

## Harm Reduction Approach to Alcohol Use



VACEK, J., VONDRÁČKOVÁ, P.

Department of Addictology, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

**Citation:** Vacek, J., Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, (12)2, 138–151.

**SUMMARY:** According to the World Health Organisation, in 2003-2005 Europe was the region with the highest level of alcohol consumption in the world, and the Czech Republic ranked second (with 16.5 litres per person per year). With its negative impact on individuals and society, alcohol belongs among the most harmful psychoactive substances. Its high level of potential for harm, combined with its widespread use, makes the application of pragmatic harm reduction and risk reduction (programmes and interventions to minimise risk and damage) approaches to alcohol most appropriate. The reduction of the risks and harm associated with alcohol use has also been a priority of the WHO and the European Union in recent years. The article presents an overview of these interventions systematised according to levels of functioning. At the structural level, interventions involving the licensing of the production and distribution of alcohol, the regulation of prices by means of special taxes, access control using sales restrictions (in terms of age, place, and time), the regulation of marketing and promotion, and situational restrictions on consumption are discussed. At the community level, the text highlights intervention involving restrictions on the sale or consumption of alcohol, the local monitoring of compliance with laws and regulations, support for, and the provision of, a safer environment for alcohol consumption, and the promotion of a safe return home. At the individual level, harm reduction focuses on safe use on the part of unproblematic drinkers and on controlled drinking among individuals engaging in harmful alcohol use. In terms of cost-effectiveness, experts especially recommend controlling the production and taxation of alcohol, restricting availability as regards age, place, and consumption situations, checking compliance with such measures, and supporting brief interventions.

**KEY WORDS:** HARM REDUCTION PROGRAMMES – DRUG POLICY – PUBLIC HEALTH – COST-EFFECTIVENESS

**Submitted:** 28 / FEBRUARY / 2012

**Accepted:** 17 / APRIL / 2012

**Grant support:** This text was created as part of the implementation of a project of the Ministry of Education of the Czech Republic, No. CZ.1.07/2.400/17.0111.

**Address for correspondence:** Jaroslav Vacek / [vacek@adiktologie.cz](mailto:vacek@adiktologie.cz) / Department of Addictology, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

## Přístup harm reduction k užívání alkoholu



VACEK, J., VONDRÁČKOVÁ, P.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

**Citace:** Vacek, J., Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, (12)2, 138–151.

**SOUHRN:** Podle Světové zdravotnické organizace byla v letech 2003–2005 Evropa regionem s nejvyšší mírou konzumace alkoholu na světě, přičemž Česká republika zaujala v tomto žebříčku spotřeby druhé místo (s 16,5 l na osobu a rok). Rizikové vzorce užívání řadí alkohol mezi nejškodlivější psychoaktivní látky. Díky kombinaci vysokého stupně potenciální škodlivosti a vysoké míry rozšíření jeho užívání je uplatňování pragmatického harm reduction a risk reduction (programy a intervence minimalizující rizika a škody) přístup u alkoholu nanejvýš žádoucí. Minimalizace rizik a škod spojených s užíváním alkoholu je také v posledních letech prioritou WHO a Evropské unie. Článek přináší přehled těchto intervencí, které systematizuje dle úrovní působení. Na strukturální úrovni jsou diskutovány intervence v podobě licencování výroby a distribuce alkoholu, regulace ceny ve formě zvláštního zdanění, kontrola dostupnosti omezením prodeje (věkově, místně a časově), regulace marketingu a propagace a situační omezení konzumace. Na komunitní úrovni jsou v textu uvedeny intervence omezení prodeje či konzumace alkoholu, lokální kontrola dodržování zákonů a vyhlášek, podpora a zajištění bezpečnějšího prostředí pro konzumaci alkoholu a podpora bezpečného návratu domů. Na individuální úrovni se harm reduction zaměřuje jak na bezpečné užívání bezproblémových konzumentů alkoholu, tak i na kontrolované pití uživatelů se škodlivým užíváním alkoholu. Z hlediska nákladové efektivity odborníci doporučují zejména kontrolu výroby a zdanění alkoholu, věkové a místní omezení dostupnosti, situační omezení konzumace a kontrolu jeho dodržování, a konečně plošné zavedení a podporu krátké intervence.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** PROGRAMY MINIMALIZACE RIZIK A ŠKOD – ALKOHOL – VEŘEJNÉ ZDRAVÍ – DROGOVÁ POLITIKA – NÁKLADOVÁ EFEKTIVITA

**Došlo do redakce:** 28 / ÚNOR / 2012

**Přijato k tisku:** 17 / DUBEN / 2012

**Grantová podpora:** Text vznikl v rámci plnění projektu MŠMT CZ.1.07/2.400/17.0111.

**Korespondenční adresa:** Mgr. Jaroslav Vacek / [vacek@adiktologie.cz](mailto:vacek@adiktologie.cz) / Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

## ● 1 ÚVOD

Alkohol je droga, jejíž nadměrné užívání ovlivňuje s převážně negativními následky přímo i nepřímo celou řadu procesů a struktur v centrální nervové soustavě i jinde v těle (Zima, 2006), a potažmo v celé společnosti (World Health Organization, 2011). Interakce alkoholu s osobnostními charakteristikami, souvisejícím chováním a sociálně-kulturními očekáváními může být považována za kauzální faktor celé řady problémů od úrazů přes rakovinu či HIV až po sebevraždy či vraždy (Anderson, Chisholm, et al., 2009).

Dle dat Světové zdravotnické organizace za roky 2003–2005 (World Health Organization, 2011) je Evropa region s nejvyšší mírou konzumace alkoholu na světě, průměrně je to 12,2 l čistého alkoholu za rok na osobu starší 15 let, přičemž Česká republika zaujímá druhé místo (s 16,5 l na osobu a rok) za Moldávií (18,2 l) před Maďarskem (16,3 l), Ruskem (15,7 l) a Ukrajinou (15,5 l). Při použití metodologie Burden of Disease (zatížení nemocí), která umožňuje kvantifikovat zdraví populace pomocí kombinace údajů o úmrtnosti a nemocnosti, se ukazuje, že vliv konzumace alkoholu na zdraví je značně negativní: odhaduje se, že 3,8 % všech světových úmrtí a 4,6 % let života poznamenaných onemocněním<sup>1</sup> lze přičíst užívání alkoholu (Rehm et al., 2009). Podle výše zmíněné studie má zatížení nemocí přímou souvislost s průměrným objemem konzumace alkoholu, a relativně vyšší negativní efekt vzhledem k dávce má pro chudé a marginalizované skupiny obyvatel.

Z ekonomického hlediska představují náklady na léčbu, prevenci, výzkum, prosazování práva a ušlou produktivitu v souvislosti s užíváním alkoholu v zemích s vyššími a středními příjmy zhruba 1–3 % hrubého domácího produktu (Rehm, et al., 2009), v původní EU15 v roce 2003 to bylo 1,3 % HDP (Anderson & Baumberg, 2006). Tyto odhady v sobě nezahrnují související hmotné náklady jednotlivců a jejich rodin.

Ačkoliv je přístup harm reduction (dále též HR)<sup>2</sup>, tedy minimalizace rizik a škod z užívání drog, jedním z pilířů protidrogové politiky, tradičně je spojován zejména s užíváním nelegálních návykových látek s vyšší mírou rizika (tzv. „tvrdých drog“). Legální alkohol, který je z hlediska HR často opomíjen, se ale při srovnání rizikosti jednotlivých drog řadí právě spíše mezi tyto vysoce rizikové návykové látky jako heroin a kokain (Gable, 1993; Nutt et al., 2007; Van Amsterdam et al., 2010). Z posouzení britského Nezá-

vislého vědeckého výboru pro drogy (Independent Scientific Committee on Drugs), který systematicky a podrobně podle 16 kritérií hodnotil 20 nejrozšířenějších návykových látek ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irsku (Nutt et al., 2010), vyplývá, že alkohol je vůbec neškodlivější drogou. Z hlediska rozsahu možných škod přímo pro uživatele se totiž alkohol umístil těsně za crackem, heroinem a metamfetaminem (pervitinem) s relativně velkým „náskokem“ před kokainem, amfetaminem a tabákem, ale z hlediska škodlivosti pro okolí „vyhrál na celé čáře“, druhý heroin dosáhl méně než polovičního skóre. Britská drogová scéna se v celkovém pohledu příliš neliší od české, snad namísto cracku a kokainu zde máme pervitin a mezi opioidy není heroin v ČR natolik dominantní (EMCDDA, 2011), ale rozsah užívání nejrozšířenějších návykových látek je srovnatelný, a proto lze předpokládat, že i v České republice alkohol okupuje první příčky škodlivosti. Alkohol je v ČR dlouhodobě nejužívanější návykovou látkou, prevalence užití v posledních 30 dnech v obecné populaci je v porovnání se srovnatelně škodlivými drogami vyšší sto a vícenásobně – jedná se o desítky procent u alkoholu vs. desetiny procent u heroinu, kokainu a pervitinu (Běláčková et al., 2011). Nejnovější publikovaná studie z České republiky zaměřená na výskyt škodlivého užívání alkoholu (Sovinová & Csémy, 2010) zjistila, že 19,2 % obecné populace ve věku 18–64 let pije alkoholické nápoje rizikově a škodlivě (skór 8 až 19 v dotazníku AUDIT), další 2,1 % má s alkoholem vážný problém vyžadující odbornou pomoc (skóre 20 a více v dotazníku AUDIT). Rizikové a škodlivé pití se týká 29,2 % mužů a 9,3 % žen, závislých je podle této studie 3,8 % mužů a 0,3 % žen. Mezi konzumenty v České republice se dle studie GENACIS vyskytují negativní následky užívání alkoholu v porovnání s mezinárodním průměrem významně častěji (Graham et al., 2011).

