Osm skutečných příběhů nastiňuje, jak kriminalizace poškozuje uživatele psychotropních látek (Association for Safer Drug Policies, 2022).

obrázek 6: Kampaň #Decriminalize v Norsku



#DECriminalize

Andrew (22) used drugs to cope with his anxiety.

After he was punished, his drug problem got worse.

saferdrugpolicies.com

Zdroj: Association for Safer Drug Policies (2022)

Komunitní kampaně

Ve snižování míry stigmatizace se jeví jako nejúčinnější ty intervence, které posilují kontakty mezi populací lidí užívajících drogy a širší populací. Čím pevnější a bližší vztahy budou mít lidé s osobami užívajícími psychoaktivní látky, tím méně je pravděpodobné, že budou moralizovat, stigmatizovat a diskriminovat (Adams & Volkow, 2020). Komunitní intervence, jejichž cílem je informovat, edukovat a pomoci tak obnovit či podpořit vztahy, napomáhají k pozitivní změně postojů a tím ke snižování stigmatizace a diskriminace.

Národní síť komunitních organizací a aktivistů CityWide v Dublinu vede od roku 2018 kampaň, jejímž cílem je bořit stigma, měnit postoje a dostat se do situace, kdy je s lidmi užívajícími psychoaktivní látky zacházeno důstojně a s respektem (Citywide Drugs Crisis Campaign, 2018). Součástí jsou webové stránky, plakáty a dokument. Kampaň se opírá o vědecké důkazy a byla konzultována s lidmi, kteří užívají psychoaktivní látky formou ohniskových skupin.

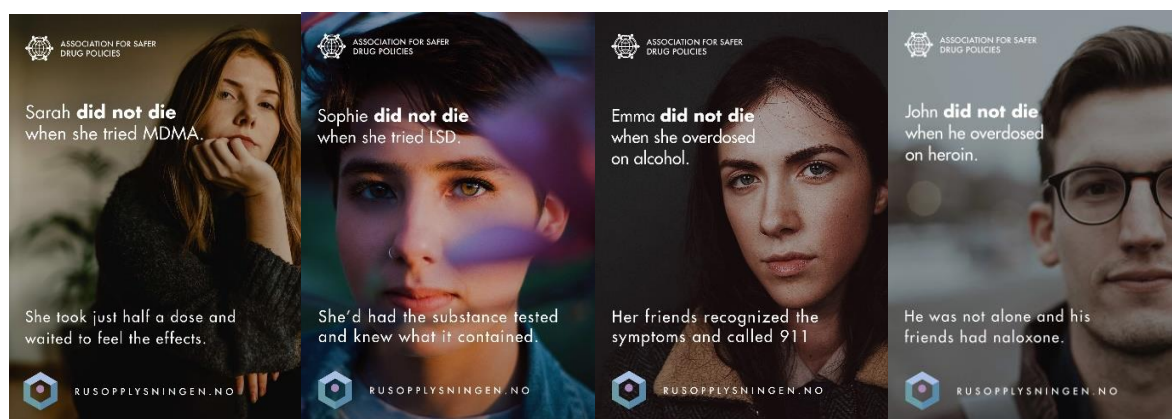
Obrázek 7: Plakáty kampaně STOP the STIGMA v irském Dublinu



Zdroj: Citywide Drugs Crisis Campaign (2018)

Asociace pro bezpečnější drogovou politiku spustila na podzim r. 2019 kampaň Rusopplysningen (Informace o drogách) s cílem poskytnout veřejnosti přesné a vědecky podložené informace o drogách, a to bez moralizování. Autoři věří, že informováním o účincích, rizicích a poskytováním informací ke zvýšení bezpečnosti, minimalizují škody způsobené užíváním drog. Původní kampaň je v norštině, existuje také anglický překlad.

obrázek 8: Norská informační kampaň o drogách



Volný překlad: „Sarah nezemřela, když zkusila MDMA. Vzala si jen půlku a počkala, jaký to bude mít účinek.“ Sophie nezemřela, když zkusila LSD. Nechala si látku otestovat a věděla, co obsahuje.“ Emma nezemřela, když se předávkovala alkoholem. Její kamarádi poznali příznaky a zavolali sanitku (911).“ John nezemřel, když se předávkoval heroinem. Nebyl sám a jeho kamarádi měli u sebe naloxon.“