Kombinace vysokého stupně potenciální škodlivosti a vysoké míry rozšíření užívání vede k úvaze, že právě u alkoholu je uplatňování pragmatického harm reduction přístupu nanejvýš žádoucí. Minimalizace škod z užívání alkoholu v souladu s diskursem „veřejného zdraví“ je také prioritou Evropské unie, která se o abstinenci jako cíli možných opatření vůbec nezmiňuje (Komise Evropských společenství, 2006) i Světové zdravotnické organizace WHO (2010).

Základními principy přístupu HR jsou akceptování faktů, že: 1) legální i ilegální drogy jsou (a budou) součástí našeho světa, a to navzdory veškerým snahám o omezování nabídky a poptávky; 2) některé způsoby užívání drog jsou bezpečnější než jiné; 3) úplná abstinence nemusí být v dané chvíli tím nejdůležitějším nebo nejvhodnějším cílem; a 4) jakákoliv změna v chování směrem k bezpečnějšímu užívání je žádoucí, protože prevence dalšího poškození z užívání je snazší a méně nákladná než následná léčba (volně dle Harm Reduction Coalition, 2011). Prioritou HR je snížení negativních dopadů užívání, ne snížení užívání jako takové-

1/ DALY (Disability-Adjusted Life Years) – roky života ztracené předčasnou úmrtností a zvýšenou nemocností na úkor plného zdraví (Murray & Lopez, 1996)

2/ Výraz „harm reduction“, který se doslovně překládá jako „snížování poškození“, v češtině zdomácněl, nicméně za vhodnější považujeme spíše rozšíření pojmu do podoby „minimalizace rizik a škod“, protože snížování škod se realizuje prostřednictvím snížování rizik („risk reduction“). HR se primárně zaměřuje na vzorce užívání návykových látek a snaží se dosáhnout toho, aby uživatelé užívali co nejméně rizikové, a tím docílili snížení možných zdravotních či sociálních poškození.

Tabulka 1 / Table 1

Úrovně vlivu a intervence minimalizace rizik a škod z užívání alkoholu (volně dle Radimecký, 2005)

Levels of influences and alcohol-related harm and risk reduction interventions (adapted from Radimecký, 2005)

Úroveň vlivu	Strukturální (makro) úroveň	Komunitní (mezzo) úroveň	Individuální (mikro) úroveň
<b>Předpoklad</b>	Lidské chování je ovlivňováno širší „politikou“ – legislativním a strukturálním kontextem.	Chování je ovlivněno názory a jednáním sociální skupiny, k níž člověk patří (nebo by patřit chtěl) a sociálním kontextem, v němž členové skupiny žijí a jak se ve vztahu k užívání návykových látek chovají.	Chování je ovlivňováno povědomím a názory jednotlivců o rizicích spojených se specifickými formami chování stejně jako jejich individuálními záměry, motivacemi a schopnostmi.
<b>Prostředky intervencí</b>	zákony, politika a alokace finančních zdrojů	sociální normy, kontext a prostředí, v němž je alkohol užíván	normy jednotlivců ve vztahu k užívání alkoholu
<b>Zaměření intervencí</b>	chování celé populace nebo jejích segmentů	chování konkrétních sociálních skupin	chování jednotlivce

ho – HR nevyklučuje, ale ani neprosazuje abstinenci jako dlouhodobý cíl; v některých případech může být snížení dávek jednou z neúčinnějších forem harm reduction, jindy může být efektivní změna způsobu užívání (Janíková, 2008). Kontroverzní kritiku konceptu závislosti na alkoholu jako nemoci (Radimecký, 2005), která v podstatě legitimizuje individuální harm reduction přístup k alkoholu, lze shrnout takto: škodlivé užívání či závislost není nemoc, ale naučené chování, kterému se můžeme stejně tak dobře odnaučit, jako jsme se mu naučili.

Podat systematický přehled škod působených alkoholem není cílem tohoto textu, alespoň zmíníme, že typy poškození, na které se HR zaměřuje, bývají tradičně rozdělovány na zdravotní, sociální a ekonomické (Newcombe, 1992). Z hlediska dotčených osob je nejjednodušší rozdělení na škody způsobené přímo uživateli a škody způsobené jeho okolí. Dále lze rozlišovat poškození akutní a dlouhodobá.

## ● 2 ÚROVNĚ HARM REDUCTION

Přístup minimalizace rizik a škod může působit na úrovni společnosti, komunity či jednotlivce (Newcombe, 1992). V případě alkoholu jako legální drogy je rozlišení jednotlivých úrovní vlivu důležité mj. z toho důvodu, že škála intervencí může být oproti nelegálním drogám relativně bohatší, zejména na širších úrovních. Radimecký (2005), který vychází z Rhodese (1999), systematizuje HR intervence podle úrovní a zmiňuje jejich příklady. Tabulka 1 uvádí pro každou z úrovní předpoklady, prostředky a zaměření intervencí. Můžeme spekulovat, zda opatření na strukturální úrovni spadají spíše než do harm reduction do oblastí snižování nabídky (omezování dostupnosti) a na individuální úrovni spíše do snižování poptávky, nicméně za předpokladu, že primárním cílem jednotlivých opatření není abstinence ale minimalizace škod z užívání alkoholu, jedná se v podstatě o postupy harm reduction. Přístupy minimalizace rizik, omezování dostupnosti a snižování poptávky bývají někdy svými zastánci dávány do kontradikce, nicméně všechny ty-

to intervence v oblasti užívání návykových látek usilují o to předcházet poškozením, jež mohou jednotlivcům i společnosti v souvislosti s užíváním návykových látek nastat (Radimecký, 2005). Tohoto širšího pojetí harm reduction se tedy budeme ve shodě se zahraničními autory (např. Anderson et al., 2009; Babor et al. 2003) držet. V následujícím výčtu se soustředíme na intervence podle jednotlivých úrovní, a kde jsou informace dostupné, zmíníme jejich efektivitu.

## ● 3 STRUKTURÁLNÍ ÚROVEŇ

Intervence ke snižování škod z užívání alkoholu na strukturální úrovni mají nejčastěji podobu legislativních opatření formou zákonů, vyhlášek a dalších předpisů. V aktuálním znění Sbírky zákonů ČR se o alkoholu či lihu zmiňuje (včetně novelizací) více než 400 platných předpisů. Obecně lze za intervence na této úrovni považovat monopol či licencování výroby a distribuce alkoholu, regulaci ceny v podobě zvláštního zdanění, kontrolu dostupnosti omezením prodeje (věkem, časově a místně), regulaci marketingu a propagace, a situační omezení konzumace (stanovení limitu hladiny alkoholu v krvi řidiče a jeho náhodné testování, zákaz konzumace na pracovištích atd.). Dle Babora et al. (2003), kteří na základě více jak 500 studií o alkoholové politice posuzovali nákladovou efektivitu jednotlivých strategií, lze (kromě některých léčebných intervencí) doporučit především zdanění, omezení dostupnosti v podobě věkových limitů pro prodej alkoholu a testování na alkohol za volantem. Anderson et al. (2009) došli ve své přehledové studii k obdobným závěrům: z hlediska nákladové efektivnosti je nejvýhodnější strategií zvyšování ceny a snižování dostupnosti; zákaz reklamy a opatření proti řízení vozidel pod vlivem alkoholu mohou být za určitých okolností také efektivní.

### ● 3 / 1 Kontrola výroby a zdanění

Výroba alkoholu je v ČR koncesována (zákon č. 61/1997 Sb. o lihu), je kontrolována kvalita alkoholických nápojů, alkoholické nápoje jsou označeny obsahem alkoholu na obalu

(zákon č. 676/2004 Sb. o povinném značení lihu), na alkohol je uvalena spotřební daň (zákon č. 353/2003 Sb. o spotřebních daních). Význam spotřební daně je v první řadě fiskální (jedná se o významný a snadno odhadnutelný příjem státního rozpočtu), nicméně jejím nezanedbatelným smyslem je také regulovat spotřebu určitých produktů, které nějakým výrazným způsobem škodí lidskému zdraví nebo životnímu prostředí (Jánošíková et al., 2009). Stát se zbavuje přímé odpovědnosti za maximalizaci výnosů z prodeje rizikového zboží přechodem od monopolu k licencování, kontrole a zdanění, navýšením koncové ceny o spotřební daň navíc ukazuje snahu omezit spotřebu ve veřejném zájmu (Běláčková, 2006).

Zvýšení daní stejně jako stanovení minimální ceny alkoholu podle několika studií jednoznačně snižuje výskyt akutních i chronických negativních důsledků (Anderson, et al., 2009). Předpoklad, že vysokým zdaněním je omezována spotřeba, tedy že je poptávka po alkoholu cenově elastická, byl potvrzen řadou studií (Běláčková, 2010). Cenová elasticita se ale liší pro různé typy alkoholických nápojů, nejnižší je u piva, vyšší u vína a/nebo destilátů, což znamená, že zvýšení ceny piva odradí méně uživatelů než zvýšení ceny vína a destilátů<sup>3</sup>, jak o tom vypovídá řada studií (Gallet, 2007; Wagenaar et al., 2009). Zvyšování cen alkoholických nápojů se jeví jako efektivnější strategie snižování rizik spojených s užíváním alkoholu zejména u nižších příjmových skupin (Sutton & Godfrey, 1995).