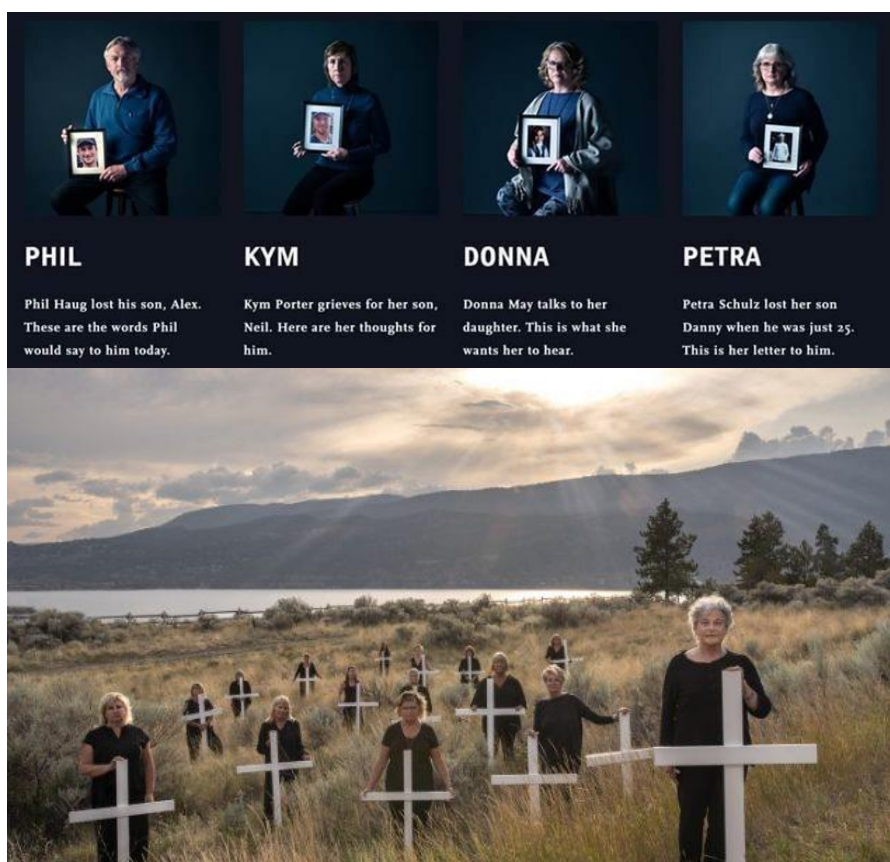


Volný překlad: „Thomas nezemřel, když zkusil GHB. Vyhybal se alkoholu celou noc a správně dávkoval.“

Zdroj: <https://saferdrugpolicies.com/harmreductioncampaign>

V Kanadě působí iniciativa *Moms Stop the Harm* (Matky proti škodám), síť kanadských rodin, které byly postiženy dopady nebo smrtí členů rodiny způsobené užíváním psychoaktivních látek. Zasazuje se aktivně proti stigmatizaci, za zavedení harm reduction opatření, poskytuje podporu truchlícím rodinám a pomáhá těm, jejichž blízcí užívají či užívali psychoaktivní látky. Poselstvím iniciativy je věta „Jsme stejní jako vy, tohle se může stát každému.“ (Desjardins, 2020; Moms Stop The Harm, 2022).

obrázek 9: Ukázky kampaní iniciativy Moms Stop the Harm z Kanady



Zdroj: <https://www.momsstoptheharm.com/>

Vzdělávání klíčových profesí

Pomáhající profese jsou pro redukci stigmatu klíčové. Mělo by se zvyšovat jejich povědomí o stigmatizujících aspektech klinické práce (např. být si vědom síly diagnostiky a nálepkování, formy komunikace s klienty). Dále je důležité motivovat pracovníky, aby jako součást své praxe přijímali roli obhájce práv svých klientů a jejich destigmatizaci. Důležitá je rovněž jejich role při ovlivňování politiky směrem k destigmatizaci. Současně se ukazuje, že efektivita vzdělávacích intervencí mezi profesionály je bez organizační podpory neúčinná. Studie Sulzer et al. (2021) demonstruje, že vzdělávání zaměřené na předsudky a diskriminační jednání v souvislosti s harm reduction či substituční léčbou mezi zdravotníky může přispět ke snížení stigmatizace.

Mělo by být zajištěno poradenství a vzdělávání pro další odborné pracovníky (zdravotnické, sociální či policie), kteří se dostávají do kontaktu s uživateli psychoaktivních látek, a to jak v oblasti komplexnosti užívání psychoaktivních látek, tak v oblasti stigmatizace a dopadů stigmatizujícího chování, procesů a prostředí. Podpora školení v rozpoznání závislosti praktických lékařů, sester, a dalších specialistů by měla vést ke zvýšení dostupnosti péče. Důraz je také kladen na užívanou terminologii a zachování důstojnosti klientů.

Je nutné zmínit, že určité stigmatizaci jsou vystaveni také pracovníci v pomáhajících službách. Je třeba věnovat pozornost jejich kariéernímu a finančnímu podhodnocení, jež může vést k určité odevzdanosti až syndromu vyhoření.

Zapojení osob s žitou zkušeností

Cennou intervencí je zapojování osob s žitou zkušeností s užíváním psychoaktivních látek do politiky a služeb. A to nikoli mechanicky pouze ve smyslu „ti musí být zahrnuti“, ale jako lidé, kteří mohou přinést unikátní perspektivu, kteří mohou nabídnou své kompetence a být zdrojem empatie. Ve službách se mohou zapojit jako peer konzultanti, kteří mohou mimo jiné podporovat a pracovat s lidmi, kteří se potýkají se stigmatizací a diskriminací. Dále mohou být zapojeni do rozvoje vzdělávání a školení.

Doporučení směřují také k zapojování a zmocňování uživatelů. Vytvoření prostoru, kde užívání nebude překážkou a uživatelé budou moci diskutovat lokální a národní reakce na užívání a být také v kontaktu s dalšími profesionály. Doporučováno je vytvoření pracovních skupin, jejichž součástí jsou i lidé s žitou zkušeností, aktuální uživatelé, členové rodin, dále pak zástupci harm reduction programů, jednotlivých služeb či represivních složek, jejichž cílem bude tvorba a implementace doporučení. Lidé s žitou zkušeností by měli spolupracovat na tvorbě strategií, které pomohou lidem sdílet jejich zkušenost se stigmatizací a diskriminací v destigmatizačních iniciativách.

Zvýšení dostupnosti léčebných a harm reduction intervencí

Efektivní léčebné programy, které vycházejí z výzkumů a jsou založeny na důkazech snižují nemocnost a úmrtnost lidí užívajících drogy. Míru škod ovlivňuje dostupnost léčby. Je nutné věnovat pozornost zvyšování dostupnosti a přístupnosti služeb a léčby, získat podporu služeb a také investovat do vybavení léčebných center. Je doporučováno obhajovat, podporovat a rozšiřovat harm reduction služby a služby primární zdravotní péče. Destigmatizační a dekriminalizační strategie doporučují také možnost zavedení moderních harm reduction intervencí jako jsou aplikační místnosti. Je rovněž nezbytné, aby fungovala spolupráce mezi službami a orgány prosazujícími právo, a to zejména při řešení vyhraněných projevů užívání drog na místní úrovni, jako jsou např. otevřené drogové scény (Connolly, 2006).

Podpora lidí užívajících drogy a jejich rodin

Úkolem služeb je zajistit inkluzi klientům, rodinám a komunitám a ukázat, že služby naslouchají lidem, které jejich služby potřebují. Dávat uživatelům v léčbě najevo, že na jejich názorech, postojích a zkušenostech záleží. Adiktologické služby by měly vyzdvihovat úspěchy klientů v léčbě a více komunikovat silná poselství uživatelům ohledně pozitivních dopadů při zapojení do služeb.

Je doporučeno vytvořit strategie na podporu a edukaci rodin lidí užívajících psychoaktivní látky a zlepšit podporu rodin uživatelů prostřednictvím vzdělávacích a informačních zdrojů. Vyvinout programy, které pomohou zvýšit odolnost klientů vůči stigmatizaci a podporovat zaměstnávání osob které dokončí léčbu.

Formální nastavení služeb

Ve službách by měla být zavedena politika a klima zachovávající důstojnosti klientů včetně vyhýbání se stigmatizující terminologii (Adams & Volkow, 2020)(Adams & Volkow, 2020)(Adams & Volkow, 2020)(Adams & Volkow, 2020)(Adams & Volkow, 2020)(Adams & Volkow, 2020). Všechny služby by se měly aktivně účastnit přerámování stigmatizujícího a stigmatizačního narativu ohledně užívání psychoaktivních látek, kdykoli je to možné. Je etickou povinností zdravotníků a ostatních pracovníků v kontaktu s uživateli psychoaktivních látek zacházet s uživateli se stejnou důstojností a respektem, jako s kterýmikoli jinými klienty. Pokrok může nastat při posunu postojů od viny, hanby a stigmatu směrem k respektu a soucitu (Adams & Volkow, 2020).

Pozornost je věnována dodržování základních lidských práv a svobod ve službách. Je doporučeno zavést kodexy práv a svobod a informovat a edukovat klienty ohledně jejich práv. Dále přezkoumat a zajistit, že mezi klíčové indikátory výkonosti organizací patří destigmatizační opatření a kontrolovat mechanismy stížností. Služby by měly aktivně podporovat příležitosti pro kohokoli, jedince, rodiny či komunity tak, aby mohly zpochybňovat stigmatizující chování, proces či prostředí.

Organizacím je dále doporučováno dodržovat politiku a legislativu, která chrání lidi před diskriminací a podporuje lidská práva a prosazovat protidrogovou politiku založenou na důkazech (evidence-based drug policy). Vytvářet přívětivé prostředí, které není hodnotící, budovat respektující a důvěryhodné vztahy s klienty a zároveň používat neutrální a nehodnotící jazyk. Zastávat se klientů a zajistit, aby dostali takovou péči, na kterou mají nárok. Edukovat a školit zaměstnance v oblasti destigmatizace, zaměstnávat osoby užívající psychoaktivní látky nebo s životní zkušeností a zapojovat je do tvorby, aplikace a hodnocení programů a politik. Povinností pomáhajících pracovníků je také upozorňovat na stigmatizaci a diskriminaci a vymezit se vůči ní.

Změna legislativy a politiky

Mezi destigmatizační aktivity se řadí také revidování legislativy a reformy v oblasti trestního práva směrem k destigmatizaci a dekriminalizaci. Doporučení míří k přezkumu zejména těch ustanovení a praxe, která představují bariéry pro realizaci služeb a pro kontakt uživatelů s pomáhajícími službami. Je doporučováno dekriminalizovat osobní držení či užívání drog a odstranit stigma spojené s užíváním drog či držení drog, které představuje záznam v trestním rejstříku. Úkolem vlády ve spolupráci s dalšími organizacemi je také vytvoření národních standardů a strategií pro řešení stigmatizace.