### ● 3 / 2 Omezení prodeje (věková, časová a místní dostupnost)

Stanovení minimální věkové hranice pro dostupnost alkoholu je podle většiny autorů efektivní intervencí snižující míru konzumace, výskyt nehod a smrtelných zranění a negativní dopady na zdraví dospívajících a mladých dospělých (Gruenewald, 2011; Wechsler & Nelson, 2010; Zhang & Caine, 2011). Průřezová studie na vzorku téměř 34 tisíc obyvatel USA zjistila, že čím nižšímu legálnímu věku pro dostupnost alkoholu je jedinec v rozhodujícím období vystaven, tím vyšší je riziko výskytu poruch z oblasti užívání alkoholu a jiných návykových látek (roční prevalence) v pozdějším věku (Norberg et al., 2009).<sup>4</sup> Také nárůst výskytu dopravních nehod v souvislosti se snížením minimálního věku pro konzumaci alkoholu (Kaestner & Yarnoff, 2011; Toomey et al., 2009) můžeme považovat za zjištění, které efektivitu podporuje. Nicméně pozitivní efekt zavedení či zvýšení věkové hranice považují Miron & Tetelbaum (2009) na základě dat

3/ Například zvýšení ceny o jedno procento povede ke snížení spotřeby u piva o půl procenta, a přibližně o tři čtvrtě procenta u vína a destilátů (Wagenaar et al., 2009).

4/ Ačkoliv tuto asociaci není možné vysvětlit pouze samotným věkem alkoholové iniciace, zdá se, že míra a frekvence pití alkoholu v pozdní adolescenci má dlouhodobý efekt na vzorec užívání návykových látek v pozdějším věku (Norberg, et al., 2009).

o nehodovosti a úmrtnosti v dopravě v USA od konce 70. let za krátkodobý a v porovnání s dalšími faktory (změny dopravních a bezpečnostních předpisů, vývoj bezpečnostních prvků automobilů) za málo významný.

Omezení prodejní doby nebo otevíracích hodin (či dnů) podniků nabízejících alkohol je další ve světě využívanou a výzkumem podpořenou strategií (Babor, et al., 2003). V přehledu publikovaném Hahnem et al. (2010) 10 studií potvrzuje, že prodloužení prodeje o 2 a více hodin zvyšuje výskyt negativních jevů souvisejících s nadměrnou konzumací alkoholu, zatímco 6 obdobných výzkumů žádný negativní efekt prodloužení otevírací doby o méně než 2 hodiny nepotvrdilo. Obdobně Stockwell & Chikritzhs (2009) potvrzují pozitivní změny (nižší spotřeba alkoholu a snížený výskyt souvisejících negativních jevů) v souvislosti se zkrácením otevírací doby (resp. negativní v případě jejího prodloužení) u 11 ze 14 metodologicky dobře popsanych a realizovaných výzkumů. Omezení otevíracích hodin s sebou ale může přinášet problém nárazového pití většího množství (binge drinking), a nemusí se tedy ve výsledku jednat o snížení absolutní spotřeby alkoholu ale spíše o změny vzorců užívání, což může mít za následek i zvýšení zdravotních a kriminogenních rizik (Plant & Plant, 2005).

Místní dostupnost alkoholu (lokální hustota prodejen a provozoven, které prodávají alkohol) má nejen přímo úměrný vliv na výskyt bezprostředních negativních dopadů konzumace, zejména násilí (Livingston, 2009), ale i v dlouhodobé perspektivě je zdokumentován nárůst prevalence užívání a výskytu s alkoholem souvisejících chronických nemocí v zemích či oblastech, kde došlo k uvolnění legislativy z hlediska místní dostupnosti (Livingston, 2011).

Dostupnost alkoholu je v ČR omezena místně a věkově zákonem o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem a návykovými látkami a o opatřeních omezujících dostupnost tabákových výrobků a alkoholu (č. 379/2005 Sb.). Osobám mladším 18 let se alkoholické nápoje nesmějí prodávat či podávat a tyto osoby je nesmějí konzumovat v barech nebo v podobných zařízeních a nesmějí si je ani kupovat v obchodech, supermarketech a jinde. Alkohol lze prodávat pouze na místech k tomu určených, zakázán je např. prodej prostřednictvím automatů, kde nelze zaručit kontrolu dosažení minimálního věku 18 let kupujícího. Podle trestního zákoníku (č. 40/2009 Sb., § 204) bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok ten, kdo ve větší míře nebo opakovaně prodá, podá nebo poskytne dítěti (tj. osobě do 18 let věku) alkohol.

### ● 3 / 3 Situační omezení konzumace

Konzumace alkoholu je v ČR zákonem omezena také situačně. Zákoník práce kodifikuje zákaz pití alkoholu v pracovní době a na pracovištích (č. 262/2006 Sb.), zákon o provozu na pozemních komunikacích zase zákaz pití alkoholu během řízení motorového vozidla a zákaz řízení pod jeho vlivem

(č. 361/2000 Sb.). Řidič má povinnost podrobit se zkoušce na alkohol, a pokud je u něj zjištěna hladina alkoholu vyšší než 1 ‰ hmotnosti, dopouští se trestného činu ohrožení pod vlivem návykové látky (zákon č. 40/2009 Sb., § 274) v trestní sazbě až jeden rok odnětí svobody, stejně jako pokud způsobí pod vlivem libovolného množství alkoholu havárii se sazbou šest měsíců až tři léta. Do množství 1 ‰ alkoholu se jedná o přestupek (zákon č. 361/2000 o silničním provozu) s mezní hodnotou 0,3 ‰ alkoholu pro stanovení závažnosti a výše příslušného trestu.<sup>5</sup> Zákaz řízení motorového vozidla řidičem závislým na alkoholu, který není způsobilý zdržet se konzumace, je upraven vyhláškou o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel (č. 277/2004 Sb.): závislý na alkoholu smí řídit pouze s minimálně dvouletou abstinencí a pravidelnými kontrolami u odborného lékaře.

Řízení pod vlivem alkoholu a následné nehody mnohdy s fatálními následky jsou bezpochyby jedním z nejčastěji zmiňovaných negativních jevů souvisejících s konzumací alkoholu. Pro snížení škod způsobených alkoholem v dopravě je za efektivní strategii považována zejména kombinace stanovení nejvyššího přípustného množství alkoholu v krvi spolu s jeho namátkovým testováním. Metaanalýzy, přehledové studie i konkrétní výzkumy snad ze všech kontinentů potvrzují, že zavedení nebo snížení limitu vede ke snížení nehodovosti, i když efekty mohou být v některých případech relativně malé nebo jen krátkodobé (Fell & Voas, 2006; Mann et al., 2001; Voas et al., 2000). Pravidelně (dlouhodobě a intenzivně) realizované namátkové policejní kontroly (orientační dechové zkoušky koncentrace alkoholu v krvi u řidičů) nebo systematické kontroly všech řidičů v rizikových časech či místech jsou efektivní jak z hlediska počtu nehod tak úmrtí (Anderson & Baumberg, 2006; Goss et al., 2008; Shults et al., 2001). Klíčovým faktorem pro dodržování maximální stanovené hladiny alkoholu v krvi řidičem je v tomto případě spíše subjektivně předpokládaná pravděpodobnost dopadení při porušení zákazu než výše možného trestu nebo objektivní hrozba dopadení (Beck et al., 2009; Bertelli & Richardson, 2008).

Mezi účinné intervence v této souvislosti se v zahraničí na základě metaanalýz také zařadila nařízená léčba řidičů, kteří řídili pod vlivem alkoholu, ta snižuje výskyt opakovaných prohřešků o 8–9 % (Wells-Parker et al., 1995), a instalace alkohol testeru zamezujícího nastartovat vozidlo v případě pozitivního testu před jízdou, který také snižuje výskyt opakovaných prohřešků jak u poprvé, tak u opakovaně trestaných, ovšem pouze po dobu, kdy je nainstalován (Wilis et al., 2004).

5/ Hodnota 0,00 ‰ je tzv. nulová tolerance (není dovoleno řídit pod vlivem alkoholu), hodnota 0,30 ‰ je kriteriem pro zařazení jednání z hlediska bodového hodnocení řidiče v přestupkovém řízení, hodnota 1,00 ‰ vychází z ustálené rozhodovací praxe soudů i správních orgánů při výkladu pojmu „stav vylučující způsobilost“.

### ● 3 / 4 Omezení reklamy a propagace

Multimediální spoty, tištěné reklamy, billboardy, sponzorství a spojování značek výrobců alkoholických nápojů se sportem či kulturou, product placement a přímý marketing, to všechno jsou kanály, kterými se výrobci a prodejci alkoholu snaží zasáhnout potenciální konzumenty. Reklama na alkoholické nápoje je v ČR omezena zákony o regulaci reklamy (č. 40/1995 Sb.) a o provozování rozhlasového a televizního vysílání (č. 231/2001 Sb.), každý z předpisů používá jiné formulace, ale jejich výklad je v podstatě totožný. Reklama nesmí nabádat k nestřídmému užívání alkoholických nápojů, nesmí záporně či ironicky hodnotit abstinenci nebo zdrženlivost, nesmí se zaměřovat na děti (osoby mladší 18 let) a využívat jich v reklamě, nesmí vytvářet dojem, že alkoholické nápoje způsobují úspěch, řeší problémy a léčí atd.<sup>6</sup>

Z ekonometrického hlediska byla prokázána jen málo významná souvislost mezi objemem reklamy na alkohol a jeho celkovou spotřebou<sup>7</sup> (Gallet, 2007), nicméně metaanalýza 13 longitudinálních studií konzistentně prokázala, že vystavení se různým formám propagace alkoholu (reklama v tradičních médiích, product placement a propagace značky) má negativní vliv na iniciační věk konzumace alkoholu a rizikové vzorce užívání v dospívání (Anderson, de Bruijn, et al., 2009). Experimentálně je prokázáno, že zobrazení alkoholu v televizi (ať ve filmu, nebo v reklamě) má vliv na míru aktuální konzumace; probandi vystavení nejvyšší zátěži, tedy filmu, ve kterém se konzumuje alkohol, přerušovaném reklamami na alkohol, zkonsumovali během jedné hodiny téměř dvakrát tolik sklenic piva nebo vína než ti, kteří sledovali film bez alkoholu a s reklamami na jiné zboží (Engels et al., 2009).

Při posouzení efektivity omezení reklamy vycházejí výzkumníci z ekonometrických dat, ale výsledky jsou rozporuplné. Autoři studie sledující spotřebu alkoholu ve 20 zemích v časovém období 26 let odhadují, že zavedení omezení či úplného zákazu reklamy na alkohol se promítá do snížení spotřeby o 5 %, resp. 9 % (Saffer & Dave, 2002). Obdobná novější studie zaměřená na 17 ekonomicky nejvyspělejších zemí světa naopak nepotvrdila statisticky významné snížení spotřeby v závislosti na omezení propagace alkoholu (Nel-

6/ Rada pro rozhlasové a televizní vysílání např. uložila v roce 2009 pokutu dvakrát 100 tis. Kč výrobcí a také zadavateli televizní reklamy na alkoholický nápoj, která končí sloganem „Berentzen Fernet Premium, kamarád do deště“, a kde známý zpěvák a herec S. Tofi o zmíněném nápoji říká: „když prší a svět vám připadá zlej, rozejde se s váma holka, i ta druhá a nic se vám nechce, potřebujete někoho nebo něco, co vás podrží, kámoše.“ Arbitrážní komise Rady pro reklamu označila na základě stížnosti soukromé osoby tento spot za neetický, což spočívalo nejen v konstatování, že právě alkohol může být prostředkem k řešení osobních problémů, ale také v navození kamarádského vztahu mezi spotřebitelem a alkoholem.

7/ Reklama jako faktor ovlivňuje celkovou spotřebu alkoholu mnohem méně než např. cena alkoholu a příjmy konzumentů. Reklama má ale samozřejmě vliv na podíl jednotlivých značek na trhu.

son, 2010), a to v souladu s hodnocením nákladové efektivity, kde patří omezování reklamy (spolu s „reklamními“ kampaněmi proti alkoholu) k nejméně efektivním strategiím (Babor, et al., 2003).

#### ● 4 KOMUNITNÍ ÚROVEŇ

Prostředí, kde se alkohol užívá, a jeho bezprostřední okolí může být zasaženo negativními důsledky konzumace přímo. Komunitní činitelé (místní samospráva, policie, pomáhající odborníci, provozovatelé a personál, občané a konzumenti) mohou mít také proto zájem podílet se na prevenci dalšího poškození alkoholem na lokální úrovni. Mezi používané strategie patří místní omezení prodeje či konzumace alkoholu, lokální kontrola dodržování zákonů a vyhlášek, podpora a zajištění bezpečnějšího prostředí pro konzumaci alkoholu a podpora bezpečného návratu domů. Efektivita intervencí na komunitní úrovni je ale v literatuře nejčastěji zpochybňována (Babor et al., 2003), za účinné jsou považovány v podstatě pouze komplexní a multilaterální intervence, tedy ty, které se zaměřují na více aspektů, a ty, na kterých se podílí více subjektů (Jones et al., 2011). V zahraničí mnohé komunitní projekty zaměřené na HR užívání alkoholu splňující tato kritéria existují, často se zaměřují na bary, kluby a obdobné podniky, jejich okolí a návštěvníky, a zapojují se do nich jak zástupci místní samosprávy a policie, tak provozovatelé podniků, resp. jejich zaměstnanci. Pro potřeby plánování a implementace bezpečnějšího prostředí nočního života na místní úrovni se jeví jako velmi užitečná vodítka Healthy Nightlife Toolbox (2010), která systematicky popisují rizika nočního života, definují role jednotlivých zainteresovaných činitelů a zejména možné intervence, jejichž efektivitu dokládají aktuálními výzkumy a příklady dobré praxe.<sup>8</sup>

Ojedinělým počinem v českém prostředí byl v letech 2007 až 2009 projekt *Bezpečný klub*, jehož cílem bylo podpořit zodpovědný přístup provozovatelů klubů a diskoték a jejich personálu s ohledem na bezpečí návštěvníků, a zprostředkovat spolupráci s místní samosprávou na zajištění spokojeného průběhu nočního života. Návrh Bezpečného klubu vytyčuje ideální standardy, jejichž cílem je snižovat možná rizika spojená s pobytem v klubu nebo na diskotéce a současně realisticky a plně respektovat legitimní obchodní zájmy provozovatelů (Bezpečný klub, 2010). Výše zmíněný projekt je také příkladem toho, že komunitní intervence bývá těžké dlouhodobě udržet, protože se až příliš často objevuje nedostatek peněz, který může být i důsledkem nekompatibility mezi státní a regionální či komunitní drogovou politikou (Giesbrecht & Haydon, 2006).

8/ Na stránkách Healthy Nightlife Toolbox je také databáze intervencí, resp. komunitních projektů, které byly realizovány od roku 1990 (<http://www.hnt-info.eu/File/interventions.aspx>). Všechny 42 projektů, které se zaměřily na alkohol, bylo evaluováno.

#### ● 4 / 1 Místní omezení prodeje a konzumace alkoholu

V České republice je obec oprávněna v případě konání kulturní, společenské nebo sportovní akce přístupné veřejnosti s důvodným rizikem nárůstu problémů a negativních společenských jevů způsobených jednáním fyzických osob pod vlivem alkoholu obecně závaznou vyhláškou omezit nebo zakázat v určitých dnech nebo hodinách nebo na určitých místech prodej, podávání a konzumaci alkoholických nápojů (č. 379/2005 Sb., §13). Obec také může obecně závaznou vyhláškou (zákon o obcích, č. 128/2000 Sb., §10) regulovat nejen samotnou konzumaci alkoholu na vymezených veřejných prostranstvích, ale i činnosti k této konzumaci směřující (např. zdržování se na veřejném prostranství s otevřenou lahví nebo jinou nádobou s alkoholickým nápojem, resp. činnosti, jež zakázanou „veřejnou“ konzumaci svým účelem umožňují).<sup>9</sup> Dle dostupných informací na internetu zákaz konzumace alkoholu na svém území vyhláškou upravují desítky až stovky obcí (únor 2012). Efektivita těchto opatření (primárně zaměřených proti narušování veřejného pořádku) nebyla z hlediska harm reduction či veřejného zdraví dosud sledována, navíc lze spekulovat o samotném dodržování a vymáhání takovýchto předpisů.

#### ● 4 / 2 Vymáhání dodržování situačního omezení konzumace a dostupnosti

Kontrola dodržování zákonů (zákaz řízení pod vlivem alkoholu, konzumace během řízení, v pracovní době a na pracovištích, omezení prodeje věkovou hranicí a místně), které přísluší oprávněným orgánům, může být posílena či systematicky realizována na místní úrovni. Účinnost kontroly dodržování minimálního věku konzumentů, která se projevila ve snížení nevhodnosti a výskytu násilí, byla některými výzkumy prokázána v součinnosti s dalšími intervencemi (vzdělávání a trénink obsluhujícího personálu k zodpovědnému nalévání), zatímco jindy měla zvýšená bdělost za následek pouze dočasný nárůst zachycených přestoupení zákona po dobu trvání kontrol (Jones, et al., 2011). Efektivní mohou být dlouhodobé a systematické kontroly řidičů, jak je zmíněno výše, a zejména tzv. kontrolní body střízlivosti, tedy testování všech (nejčastěji odjíždějících) řidičů na alkohol z dechu (Goss, et al., 2008).

#### ● 4 / 3 Ovlivnění prostředí

Faktory prostředí, které jsou z hlediska možných škod způsobených nebo asociovaných s užíváním alkoholu ovlivnitelné intervencemi HR shrnují Hughes et al. (2011), a patří sem zejména: permissivní prostředí, dostupnost levného alkoholu, nedostatečná čistota, stísněný prostor, hlasitá hudba, zaměření se na tanec a špatná praxe zaměstnanců.

9/ Nález Ústavního soudu ze dne 7. 9. 2010, sp. zn. Pl.ÚS 11/09 (č. 304/2010 Sb.).