Závěry a doporučení

- Stigmatizace, diskriminace a kriminalizace uživatelů drog tvoří spojené nádoby, které mají negativní vliv na zdraví a sociální situaci uživatelů drog a představují překážku kontaktu se systémem pomáhajících služeb. Zvyšují zranitelnost, sociální exkluzi, nemocnost a úmrtnost stigmatizovaných, diskriminovaných a kriminalizovaných osob a přispívají ke zhoršení zdraví a blahobytu společnosti.
- Stigmatizaci způsobuje rámování užívání drog jako nemorálního nebo kriminálního chování. Rovněž rámování užívání drog jako nemoci (medicinalizace a patologizace užívání drog) nepřispívá ke snížení stigmatizace. Na systémové úrovni stigmatizaci zvyšuje represe a kriminalizace uživatelů drog.
- Nevyvážená drogová politika zvyšující stigmatizaci a kriminalizaci užívání drog je zdrojem zbytečných zdravotních a společenských škod. Přemíra represe a kontroly v drogové politice a regulaci psychoaktivních látek a psychoaktivního chování brání také zavedení některých účinných harm reduction intervencí.
- Stigmatizace uživatelů drog a prohibice užívání drog je zdrojem asociačního stigmatu dopadajícího na adiktologické služby a profesionály pracující v adiktologických službách. Přestože mají adiktologické služby pozitivní veřejnozdravotní dopady, jsou účinné a ekonomicky efektivní, potýkají se samy se stigmatizací ze strany místních komunit a nositelů rozhodovacích pravomocí.
- Moderní drogová politika na místní i na národní úrovni by měla být destigmatizační a destigmatizující. Z tohoto hlediska by strategie měla zahrnovat:
 - Destigmatizační kampaně mezi veřejností a v místních komunitách. Informační aktivity by měly zahrnovat zvýšení informovanosti o stigmatizaci a jejích dopadech a o komplexnosti závislosti, měly by využívat pozitivních poselství a informovat o přínosu adiktologických služeb. Měly by zahrnovat osoby s žitou zkušeností a jejich rodiny.
 - Vzdělávání policy makerů a profesionálů v drogové politice a ve zdravotních a sociálních službách. Vzdělávání by mělo zahrnovat problematiku lidských práv a svobod, důraz na jejich bezpodmínečné dodržování a zachování důstojnosti uživatelů psychoaktivních látek a současně edukovat o možnostech snižování stigmatizace.
 - Meziresortní a mezioborovou spolupráci při formulaci realizaci politiky. Vzájemná komunikace a spolupráce je klíčová zejména při řešení konkrétních problémů v komunitě, jako je např. výskyt otevřené drogové scény nebo jiné negativní projevy užívání drog na veřejnosti. Jakákoliv rychlá nebo jednostranná řešení mají jen krátkodobý a „balónový“ efekt.
 - Zajištění dostupnosti adiktologických služeb na základě analýzy veřejnozdravotních potřeb a potřeb klientů. Adiktologické služby by měly zahrnovat komplexní podporu klientů a jejich rodin.
 - Podporu vztahů a spolupráce s lidmi užívajícími psychoaktivní látky či žitou zkušeností s cílem pozitivní změny a snižování stigmatizace a diskriminace. Osoby s žitou zkušeností by měly být zapojeny do formulace a realizace drogové politiky a adiktologických služeb.
 - Odstranění diskriminačních strukturálních a legislativních bariér v dostupnosti léčebných a harm reduction služeb a dekriminální užívání drog a uživatelů drog.
 - Používání nestigmatizujícího, neutrálního a nehodnotícího jazyka ve strategických dokumentech, analýzách a veřejných vystoupení odborníků a představitelů veřejné správy.

Zdroje

- Abagi, A. O., Cavar, Z., Dannon, P., George, P., Habrat, B., Mahomedy, Z., Popov, P., Sarasvita, R., Utami, D. S., & Kastelic, A. (2014). Outcomes from the International Survey Informing Greater Insights in Opioid Dependence Treatment (INSIGHT) project. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 1-11. <https://doi.org/doi:10.3109/09687637.2014.945511>
- Adams, J. M., & Volkow, N. D. (2020). Ethical Imperatives to Overcome Stigma Against People With Substance Use Disorders. *AMA J Ethics*, 22(1), E702-708. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.702>
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend*, 88(2-3), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>
- Alice Rap. (2014). *ALICE RAP Policy Paper Series. Policy Brief 5: CANNABIS – FROM PROHIBITION TO REGULATION “When the music changes so does the dance”*.
- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F., & Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat*, 28(4), 321-329. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.02.007>
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(10).
- American Society for Addiction Medicine. (2011). *Definition of Addiction*. American Society for Addiction Medicine. Retrieved 8 August from <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>
- Anderson, P., Braddick, F., Conrod, P., Gual, A., Hellman, M., Matrai, S., Miller, D., Nutt, D., Rehm, J., Reynolds, J., & Ysa, T. (2017). *The New Governance of Addictive Substances and Behaviours*. Oxford University Press.
- Annan, K. (2016). *Health and human rights-centered drug policies: the essential role of International Geneva*. <https://www.kofiannanfoundation.org/changing-drug-policy/gcdp-geneva/>
- Ashford, R. D., Brown, A. M., & Curtis, B. (2019). “Abusing Addiction”: Our Language Still Isn’t Good Enough. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(2), 257-272. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1513777>
- Association for Safer Drug Policies. (2021). What happened to Norway's drug policy reform? Retrieved 2022-02-25, from <https://saferdrugpolicies.com/whathappened>
- Association for Safer Drug Policies. (2022). #DECriminalize: How do criminalization and fear of punishment affect people who use drugs? Retrieved 2022-03-25 from <https://saferdrugpolicies.com/decriminalizecampaign>
- Belackova, V., Salmon, A. M., Day, C. A., Ritter, A., Shanahan, M., Hedrich, D., Kerr, T., & Jauncey, M. (2019). Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies [<https://doi.org/10.1111/dar.12919>]. *Drug and Alcohol Review*, 38(4), 406-422. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/dar.12919>
- Bos, A., Pryor, J., Reeder, G., & Stutterheim, S. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 1-9. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Bošiaková, L. (2013). Motivovanie pacientov na ochrannej protitoxikomanickej liečbe prostredníctvom KBT. *Alkoholizmus a drogové závislosti (protialkoholický obzor)*, 48 (5), 219-227.
- Broyles, L. M., Binswanger, I. A., Jenkins, J. A., Finnell, D. S., Faseru, B., Cavaiola, A., Pugatch, M., & Gordon, A. J. (2014). Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: a recognition and response. *Subst Abus*, 35(3), 217-221. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.930372>
- Buchanan, J., & Young, L. (2000). The War on Drugs: a war on drug users? *Drugs: education, prevention and policy*, 7(4), 409-422. <https://doi.org/10.1080/dep.7.4.409.422>