Výcvik personálu podniků, kde se alkohol konzumuje, má za svůj primární cíl naučit barmany zodpovědnému nalévání, tedy zejména nepodávat alkohol mladistvým a podnapilým. Kromě toho lze do vzdělávání či tréninku zahrnout základy první pomoci a bezpečnostních zásad, např. chování v čase zavírací doby, zvládnutí agrese a přelidnění (Ritter & Cameron, 2006). A vzdělávání se nemusí omezovat pouze na obsluhující personál, ale může se zaměřit také na bezpečnostní pracovníky (ochranku). Efektivita komunitních projektů zahrnujících vzdělávání personálu není jednoznačná, ale je prokázána zejména v případech, kdy je výcvik podpořen kontrolou dodržování právních předpisů, případně dalšími intervencemi (Anderson et al., 2009; Jones, et al. 2011), a jako negativní faktor zde může působit vysoká fluktuace personálu (Ker & Chinnock, 2008).

Součástí komunitních programů mohou být doporučení či intervence, jejichž efektivita často nebývá samostatně hodnocena. Dostupnost levného alkoholu jako rizikový faktor může být snížena tlakem na provozovatele, aby prodejní cena nealkoholických nápojů byla nižší než alkoholických, což je zejména v českém prostředí častý jev. Výskyt úrazů a pořezání snižuje používání bezpečnějších (nerozbitných, plastických) sklenic (Babor et al., 2003), ačkoliv nahrazení běžného skla v restauraci sklenicemi tvrzenými vedlo k významnému nárůstu počtu úrazů, protože jejich tříštivost byla vyšší (Warburton & Shepherd, 2000).

Zlepšení prostředí může zahrnovat takové změny designu klubů a barů, které minimalizují riziko úrazů v důsledku pití alkoholu (přelidnění, hlučné a těžko přístupné prostředí vyvolává problémy). V rámci velkých kulturních či sportovních akcí mohou být vyhrazeny tzv. suché zóny, kam se smí pouze bez alkoholu, a jinak lze konzumovat pouze alkohol zakoupený na místě, a to jen nízkoalkoholické nápoje, a také jen jeden nápoj naráz. Z hlediska ochrany celé komunity mohou být vyhrazeny tzv. zábavné zóny tolerance, které odsouvají rizikové podniky mimo obytné čtvrti, čímž snižují riziko rušení nočního klidu (Stronach, 2003).

#### ● 4 / 4 Bezpečný návrat domů a kampaně zodpovědných

Zavádění a podpora hromadné dopravy mezi rezidenční a zábavní částí obcí může být efektivní intervencí (Jones et al., 2011). Zavedení atraktivní alternativní dopravy (starší luxusní vozy) na venkově (Wisconsin, USA) mezi bary a kluby a domovem prostřednictvím sociálního marketingu<sup>10</sup> snížilo meziročně výskyt dopravních nehod o 17 % (Rothschild et al., 2006). V českém prostředí je zmiňováno také zajišťování alternativní dopravy a distribuce informací o ní

10/ Sociální marketing je plánování, organizace, provádění a kontrola marketingových strategií a aktivit nekomerčních organizací, které jsou přímo nebo nepřímo zaměřeny na řešení sociálních úkolů, změnu chování jednotlivců i skupin s cílem podpory veřejného zdraví apod.

(pořadatelem objednaná, provozovaná či podporovaná hromadná doprava, dostupné jízdní řády veřejné hromadné dopravy, nebo zajištění dostupnosti taxi včetně asistovaného odvozu vlastním vozem), anebo přímá spolupráce s policií při koordinaci odjezdu návštěvníků (Saberžanovová & Vacek, 2011). Do preventivních intervencí pro bezpečný návrat domů můžeme také zařadit program vzdělávání obsluhujícího a bezpečnostního personálu.

V ČR jsou také v prostředí nočního života realizovány různé preventivní kampaně, které většinou zaštiťují pivovary nebo výrobci lihovin<sup>11</sup> a Ministerstvo dopravy prostřednictvím své organizace BESIP. Ty se zaměřují na odpovědnou konzumaci alkoholu zejména vzhledem k prevenci dopravních nehod. Preventivní intervence v prostředí zábavy většinou propagují umírněnou konzumaci alkoholu (nebo v případě řidičů úplné zdržení se požívání alkoholu) formou informačních kampaní (předávání letáků a poskytování informací, projekce preventivních spotů), odměňováním střízlivých řidičů (kontrola alкотesterem) nebo např. využitím trenažérů osobního automobilu nebo motocyklu, kde si mohou střízliví či intoxikovaní návštěvníci porovnat své reakční časy. Z poslední doby lze uvést jako příklad preventivní kampaň Domluvme se! (BESIP, 2005). Efektivita těchto kampaní (v zahraničí pod názvem „Designated driver“) je zpochybňována (Anderson, et al., 2009), ačkoliv mohou mít přímý dopad na rozhodnutí konkrétních konzumentů, kteří by jinak pravděpodobně řídili pod vlivem alkoholu, celkový pozitivní efekt na snížení počtu nehod za přítomnosti alkoholu prokázán nebyl (Ditter et al., 2005).

Účinnost mediálních kampaní zaměřených na řízení pod vlivem alkoholu byla prokázána, související nehodovost se v jednotlivých studiích snížila o 6 % – 14 %, stejně jako počet zraněných (Elder et al., 2004), a to bez ohledu na to, zda byl ve sdělení akcentován zvýšený důraz na kontrolu dodržování zákona, právní důsledky nebo zdravotně-sociální dopady řízení a nehod pod vlivem alkoholu. Jakékoliv kampaně zaměřené na snížení užívání jako takového efektivní nejsou (Babor et al., 2010), o to méně kampaně sponzorované výrobci alkoholu, protože sdělení jsou příjemci vnímána jako protichůdná (Wakefield et al., 2010).

#### ● 5 INDIVIDUÁLNÍ ÚROVEŇ

Individuální intervence se v rámci harm reduction zaměřují v podstatě na celé spektrum uživatelů – konzumenty se snaží naučit pít střídavě a bez negativních následků, škodlivě užívající zejména s přispěním jejich somatických zdravotních potíží vůbec zachytit a dostat do léčby a závislé léčit tak, aniž by ti museli bezpodmínečně abstinovat. Z hlediska efektivity je z oblasti individuálních intervencí doporučován zejména screening a krátká intervence (Babor et al.,

11/ FÓRUM PSR (Pij s rozumem) – Zodpovědní výrobci lihovin, Iniciativa zodpovědných pivovarů (IZP).



2003), který má při porovnání účinných intervencí ze všech úrovní vůbec nejvyšší nákladovou efektivitu (Anderson, et al., 2009).

### ● 5 / 1 Bezpečnější konzumace – jak neublížit sobě ani ostatním

Existuje velká spousta doporučení, jak konzumovat alkohol tak, aby se uživatel vyvaroval negativních následků. Pokyny pro takové pití alkoholu se v odborné literatuře vyskytují od poloviny 90. let 20. století (Babor et al., 2003; Jackson & Beaglehole, 1995), a zahrnují zejména doporučení o maximální týdenní (později denní) bezpečné dávce. Dosud však nebyly provedeny žádné výzkumy, které by hodnotily, zda prosté zveřejnění pokynů pro bezpečnou konzumaci vede ke změnám chování, a tím k minimalizaci škod z užívání alkoholu (Babor et al., 2003).

Doporučení pro nízkorizikové, bezpečné, zodpovědné, mírné či citlivé pití, jak bývá nazýváno, se týká v první řadě konzumovaného množství: ženy by neměly pít v průměru víc než dvě standardní jednotky denně, muži tři (Babor et al., 2003). Velikost standardní jednotky alkoholu je v kontextu doporučení národních či nadnárodních autorit různá, ale variuje mezi 8 a 14 g čistého etanolu (Alcohol in Moderation). Dále se z hlediska množství doporučuje nepít víc než čtyři standardní jednotky při jedné příležitosti (více než 7 standardních jednotek je považováno za velmi rizikové), a zcela abstinovat minimálně jeden den v průběhu týdne. Tyto limity jsou zároveň základem pro poradenství v rámci krátké intervence (viz dále). Další doporučení se týkají koncentrace alkoholu v konzumovaných nápojích (doporučována je co nejnižší, tedy spíš než lihoviny pít pivo či víno), konzumace dostatečného množství tekutin (střídání alkoholických a nealkoholických nápojů, prevence dehydratace), rychlosti konzumace (čím pomalejší a plynulejší, tím méně riziková), kombinace různých typů alkoholických nápojů (není doporučována, odbourávání trvá déle), konzumace na lačno (není doporučována, rychlejší vstřebávání a výraznější ovlivnění alkoholem je rizikovější), rizika míchaných nápojů (potenciálně neznámý obsah), kombinace alkoholu a dalších návykových látek (nepředvídatelné reakce, vyšší riziko předávkování), kvality alkoholu (nepít levné, nekvalitní nápoje, nápoje z neznámých zdrojů a od neznámých lidí), setu a settingu (nepít s cílem zbavit se negativních emocí, nepít o samotě), plánování (naplánovat si výdaje za alkohol ještě před začátkem konzumace umožňuje dodržet míru; zajistit si předem dopravu domů střízlivým řidičem či jinou formou) a informovanosti o následcích konzumace (věděť, jaké má konzumace alkoholu okamžité i dlouhodobé negativní účinky a jak jim předcházet, např. zvládnání kocoviny nebo rozpoznání škodlivého užívání). Nelze předpokládat, že pouhá informovanost je účinnou prevencí škod z užívání alkoholu, nicméně vědomí možných negativních následků a znalost strategií, jak jim předejít, zvyšuje

pohotovost k bezpečnějšímu chování, a to jak pro konzumenta, tak pro jeho okolí. Znalosti a dovednosti, jak zvládat své pití, mohou být užitečné i pro sociální okolí zkušenějšího konzumenta – mladí uživatelé a experimentátoři snadno podléhají sociálnímu tlaku a je výhodnější, pokud je usměrňuje spíš k bezpečnějšímu užívání než k rizikové konzumaci (Stronach, 2003).