- Citywide Drugs Crisis Campaign. (2018). *Stop the stigma*.
https://www.citywide.ie/assets/files/pdf/stop_the_stigma_position_paper_feb_2018.pdf
- Citywide Drugs Crisis Campaign. (2022). *CityWide Campaigns*. Retrieved 2022-02-22 from
<https://www.citywide.ie/>
- Connolly, J. (2006). *Responding to open drug scenes and drug-related crime and public nuisance towards a partnership approach*. Pompidou.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulao, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejia, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., Ogunrombi, A., Sherman, S., Stone, J., Vallath, N., Vickerman, P., Zabransky, T., & Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, 387(10026), 1427-1480. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00619-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00619-x)
- Červený, J., Chomynová, P., Mravčík, V., & van Ours, J. C. (2017). Cannabis decriminalization and the age of onset of cannabis use. *International Journal of Drug Policy*, 43, 122-129.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.014>
- Davidson, P. J., & Howe, M. (2014). Beyond NIMBYism: understanding community antipathy toward needle distribution services. *The International journal on drug policy*, 25(3), 624-632.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.10.012>
- Desjardins, L. (2020). *Moms grieving children lost to drugs campaign for change*. Radio Canada International,. Retrieved 2022-03-28 from <https://www.rcinet.ca/en/2020/10/23/moms-grieving-children-lost-to-drugs-campaign-for-change/>
- EMCDDA. (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Publications Office of the European Union.
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153649.pdf
- EMCDDA. (2018). *Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj*. Úřad pro publikace Evropské unie.
- EMCDDA. (2019, 2019). *Preventing overdose deaths in Europe (Perspectives on drugs)*. European monitoring centre for drugs and addiction. Retrieved 8 October 2021 from
https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/preventing-overdose-deaths_en
- EMCDDA. (2021). *Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/action-framework-for-developing-and-implementing-health-and-social-responses-to-drug-problems_en
- Ettner, S. L., Huang, D., Evans, E., Ash, D. R., Hardy, M., Jourabchi, M., & Hser, Y. I. (2006). Benefit-cost in the California treatment outcome project: does substance abuse treatment "pay for itself"? *Health Serv Res*, 41(1), 192-213. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00466.x>
- European monitoring centre for drugs and drug addiction. (2005). *Annual Report 2005*. EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017a). *Cannabis legislation in Europe: an overview*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/adhoc/cannabis-legislation-europe_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017b). Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. . *Perspectives on Drugs*.
www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en
- Fareed, A., Casarella, J., Roberts, M., Sleboda, M., Amar, R., Vayalapalli, S., & Drexler, K. (2009). High dose versus moderate dose methadone maintenance: is there a better outcome? *J Addict Dis*, 28(4), 399-405. <https://doi.org/10.1080/10550880903183042>
- Fareed, A., Vayalapalli, S., Casarella, J., & Drexler, K. (2012). Treatment outcome for flexible dosing buprenorphine maintenance treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 38(2), 155-160.
<https://doi.org/10.3109/00952990.2011.643988>
- Furr-Holden, C. D. M., Milam, A. J., Nesoff, E. D., Johnson, R. M., Fakunle, D. O., Jennings, J. M., & Thorpe, R. J., Jr. (2016). Not in My Back Yard: A Comparative Analysis of Crime Around Publicly Funded Drug Treatment Centers, Liquor Stores, Convenience Stores, and Corner

- Stores in One Mid-Atlantic City. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(1), 17-24. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.17>
- Gaddis, A., Kennedy, M. C., Nosova, E., Milloy, M. J., Hayashi, K., Wood, E., & Kerr, T. (2017). Use of on-site detoxification services co-located with a supervised injection facility. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 82, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.08.003>
- Garner, B. R., Scott, C. K., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2014). The relationship between recovery and health-related quality of life. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(4), 293-298. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.05.006>
- Global commission on drug policy. (2018). *Regulation. The Responsible Control of Drugs*. Retrieved 2019-02-27 from http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/09/ENG-2018_Regulation_Report_WEB-FINAL.pdf
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
- Gooding, P., & TARRIER, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets? *Behav Res Ther*, 47(7), 592-607. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.002>
- Gossop, M. (2006). *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*. National treatment Agency for Substance Misuse.
- Government of Canada. (2021). *Stigma around drug use*. Retrieved 2022-01-31 from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/stigma.html#shr-pg0>
- Gowing, L., Farrell, M. F., Bornemann, R., Sullivan, L. E., & Ali, R. (2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*(8), Cd004145. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004145.pub4>
- Harm Reduction International. (2020). *Global State of Harm Reduction 2020*.
- Harm Reduction International. (2022). *What is harm reduction?* Retrieved 2022-02-21 from <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- Harris, S. (2019). Review of A War on People: Drug User Politics and a New Ethics of Community by Jarrett Zigon. *Journal of Extreme Anthropology*, 3, 180-183. <https://doi.org/https://doi.org/10.5617/jea.7400>
- Havlíková, P. (2020). *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2019*. Hlavní město Praha.
- Hedrich, D., Pirona, A., & Wiessing, L. (2008). From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: education, prevention and policy*, 15(6), 503-517.
- Heim, D. (2014). Addiction: Not just brain malfunction [Correspondence]. *Nature*, 507(7490), 40-40. <https://doi.org/10.1038/507040e>
- Herzog, A. (2012). Drogy a kriminalita pohledem terénních programů. In M. Sadílková (Ed.), *Kriminalita & drogy*. Sananim.
- Herzog, A., Kocian, M., & Plaček, J. (2019). Změňování drogového trhu v centru Prahy. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 2(2), 98-105.
- Hlavní město Praha. (2016). *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2015*.
- Hrdina, P. (2003). Harm Reduction - Snižování poškození drogami. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 1* (pp. 263-268). Úřad vlády ČR.
- Hrdina, P., & Korčíšová, B. (2003). Terénní programy. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2* (pp. 159-164). Úřad vlády ČR.
- International Drug Policy Consortium. (2022). *Decriminalisation of People Who Use Drugs: A Guide for Advocacy*.
- International Drug Policy Consortium et al. (2022). *The decriminalisation of people who use drugs: Evidence for a critical societal enabler to end AIDS - Submission to the UN High Commissioner for Human Rights*. <http://fileserv.idpc.net/alerts/Input-UNHCHR-HIV-AIDS.pdf>
- International Drugs Policy Consortium. (2022). *Support. Don't Punish*. Retrieved 2022-03-25 from <https://supportdontpunish.org/about/campaign/>

- International Network of People who Use Drugs. (2018). *The Impact of Stigma and Discrimination on Key Populations and Their Families*.
https://www.nswp.org/sites/default/files/stigma_discrim_inpud_mpaact_nswp_-_2018_0.pdf
- International Network of People who Use Drugs. (2020). *WORDS MATTER! Language Statement & Reference Guide*. <https://inpud.net/words-matter-language-statement-reference-guide/>
- International Network of People who Use Drugs. (2021). *Drug Decriminalisation: Progress or Political Red Herring? Assessing the Impact of Current Models of Decriminalisation on People Who Use Drugs*. <https://inpud.net/drug-decriminalisation-progress-or-political-red-herring/>
- Jesseman, R., & Payer, D. (2018). *Decriminalization: Options and Evidence*.
<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Decriminalization-Controlled-Substances-Policy-Brief-2018-en.pdf>
- Kelly, J., & Westerhoff, C. (2009). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *The International journal on drug policy*, 21, 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), Cd012880.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., George, T. P., Greenfield, S. F., Kosten, T. R., Charles P. O'Brien, M. D., Ph.D., Rounsaville, B. J., Strain, E. C., Ziedonis, D. M., Hennessy, G., & Smith Connery, H. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders*. American Psychiatric Association.
- Knudsen, H. K., & Roman, P. M. (2012). Financial factors and the implementation of medications for treating opioid use disorders. *J Addict Med*, 6(4), 280-286.
<https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e318262a97a>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- Kourounis, G., Richards, B. D. W., Kyprianou, E., Symeonidou, E., Malliori, M.-M., & Samartzis, L. (2016). Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. *Drug & Alcohol Dependence*, 161, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.021>
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina K. et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup* (pp. 91-94). Úřad vlády ČR.
- Lancaster, K., Seear, K., & Ritter, A. (2018). *Monograph No. 26: Reducing stigma and discrimination for people experiencing problematic alcohol and other drug use* (978-0-7334-3820-2). (DPMP Monograph Series, Issue. http://handle.unsw.edu.au/1959.4/unsworks_52012
- Lawrinson, P., Ali, R., Buavirat, A., Chiamwongpaet, S., Dvoryak, S., Habrat, B., Jie, S., Mardiati, R., Mokri, A., Moskalewicz, J., Newcombe, D., Poznyak, V., Subata, E., Uchtenhagen, A., Utami, D. S., Vial, R., & Zhao, C. (2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103(9), 1484-1492.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x>
- Lee, N. K., & Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 309-317.
- Levy, N. (2013). Addiction is Not a Brain Disease (and it Matters). *Front Psychiatry*, 4, 24.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00024>
- Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2* (pp. 165-171). Úřad vlády ČR.
- MacArthur, G. J., Minozzi, S., Martin, N., Vickerman, P., Deren, S., Bruneau, J., Degenhardt, L., & Hickman, M. (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e5945.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e5945>
- MacCoun, R., & Reuter, P. (2008). The implicit rules of evidence-based drug policy: a U.S. perspective. *Int J Drug Policy*, 19(3), 231-232; discussion 233-234.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.02.012>