Z výsledků některých výzkumů se zdá, že pokud jsou informace o zodpovědném užívání předávány dostatečně přesvědčivě, např. s instrukcemi, aby si příjemce představil či formuloval vlastní změnu chování a možné zisky z potenciálního snížení konzumace alkoholu, mohou být takové intervence založené na informacích do určité míry účinné. Experimentálně bylo potvrzeno, že expozice dvoustránkovému informačnímu a instruktážnímu textu (motivační a volní složka) s cílem snížit víkendovou konzumaci alkoholu na maximální doporučené bezpečné dávky, který byl vytvořen na základě teorie plánovaného chování, jejíž prediktivní hodnota ve vztahu k budoucímu užití alkoholu byla potvrzena (Armitage et al., 2002), může být účinná u žen – středně těžkých konzumentek (do 59 standardních jednotek týdně) po osmi týdnech od intervence, protože u nich v porovnání s kontrolní skupinou došlo k signifikantnímu snížení konzumace (Murgraff et al., 2007). Vysokoškolská studenti s vyšší mírou konzumace alkoholu, kteří obdrželi informace o zásadách bezpečného pití s instrukcemi k provedení mentální simulace a/nebo formulování konkrétního záměru snížit vlastní konzumaci pod hranici rizikového pití, vykazovali po jednom měsíci snížení jak celkového objemu vypitého alkoholu, tak počtu epizod nadměrného pití (Hagger et al., 2012). Tyto a obdobné intervence, které se svým designem již blíží krátké intervenci (viz dále), bývají ale účinné pouze krátkodobě, z dlouhodobého hlediska se rozdíl mezi experimentálními a kontrolními skupinami vyrovnávají (Carey et al., 2007).

Mezi specifické služby určené konzumentům alkoholu poskytované na individuální úrovni patří v prostředí zába- vy ještě orientační dechové zkoušky na alkohol a související poradenství zacílené na prevenci řízení pod vlivem alkoholu, obdobně služba Promile INFO<sup>12</sup> poskytuje informace o přibližném obsahu alkoholu v krvi po určité době po pití alkoholu pro řidiče (Saberžanovová & Vacek, 2011).

### ● 5 / 2 Krátká intervence (HR v primární péči)

V roce 1980 expertní komise WHO zdůraznila potřebu efektivní metody, která by identifikovala osoby se škodlivým a hazardním užíváním alkoholu, ještě před tím, než se u nich objeví negativní důsledky užívání alkoholu (World Health Organization, 2002). Díky tomu byla v posledních

12/ Služba, která na základě zadání pohlaví, věku, váhy, času a množství konzumace alkoholu určí orientační čas vystřízlivění, <http://www.promile.info/>, provozuje SANANIM Charity Services, s.r.o., sociální firma o.s. SANANIM.

30 letech vytvořena celá řada screeningů a krátkých intervencí zaměřených na včasnou identifikaci a intervenci u rizikových uživatelů alkoholu. Na základě předpokladu, že tyto osoby vyhledají zdravotní služby pro své somatické potíže v důsledku nadměrného užívání alkoholu, byly tyto krátké intervence a screeniny umístěny do primární péče, nejčastěji do ordinací praktických lékařů (Fuller & Hiller-Sturmhofel, 1999). Výhodou umístění krátkých intervencí do primární zdravotnické péče je také navíc úspora finančních prostředků a času (World Health Organization, 2002). Pro identifikaci problémového se používají krátké dotazníky. Mezi nejčastěji používané patří CAGE a AUDIT, který byl speciálně pro tyto účely vytvořen (Babor et al., 2001; Israel et al., 1996).

Krátké intervence obvykle probíhají v rámci primární péče v rozsahu od jedné do šesti návštěv. Návštěva trvá obvykle 5 – 20 minut. Ve většině případů intervence začíná odhadem rozsahu pacientových problémů s užíváním alkoholu na základě pacientovy výpovědi a somatického vyšetření. Poté následuje diskuze nad potenciálními zdravotními následky v případě, že pacient bude dále pokračovat v pití alkoholu. V rámci intervence je i nabídnuta možnost, jakým způsobem pití omezit (především v případě uživatelů s nadměrným pitím alkoholu), nebo jak přestat pít alkohol zcela v případě uživatelů s příznaky syndromu závislosti na alkoholu (Babor & Higgins-Biddle, 2000; Fuller & Hiller-Sturmhofel, 1999).

Údaje o efektivitě krátké intervence se mírně rozcházejí. Většina z nich se shoduje na názoru, že krátká intervence je efektivní. Některé studie dále specifikují, že je efektivní u osob, které vykazují známky škodlivého užívání alkoholu nebo které užívají alkohol mírně. U osob s rozvinutou závislostí na alkoholu je krátká intervence spíše doporučována jako úvod do dlouhodobější léčby (Bamford et al., 2005; Moyer et al., 2002; Whitlock et al., 2004). Zvláštní pozornost je věnována krátké intervenci během těhotenství jako prevenci fetálního alkoholového syndromu (Nilsen, 2009). Specifickou formou poradenství využívající internet jsou online screening a krátká intervence, kterým jsme se podrobně věnovali v dalším textu (Holcnerová (Vondráčková) & Vacek, 2010), které vykazují obdobnou úspěšnost a vzhledem k nízkým provozním nákladům i vysokou nákladovou efektivitu.

### ● 5 / 3 **Kontrolované pití (HR v sekundární prevenci)**

Harm reduction v léčbě užívání alkoholu je pragmatický přístup, který nabízí rizikovým uživatelům alkoholu alternativu ke klasické abstinenci orientované léčbě v podobě kontrolovaného užívání alkoholu (Marlatt & Witkiewitz, 2002). Až do 60. let 20. století všechny odborné texty o léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu tvrdily, že jediný možný cíl v léčbě uživatelů alkoholu je abstinence (Ed-

wards, 2004; Marlatt & Witkiewitz, 2002). Tento předpoklad byl podporován výsledky studií, které zjistily, že opakované užívání alkoholu může vést v mozkové tkáni k tzv. neuronální senzitivizaci na alkohol, díky které člověk, který byl v minulosti závislý na alkoholu, není schopný kontrolovaně užívat alkohol právě v důsledku těchto fyziologických změn v mozku způsobených dlouhodobým užíváním alkoholu (Owen & Marlatt, 2001). V sedmdesátých letech minulého století se v odborných kruzích začala diskutovat možnost kontrolovaného užívání alkoholu především díky studii manželů Sobellových (1973), kteří na základě svého výzkumu přišli se závěrem, že kontrolované pití je pro některé osoby, které nadměrně užívají alkohol, možný léčebný cíl. Ostatní výzkumy tento předpoklad potvrdily (například Foy et al., 1984; Sanchez-Craig et al., 1984). Studie zaměřené na samovolnou úzdravu rizikových uživatelů alkoholu také docházejí k tomu, že častým způsobem bylo právě omezení užívání alkoholu (Sobell et al., 2000).

V současné době je odborníky možnost kontrolovaného pití vnímána jako jeden z regulérních cílů léčby alkoholu především pro osoby s abúzem alkoholu nebo mírným stupněm závislosti (Ambrogne, 2002). Kontrolované užívání je odborníky propagováno především proto, že může přivést do léčby i ty uživatele, kteří nechtějí zcela přestat pít, a pro které může být požadavek abstinence nabízený tradičními programy právě překážkou k vyhledání léčby. Zastánci tohoto přístupu uvádějí, že po nastoupení do léčby někteří uživatelé své rozhodnutí o kontrolovaném užívání změní a rozhodnou se pro úplnou abstinenci (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Owen & Marlatt, 2001). Ambrogne (2002) uvádí, že osoby, které si vyberou kontrolované užívání alkoholu, jsou v porovnání s těmi osobami, které chtějí abstinovat, mladší, užívají menší dávky alkoholu a mají méně závažnou historii užívání, méně pocházejí z „alkoholových“ rodin a více odmítají označení alkoholik. Na tento trend zareagovaly svépomocné organizace, protože ve filozofii AA je za jediný cíl považována abstinence, a vzniklo hnutí Moderation Management, kde je cílem právě kontrolované užívání alkoholu (Klaw et al., 2003). V České republice byl v minulých letech kladen velký důraz na abstinenci orientovanou léčbu (Skála, 1987; Frouzová & Mráčková, 1989) tento přístup se v posledních letech začíná měnit a odborníci v indikovaných případech začínají pracovat i s konceptem kontrolovaného pití (například Nešpor, 2002; Randák, 2011; Vichová, 2011)

V rámci harm reduction v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu se také používají farmaka potlačující chuť na alkohol a tím umožňující klientům, aby užívali alkohol v menších dávkách. Mezi tyto látky patří akamprosát (Campral) a naltrexon (Marlatt & Witkiewitz, 2002). Volpicelli et al. (1992) například ve svém výzkumu udávají, že užívání naltrexonu mělo daleko větší vliv na omezení užívání alkoholu (snížení bažení, počet dnů, kdy byl užit alkohol, i celkové množství užitého alkoholu). Podobné výsledky

udávají Sass et al. (1996) ve své studii zaměřené na vliv akamprosatu na užívání alkoholu. V souvislosti s HR přístupem ve farmakoterapii se hovoří o užívání antidepresiv a anxiolytik, které vede ke snížení počtu dní konzumace i samotných dávek alkoholu, což souvisí se skutečností, že touto medikací je léčena primární diagnóza, kterou si klienti sami léčí prostřednictvím alkoholu (Marlatt & Witkiewitz, 2002).