- Maccoun, R. J. (2010). The implicit rules of evidence-based policy analysis, updated. *Addiction*, 105(8), 1335-1336. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02936.x>
- Macleod, J., & Hickman, M. (2010). How ideology shapes the evidence and the policy: what do we know about cannabis use and what should we do? *Addiction*, 105(8), 1326-1330. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02846.x>
- Maher, L., & Dixon, D. (1999). Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market. *British Journal of Criminology*, 39(4), 488-512. <https://doi.org/10.1093/bjc/39.4.488>
- Malinová, J., & Mravčík, V. (2018). Problem Opioid Use in the Czech Republic from a Historical Perspective: Times are Changing but Opioid Pharmaceuticals Remain. *Adiktologie*, 18 (3-4), 215-222.
- Maremmani, I., & Gerra, G. (2010). Buprenorphine-based regimens and methadone for the medical management of opioid dependence: selecting the appropriate drug for treatment. *Am J Addict*, 19(6), 557-568. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00086.x>
- Máté, G. (2022). *Beyond Drugs: The Universal Experience of Addiction*. Retrieved 2022-03-28 from <https://drgabormate.com/opioids-universal-experience-addiction/>
- Mattick, R., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2004). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002207.
- McGovern, M. P., & Carroll, K. M. (2003). Evidence-based practices for substance use disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 26(4), 991-1010. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(03\)00073-x](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(03)00073-x)
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>
- Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J., & Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(2), 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.09.004>
- Mimiaga, M. J., Safren, S. A., Dvoryak, S., Reisner, S. L., Needle, R., & Woody, G. (2010). "We fear the police, and the police fear us": structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine. *AIDS Care*, 22(11), 1305-1313. <https://doi.org/10.1080/09540121003758515>
- Moms Stop The Harm. (2022). *Our Vision*. Retrieved 2022-03-28 from <https://www.momsstoptheharm.com/>
- Mravčík, V., Chomynová, P., & Grohmannová, K. (2019). Koncept problémového užívání návykových látek (Concept of Problem Substance Use). *Psychiatrie*, 23, 121-128.
- Mravčík, V. (2015). (De)criminalisation of possession of drugs for personal use – A view from the Czech Republic. *International Journal of Drug Policy*, 26(7), 705-707. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.01.022>
- Mravčík, V., Chomynová, P., & Grohmannová, K. (2019). Koncept problémového užívání návykových látek. *Psychiatrie*, 23 (3), 121-128.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2021). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021* (V. Mravčík, Ed.). Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Janíková, B., Drbohlavová, B., Popov, P., & Pirona, A. (2018). The complex relation between access to opioid agonist therapy and diversion of opioid medications: a case example of large-scale misuse of buprenorphine in the Czech Republic [journal article]. *Harm Reduction Journal*, 15(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0268-0>

- Mravčík, V., & Nečas, V. (2011). Řešení problematiky otevřených drogových scén, drogové kriminality a narušování veřejného pořádku – možnosti partnerského přístupu: Dovětek k vydání českého překladu. *Zaostřeno na drogy*, 9(3), 12.
- Mravčík, V., & Orlíková, B. (2019). Substituční léčba závislosti na opioidech v ČR: kritický pohled. *Česká a slovenská psychiatrie*, 115 (2), 53-58.
- National Academies of Sciences Engineering and Medicine. (2016). *Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: The evidence for stigma change*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23442>.
- National Institute on Drug Abuse. (2021). *Words Matter - Terms to Use and Avoid When Talking About Addiction*. Retrieved 2022-02-08 from
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. (NIH Publication No. 12-4180)*. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2006). Léčba a prevence poruch působených alkoholem a medicína založená na důkazech. *Čas. Lék. čes.*, 145(12), 964 - 965.
- Nosyk, B., Anglin, M. D., Brissette, S., Kerr, T., Marsh, D. C., Schackman, B. R., Wood, E., & Montaner, J. S. (2013). A call for evidence-based medical treatment of opioid dependence in the United States and Canada. *Health Aff (Millwood)*, 32(8), 1462-1469. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0846>
- Novotná, M. (2009). Kognitivně-behaviorální terapie závislosti na opioidech. *Psychiatrie*, 13(2 - supplementum), 37.
- Office of National Drug Control Policy. (2021). *The Biden-Harris Administration's Statement of Drug Policy Priorities for Year One*.
- Pasareanu, A. R., Opsal, A., Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health Qual Life Outcomes*, 13, 35. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0231-7>
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*, 167(11), 1321-1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Pompidou Group. (2017). *Opioid Agonist Treatment. Guiding principles for legislation and regulations. Expert group on the regulatory framework for the treatment of opioid dependence syndrome and the prescription of opioid agonist medicines*. Council of Europe.
- Pracovní skupina Harm Reduction při Protidrogové komisi hlavního města Prahy. (2010). *Návrh systémového řešení otevřené drogové scény v centru hlavního města Prahy*.
- Prendergast, M. L., Messina, N. P., Hall, E. A., & Warda, U. S. (2011). The relative effectiveness of women-only and mixed-gender treatment for substance-abusing women. *J Subst Abuse Treat*, 40(4), 336-348. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.12.001>
- Procházková, L., & Herzog, A. (2010). *Kauza o Václavák aneb případová studie monitorující aktivitu směřující k řešení situace výskytu otevřené drogové scény na Václavském náměstí v Praze*.
- Pryor, J., & Reeder, G. (2011). HIV-related stigma. *The AIDS epidemic: Treatment and epidemiology in the 21st century*, 790-806.
- Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., Room, R., Samokhvalov, A. V., Scafato, E., Trapencieris, M., Wiers, R. W., & Gmel, G. (2013). Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use? *Alcohol. Alcohol.*, 48(6), 633-640. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt127>
- Reuter, P., & Trautmann, F. (2009). *A report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007*. European Commission, Trimbos Institute, RAND.
- Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. *Int J Drug Policy*, 20(3), 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003>
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010a). *EMCDDA MONOGRAPHS. Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Publications Office of the European Union.

- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010b). Harm reduction and the mainstream. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Scientific Monograph Series No. 10. European monitoring centre for drugs and drug addiction.
- Rhodes, T., Watts, L., Davies, S., Martin, A., Smith, J., Clark, D., Craine, N., & Lyons, M. (2007). Risk, shame and the public injector: a qualitative study of drug injecting in South Wales. *Soc Sci Med*, 65(3), 572-585. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.033>
- Rosmarin, A., & Eastwood, N. (2012). *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Policies in Practice Across the Globe*. Release. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/quiet-revolution-drug-decriminalisation-policies-practice-across-globe>
- Sarang, A., Rhodes, T., Sheon, N., & Page, K. (2010). Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence. *Subst Use Misuse*, 45(6), 813-864. <https://doi.org/10.3109/10826081003590938>
- Scottish Drug Death Taskforce. (2020). *A Strategy to Address the Stigmatisation of People and Communities Affected by Drug Use*. <https://drugdeathtaskforce.scot/media/1111/stigma-strategy-for-ddtf-final-290720.pdf>
- Seear, K., Lancaster, K., & Ritter, A. (2017). A New Framework for Evaluating the Potential for Drug Law to Produce Stigma: Insights from an Australian Study. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(4), 596-606. <https://doi.org/10.1177/1073110517750599>
- Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 [National Strategy on Addictive Behavior Prevention and Harm Reduction 2019–2027]*.
- Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. (2021). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*.
- Sheedy, C. K., & Whitter, M. (2009). *Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What Do We Know From the Research? HHS Publication No. (SMA) 09-4439*. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., Degkwitz, P., Reimer, J., & Haasen, C. (2008). *Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe*. European Commission and Centre for interdisciplinary addiction research (ZIS) of the Hamburg University.
- Singer, M., Bulled, N., & Ostrach, B. (2012). Syndemics and human health: Implications for prevention and intervention. *Annals of Anthropological Practice*, 36. <https://doi.org/10.1111/napa.12000>
- Stover, H., & Michels, I. (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. *Harm Reduction Journal*, 7(1), 17. <http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17>
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*, 379(9810), 71-83. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61674-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61674-7)
- Strathdee, S. A., Hallett, T. B., Bobrova, N., Rhodes, T., Booth, R., Abdool, R., & Hankins, C. A. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 376(9737), 268-284. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60743-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60743-x)
- Sulzer, S. H., Prevedel, S., Barrett, T., Voss, M. W., Manning, C., & Madden, E. F. (2021). Professional education to reduce provider stigma toward harm reduction and pharmacotherapy. *Drugs: education, prevention and policy*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1936457>
- Sumnall, H. R., Bates, G., & Jones, L. (2017). *Evidence review summary: drug demand reduction, treatment and harm reduction. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide*.
- The United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World Drug Report 2021*.
- Toronto Drug Strategy Implementation Panel. (2010). *Stigma, Discrimination & Substance Use: Experiences of people who use alcohol and other drugs in Toronto*. https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2018/01/93e2-stigmadisrim_rep_2010_aoda.pdf

- Tracy, E. M., Laudet, A. B., Min, M. O., Kim, H., Brown, S., Jun, M. K., & Singer, L. (2012). Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend*, 124(3), 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.01.010>
- Transform Drug Policy Foundation. (2013). *How to regulate Cannabis: A practical guide*.
- Tsai, A. C., Kiang, M. V., Barnett, M. L., Beletsky, L., Keyes, K. M., McGinty, E. E., Smith, L. R., Strathdee, S. A., Wakeman, S. E., & Venkataramani, A. S. (2019). Stigma as a fundamental hindrance to the United States opioid overdose crisis response. *PLOS Medicine*, 16(11), e1002969. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002969>
- van der Sanden, R. L. M., Pryor, J. B., Stutterheim, S. E., Kok, G., & Bos, A. E. R. (2016). Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: the mediating role of coping. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(9), 1233-1245. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1256-x>
- Vranken, M. J. M., Mantel-Teeuwisse, A. K., Jünger, S., Radbruch, L., Lisman, J., Scholten, W., Payne, S., Lynch, T., & Schutjens, M. H. D. B. (2014). Legal barriers in accessing opioid medicines: Results of the ATOME quick scan of national legislation of eastern European Countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48, 1135-1144. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.02.013>
- Waal, H. (2004). *Comparative overview of public nuisance with regard to open drug scenes and of different approaches taken by European countries to address them*. Expert forum for criminal justice , Pompidou Group, 18-19 Nov 2004, Council of Europe.
- Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., & Kaftarian, S. (2000). Getting to outcomes: A results-based approach to accountability. *Evaluation and Program Planning*, 23(3), 389-395. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(00\)00028-8](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(00)00028-8)
- Ward, J., Hall, W., & Mattick, R. P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353(9148), 221-226. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)05356-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)05356-2)
- West, R. (2013). *Models of addiction (EMCDDA insights No 14)*. European monitoring centre for drugs and drug addiction.
- WHO, UNODC, & UNAIDS. (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. WHO.
- Wogen, J., & Restrepo, M. T. (2020). Human Rights, Stigma, and Substance Use. *Health and human rights*, 22(1), 51-60. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348456/>
- Zábranský, T., Langer, I., Gronský, L., & Mravčík, V. (1997). *Racionální protidrogová politika*. Votobia.
- Zullo, A. R., Howe, C. J., & Galárraga, O. (2016). Estimating the Effect of Health Insurance on Personal Prescription Drug Importation. *Medical Care Research and Review*. <https://doi.org/10.1177/1077558716629039>