## ● 6 SOUHRN A ZÁVĚR

V posledních desetiletích dochází k zásadním změnám ve vzorcích užívání alkoholu, ve struktuře uživatelů i v rozsahu užívání. Zvyšuje se výskyt nárazové konzumace velkých dávek (tzv. binge drinking, nadměru se pije zejména o víkend), bují alkoholová turistika, a to zejména mezi mladými lidmi, mladší dnes také obvykle konzumují při jedné příležitosti vyšší dávky než starší Evropané, z hlediska vzorců užívání alkoholu přestává platit tradiční rozdělení kultur na anglosaské a románské a v konzumaci alkoholu se také stírá odlišnost mužů a žen – ve shodě s některými autory můžeme směle hovořit o kultuře intoxikace (Gordon et al., 2012; Mäkelä et al., 2006).

Snižování nabídky v klimatu ekonomické deregulace (volný trh) je i díky aktuální situaci (ekonomická krize, kdy je potřeba každá „koruna“) velmi obtížné. Příliš vysoké zdanění a snížená dostupnost alkoholu může také vést ke zvyšování podílu doma vyráběného či pašovaného alkoholu na trhu – existuje důvodný předpoklad, že se v takovém případě zhoršuje jeho kvalita. Dalším problémem přístupu k řešení problematiky alkoholu a veřejného zdraví je nedůvěryhodná mezera mezi doporučovaným maximálním množstvím a reálnou mírou konzumace (Measham, 2006). Takový rozpor mezi postoji a chováním může být patrný nejen na úrovni jednotlivců, i výrobci alkoholu deklarují zájem nepoškozovat konzumenty svých výrobků.

Anderson et al. (2009) předkládají na základě srovnání nákladové efektivity různých intervencí následujících šest klíčových doporučení pro státy, kde je alkohol běžně dostupný.

1/ Zavedení spotřební daně proporcionální vzhledem k obsahu alkoholu v nápoji a její zvyšování v závislosti na inflaci.  
2/ Zavedení státního monopolu pro maloobchodní prodej alkoholu a zároveň minimálního věku pro jeho nákup v rozmezí 18–21 let. V případě, že není monopol z jakéhokoliv důvodu průchodný, je nutno podmínit prodej alkoholu koncesí a zavést omezení na hustotu prodejních míst a jejich otevírací doby k minimalizaci škod.

3/ Zákaz veškeré přímé i nepřímé propagace alkoholu.

4/ Zavedení maximálního přípustného množství alkoholu v krvi řidiče (0,5 nebo 0,2 ‰) a jeho viditelné náhodné i systematické kontroly.

5/ Rozšířit, udržovat a zpřístupnit v zařízeních primární péče jednoduché intervence pro konzumenty užívající rizikově a škodlivě a zajistit návazné intenzivní služby pro závislé.  
6/ Vzdělávací programy by neměly být implementovány jako izolované opatření alkoholové politiky, nebo pouze zaměřené na škody plynoucí z užívání alkoholu, ale spíše jako opatření k posílení povědomí o problémech způsobených alkoholem a připravující půdu pro specifické intervence a politické změny.

Jak se z výčtu zdá, máme ještě co dělat. Česká republika jako jedna ze zemí zasažených problémem škod způsobených užíváním alkoholu nejvíce (vysoký objem konzumace, vysoká prevalence užívání) by měla jít v implementaci takovýchto doporučení příkladem, což neodpovídá aktuální situaci, protože zatím naplňuje (a ne zcela) 3 body ze šesti (1, 4 a 5).

## LITERATURA / REFERENCES

- Alcohol in Moderation. Sensible drinking guidelines. Retrieved 10. 2., 2012, from <http://www.drinkingandyou.com/site/uk/Sensdrink.pdf>
- Ambrogne, J. A. (2002). Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(1), 45–53.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective. A report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 229–243.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Alcohol and Global Health 2: Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373(9682), 2234–2246.
- Armitage, C. J., Norman, P., & Conner, M. (2002). Can the Theory of Planned Behaviour mediate the effects of age, gender and multidimensional health locus of control? *Br J Health Psychol*, 7, 299–316.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition*. *Addiction*, 105(5), 769–779.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95(5), 677–686.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test*. Geneva: World Health Organization.

- Bamford, Z., Booth, P. G., McGuire, J., & Salmon, P. (2005). Minimal intervention as a preparation for the treatment of alcohol dependency. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 289–294.
- Beck, K. H., Fell, J. C., & Yan, A. F. (2009). A Comparison of Drivers with High Versus Low Perceived Risk of Being Caught and Arrested for Driving Under the Influence of Alcohol. *Traffic Injury Prevention*, 10(4), 312–319.
- Běláčková, V. (2006). Od státního monopolu ke spotřební dani z alkoholu. *Adiktologie*, 6(2), 180–187.
- Běláčková, V. (2010). Alkohol: regulace. Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1.LF a VFN, UK v Praze.
- Běláčková, V., Nechanská, B., Chomynová, P., & Horáková, M. (2011). *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Bertelli, A. M., & Richardson, L. E. (2008). The Behavioral Impact of Drinking and Driving Laws. *Policy Studies Journal*, 36(4), 545–569.
- BESIP. (2005). Jedete za zábavou autem? Leták kampaně Čistá Stage v rámci projektu Domluvený. Retrieved 15. 8., 2010, from [http://iniciativipivovaru.webmagazine.cz/data/articles/down\\_79.pdf](http://iniciativipivovaru.webmagazine.cz/data/articles/down_79.pdf)
- Bezpečný klub. (2010). Představení projektu. Retrieved 28. 8., 2010, from [http://www.bezpecnyklub.cz/cz/o\\_projektu\\_predstaveni.asp](http://www.bezpecnyklub.cz/cz/o_projektu_predstaveni.asp)
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Carey, M. P., & DeMartini, K. S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Addict Behav*, 32(11), 2469–2494.
- Ditter, S. M., Elder, R. W., Shults, R. A., Sleet, D. A., Compton, R., & Nichols, J. L. (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving: a systematic review. [Review]. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5 Suppl), 280–287.
- Edwards, G. (2004). *Záhadná molekula*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Elder, R. W., Shults, R. A., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Thompson, R. S., & Rajab, W. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 57–65.
- EMCDDA. (2011). *Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Engels, R. C. M. E., Hermans, R., van Baaren, R. B., Hollenstein, T., & Bot, S. M. (2009). Alcohol Portrayal on Television Affects Actual Drinking Behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 244–249.
- Fell, J. C., & Voas, R. B. (2006). The effectiveness of reducing illegal limits for driving: Evidence for blood alcohol concentration (BAC) lowering the limit to .05 BAC. *Journal of Safety Research*, 37(3), 233–243.
- Foy, D. W., Nunn, L. B., & Rychtarik, R. G. (1984). Broad-Spectrum Behavioral Treatment for Chronic-Alcoholics - Effects of Training Controlled Drinking Skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 218–230.
- Frouzová, M., & Mráčková, E. (1989). *Protialkoholický obzor*, 24, 117–121.
- Fuller, R. K., & Hiller-Sturmhofel, S. (1999). Alcoholism treatment in the United States. An overview. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 69–77.
- Gable, R. S. (1993). Toward a Comparative Overview of Dependence Potential and Acute Toxicity of Psychoactive Substances Used Nonmedically. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 19(3), 263–281.
- Gallet, C. A. (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51(2), 121–135.
- Giesbrecht, N., & Haydon, E. (2006). Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. [Review]. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 633–646.
- Gordon, R., Heim, D., & MacAskill, S. (2012). Rethinking drinking cultures: a review of drinking cultures and a reconstructed dimensional approach. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Public Health*, 126(1), 3–11.
- Goss, C. W., Van Bramer, L. D., Gliner, J. A., Porter, T. R., Roberts, I. G., & Diguseppi, C. (2008). Increased police patrols for preventing alcohol-impaired driving. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD005242.
- Graham, K., Bernards, S., Knibbe, R., Kairouz, S., Kuntsche, S., Wilsnack, S. C., et al. (2011). Alcohol-related negative consequences among drinkers around the world. *Addiction*, 106(8), 1391–1405.
- Gruenewald, P. J. (2011). Regulating Availability: How Access to Alcohol Affects Drinking and Problems in Youth and Adults. *Alcohol Research & Health*, 34(2), 248–256.
- Hagger, M. S., Lonsdale, A., & Chatzisarantis, N. L. (2012). A theory-based intervention to reduce alcohol drinking in excess of guideline limits among undergraduate students. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Br J Health Psychol*, 17(1), 18–43.
- Hahn, R. A., Kuzara, J. L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., et al. (2010). Effectiveness of Policies Restricting Hours of Alcohol Sales in Preventing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), 590–604.
- Harm Reduction Coalition. (2011). Principles of Harm Reduction. Retrieved 9.1.2012, from <http://www.harmreduction.org/section.php?id=62>
- Healthy Nightlife Toolbox. (2010). Handbook Healthy Nightlife Toolbox: How to create a healthy & safe nightlife Available from [http://www.hnt-info.eu/File/Handbook\\_printversion%20100804\\_DEF.PDF](http://www.hnt-info.eu/File/Handbook_printversion%20100804_DEF.PDF)
- Holcnerová (Vondráčková), P., & Vacek, J. (2010). Využití internetu v léčbě abúzu a syndromu závislosti na alkoholu. *Adiktologie*, 10(2), 110–117.
- Hughes, K., Quigg, Z., Eckley, L., Bellis, M., Jones, L., Calafat, A., et al. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction*, 106 Suppl 1, 37–46.
- Israel, Y., Hollander, O., Sanchez-Craig, M., Booker, S., Miller, V., Gingrich, R., et al. (1996). Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol Clin Exp Res*, 20(8), 1443–1450.
- Jackson, R., & Beaglehole, R. (1995). Alcohol consumption guidelines: relative safety vs absolute risks and benefits. *Lancet*, 346(8977), 716.
- Janíková, B. (2008). Harm reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (pp. 99–110). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Jánošíková, P., Mrkývka, P., Tomažič, I., Bárková, D., Anderlová, S., Kindl, M., et al. (2009). *Finanční a daňové právo*. Plzeň: Aleš Čeněk, s.r.o.
- Jones, L., Hughes, K., Atkinson, A. M., & Bellis, M. A. (2011). Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health Place*, 17(2), 508–518.
- Kaestner, R., & Yarnoff, B. (2011). Long-Term Effects of Minimum Legal Drinking Age Laws on Adult Alcohol Use and Driving Fatalities. *Journal of Law and Economics*, 54(2), 365–388.
- Ker, K., & Chinnock, P. (2008). Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD005244.
- Klaw, E., Luft, S., & Humphreys, K. (2003). Characteristics and motives of problem drinkers seeking help from moderation management self-help groups. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 384–389.
- Komise Evropských společenství. (2006). *Strategie EU na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem*. Brusel: Komise Evropských společenství.
- Livingston M. (2009). The Physical Availability of Alcohol. Alcohol Policy Coalition. Available from: [http://alcoholpolicycoalition.org.au/wp-content/uploads/2009/11/Physical-availability-position-statement\\_FINAL\\_250.pdf](http://alcoholpolicycoalition.org.au/wp-content/uploads/2009/11/Physical-availability-position-statement_FINAL_250.pdf)
- Livingston, M. (2011). Alcohol outlet density and harm: Comparing the impacts on violence and chronic harms. *Drug and Alcohol Review*, 30(5), 515–523.
- Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., et al. (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 41(Suppl 1), i8–i18.
- Mann, R. E., MacDonald, S., Stoduto, G., Bondy, S., Jonah, B., & Shaikh, A. (2001). The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: an international review. *Accident Analysis and Prevention*, 33(5), 569–583.

- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27(6), 867–886.
- Measham, F. (2006). The new policy mix: Alcohol, harm minimisation, and determined drunkenness in contemporary society. *International Journal of Drug Policy*, 17(4), 258–268.
- Miron, J. A., & Tetelbaum, E. (2009). Does the Minimum Legal Drinking Age Save Lives? *Economic Inquiry*, 47(2), 317–336.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3), 279–292.
- Murgraff, V., Abraham, C., & McDermott, M. (2007). Reducing friday alcohol consumption among moderate, women drinkers: evaluation of a brief evidence-based intervention. *Alcohol Alcohol*, 42(1), 37–41.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy – Lessons from the global burden of disease study. *Science*, 274(5288), 740–743.
- Nelson, J. P. (2010). Alcohol advertising bans, consumption and control policies in seventeen OECD countries, 1975–2000. *Applied Economics*, 42(7), 803–823.
- Nešpor, K. (2002). Dá se pít s mírou? [online]. Retrieved 17. 4. 2010, from [http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s\\_id=2778](http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2778)
- Newcombe, R. (1992). The reduction of drug related harm: a conceptual framework for theory, practice and research. In P. A. O'Hare (Ed.): Routledge.
- Nilsen, P. (2009). Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 21(6), 496–500.
- Norberg, K. E., Bierut, L. J., & Grucza, R. A. (2009). Long-term effects of minimum drinking age laws on past-year alcohol and drug use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 33(12), 2180–2190.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565.
- Nutt, D. J., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369(9566), 1047–1053.
- Owen, P., & Marlatt, G. A. (2001). Should abstinence be the goal for alcohol treatment? *American Journal on Addictions*, 10(4), 289–291.
- Plant, E. J., & Plant, M. (2005). A „leap in the dark?“ – Lessons for the United Kingdom from past extensions of bar opening hours. *International Journal of Drug Policy*, 16(6), 363–368.
- Radimecký, J. (2005). Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? *Adiktologie*, 5(Supplementum), 275–280.
- Randák, D. (2011). Kontrolované pití – definice nejasného pojmu. Příspěvek prezentovaný na 329. pracovní schůzi Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, 7. 9. 2011 Praha, ČR.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Alcohol and Global Health 1: Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223–2233.
- Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe*. Boskovic: Albert.
- Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. [Article]. *Drug & Alcohol Review*, 25(6), 611–624.
- Rothschild, M. L., Mastin, B., & Miller, T. W. (2006). Reducing alcohol-impaired driving crashes through the use of social marketing. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Accid Anal Prev*, 38(6), 1218–1230.
- Saberžanovová, P. C., & Vacek, J. (2011). Adiktologické služby v prostředí zábavy: Preventivní a harm reduction programy pro rekreační uživatele drog. *Zaostřeno na drogy*, 9(2).
- Saffer, H., & Dave, D. (2002). Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Economics*, 34(11), 1325–1334.
- Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R., & Macdonald, K. R. (1984). Random Assignment to Abstinence and Controlled Drinking – Evaluation of a Cognitive-Behavioral Program for Problem Drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 390–403.
- Sass, H., Soyka, M., Mann, K., & Zieglsangberger, W. (1996). Relapse prevention by acamprostate: Results from a placebo-controlled study on alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 673–680.
- Shults, R. A., Elder, R. W., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Alao, M. O., Carande-Kulis, V. G., et al. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(4), 66–88.
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., & Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749–764.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1973). Individualized Behavior Therapy for Alcoholics. *Behavior Therapy*, 4(1), 49–72.
- Sovinová, H., & Csémy, L. (2010). The Czech AUDIT: Internal consistency, latent structure and identification of risky alcohol consumption. *Central European Journal of Public Health*, 18(3), 127–131.
- Stockwell, T., & Chikritzhs, T. (2009). Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prevention and Community Safety*, 11(3), 153–170.
- Stronach, B. (2003). Alcohol and harm reduction. In E. Buning, M. Gorgulho, A. G. Melcop & P. O'Hare (Eds.), *Alcohol and harm reduction, an innovative approach for countries in transition* (pp. 27–33). Amsterdam: The International Coalition on Alcohol and Harm Reduction.
- Sutton, M., & Godfrey, C. (1995). A grouped data regression approach to estimating economic and social influence on individual drinking behaviour. *Health Economics*, 4, 237–247.
- Toomey, T. L., Nelson, T. F., & Lenk, K. M. (2009). The age-21 minimum legal drinking age: a case study linking past and current debates. *Addiction*, 104(12), 1958–1965.
- Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., & Van den Brink, W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. [Article]. *European Addiction Research*, 16(4), 202–207.
- Víchová, V. (2011). 30denní test jako monitoring. Příspěvek prezentovaný na 329. pracovní schůzi Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, 7. 9. 2011 Praha, ČR.
- Voas, R. B., Tippetts, A. S., & Fell, J. (2000). The relationship of alcohol safety laws to drinking drivers in fatal crashes. *Accident Analysis and Prevention*, 32(4), 483–492.
- Volpicelli, J. R., Alterman, A. I., Hayashida, M., & O'Brien, C. P. (1992). Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence. *Archives of General Psychiatry*, 49(11), 876–880.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J., & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2), 179–190.
- Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 376(9748), 1261–1271.
- Warburton, A. L., & Shepherd, J. P. (2000). Effectiveness of toughened glassware in terms of reducing injury in bars: a randomised controlled trial. *Inj Prev*, 6(1), 36–40.
- Wechsler, H., & Nelson, T. F. (2010). Will Increasing Alcohol Availability By Lowering the Minimum Legal Drinking Age Decrease Drinking and Related Consequences Among Youths? *American Journal of Public Health*, 100(6), 986–992.
- Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R., & Williams, M. (1995). Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction*, 90(7), 907–926.

- Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T., & Klein, J. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 557–568.
- Willis, C., Lybrand, S., & Bellamy, N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004168.
- World Health Organization. (2002). *Summary report of a World Health Organization meeting on dissemination of brief interventions for alcohol problems in primary health care: A strategy for developing countries*. Alicante: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO Press, World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health 2011*. Geneva: WHO Press, World Health Organization.
- Zhang, N., & Caine, E. (2011). Alcohol Policy, Social Context, and Infant Health: The Impact of Minimum Legal Drinking Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(9), 3796–3809.
- Zima, T. (2006). Metabolismus alkoholu a jeho důsledky pro poškození organismu. *Adiktologie*, 6(2), 152–161.