

Světová zdravotnická organizace  
Regionální úřadovna pro Evropu  
Kodaň

# **Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem**

Bruce Ritson

*Universita Edinburgh, UK*

Státní zdravotní ústav

2002

Světová zdravotnická organizace, 1995

**České vydání připravili:**

© MUDr. Hana Sovinová, PhDr. Ladislav Csémy, prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

**Autor českého překladu:**

© MUDr. Ivana Suchardová

**Národní program zdraví**

Projekt podpory zdraví č. 84/2001

**ISBN 80 - 7071 - 203 - 1**

## **OBSAH**

Úvod	4
1. Komunitní a obecní činnost	5
2. Vytvoření akční skupiny pro řešení problémů působených alkoholem	17
3. Úloha primární zdravotní péče	27
4. Alkohol a životní cyklus	42
5. Alkohol a práce	49
6. Dostupnost alkoholu	60
7. Oblast trestního práva	66
8. Reklama a propagace alkoholu	73
9. Alkohol a úrazy	76
10. Závěry	79
Literatura	82

## Úvod

Členské státy evropského regionu WHO výrazně podpořily Evropský akční plán o alkoholu (European Alcohol Action Plan) jako pozitivní soubor návodů, využitelný všemi zeměmi. Zejména členské státy jsou nabádány, aby se s tímto materiálem dobře seznámily a v případě potřeby upravily taktiku v oblasti alkoholu tak, aby byla co nejúplnější a co nejvíce odpovídala zásadám přijatého akčního plánu. Dále se po nich žádá, aby zajistily účinnou realizaci těchto postupů v praxi s cílem předejít zdravotním rizikům a socioekonomickým problémům, souvisejícím s konzumací alkoholu. Jsou také nabádány k tomu, aby plně doceňovaly význam akcí koordinovaných za účasti více sektorů a zásadní úlohu místních komunit.

Komunitní programy a místní aktivity všeho druhu jsou důležitým způsobem, jak podporovat zdravější životní styl a zajistit veřejnou a politickou podporu pro úpravu prodeje a konzumace alkoholu. Vedle rozvoje lokálních opatření mohou mít místní akce mocný vliv na národní a dokonce i mezinárodní postupy.

Každá komunita je schopna provádět prevenci a je třeba ji energičtěji nabádat k lokální činnosti a poskytovat podporu. Domovy, školy, pracoviště a zařízení zdravotní péče poskytují příležitosti k propagaci zdraví podporujícího chování a společenských přístupů, upřednostňujících umírněnou spotřebu alkoholu. Lokální akce, týkající se alkoholu, je třeba začlenit do místních aktivit na podporu zdraví a, pokud je to vhodné a schůdné, koordinovat a kombinovat je s aktivitami v oblasti jiných návykových látek, včetně nezákonných drog a tabáku.

Po výzkumech zaměřených na zvládnutí škodlivého užívání alkoholu na komunitní úrovni, zahájila Evropská regionální úřadovna WHO dva další projekty na podporu místních aktivit. Prvním byla demonstrace a zhodnocení projektu komplexního programu prevence škod způsobených užíváním alkoholu ve finském městě Lahti. Druhým byl projekt Zdravá města, zahrnující multimunicipální akční plán v oblasti alkoholu, kdy 15 měst sdružených do WHO projektu spolupracuje na vývoji opatření a programů zabývajících se problémy souvisejícími s alkoholem.

Na základě zkušeností, získaných prostřednictvím projektů WHO a dalších iniciativ, vznikla tato publikace, jejímž cílem je podpora soustavné činnosti na komunitní úrovni namířené proti škodám působeným alkoholem.

# 1

## **Komunitní a obecní činnost**

WHO stanovila cíle programu *Zdraví pro všechny (1)* v evropském regionu. Zodpovědnost při dosahování těchto cílů neleží jen na vládách, ale i komunitách a jednotlivých Evropanech. Cílem č. 17 dokumentu *Zdraví pro všechny* je - mezi jiným - dosažení významného poklesu spotřeby alkoholu u obyvatelstva:

"... ve všech členských státech měla být významně snížena zdraví poškozující spotřeba návykových látek, jakými jsou alkohol, tabák a psychoaktivní látky."

V textu se dále konstatuje, že cíl je dosažitelný, pokud budou na všech úrovních a v různých sektorech realizovány dobře vyvážené kroky a programy v oblasti spotřeby a výroby alkoholu, jejichž výsledkem bude snížení konzumace o čtvrtinu, se zvláštní pozorností věnovanou redukci škodlivého pití alkoholu.

Hlavní iniciativou k dosažení tohoto cíle je Evropský akční plán o alkoholu (2). Jedním ze strategických záměrů plánu je podnítit a posílit aktivitu komunit a obcí v prevenci a řešení škod souvisejících s alkoholem (3). Evropské *Zdraví pro všechny* plně docenuje důležitost zlepšování kvality zdraví a životního prostředí. Tato strategie se opírá o principy Ottawské charty na podporu zdraví (4), zdůrazňující důležitost veřejných zdravotních opatření a integraci aktivit v různých sektorech života komunity. Světovou zdravotní organizací iniciované hnutí Zdravá města (5) je dokladem toho, že strategie *Zdraví pro všechny* je přenosná na lokální úroveň a je příkladem užitečného modelu obecní aktivity tohoto druhu. Projekt Regionální úřadovny zkoumající, jak komunity řeší problémy spojené s alkoholem, významně přispívá k pochopení různých formálních i neformálních mechanismů, které vznikly při hledání rovnováhy mezi přínosem alkoholu a cenou za něj, a zkoumání toho, jak snížit škodlivé důsledky pití.

Tyto návody jsou v zásadě praktické a obsahují přístupy, které lze adaptovat na různá prostředí. Mohou být základem metod a zkušeností jedinečných pro tu kterou komunitu. Byly připraveny tak, aby stimulovaly místní zájmy o vytvoření podrobného lokálního plánu/projektu.

Tato knížka je rozdělena do kapitol týkajících se těch oblastí života komunity, v nichž je perspektivně možné dospět k účinným opatřením v oblasti alkoholu. Konkrétní důrazy a priority budou samozřejmě záviset na místních podmínkách a hlavních problémech (6):

Sestavit návod pro lokální činnost není snadné. Vyžaduje to dovednost a důvtip v nalézání nejrůznějších možností prevence, které by mohl snadno přehlédnout ten, kdo po nich dost usilovně nepátrá.

### **Proč právě alkohol?**

Evropa je největším výrobcem a spotřebitelem alkoholu a problémy související s alkoholem mají velký dopad na zdraví, společenské blaho a hospodářství. Ekonomické ztráty se odhadují na 2 - 3 % hrubého národního produktu. Navzdory těmto nákladům nepřestávají mnohé komunity pohlížet na problémy s alkoholem jako na čistě medicínský či dokonce úzce psychiatrický problém. Mají-li komunity projevit zájem a skutečně se angažovat, bude třeba mnohem širšího přístupu. Změna našeho chápání problémů souvisejících s alkoholem je jedním z klíčových cílů této strategie. Prostředkem k jejímu dosažení je to, aby komunity měly k dispozici přesné informace o užívání alkoholu a jeho účincích a lokálně relevantní statistická data, aby si mohly spočítat, jakou cenu společnost za pití alkoholu platí, a rozvážit, jak přiměřeně odpovědět na tyto skutečnosti.

Společenské náklady na užívání alkoholu (2) mohou být vyčísleny následovně:

- Užívání alkoholu způsobuje společnosti značné výdaje ve ztrátě produktivity a nákladech na zdraví, sociální zabezpečení, dopravu a orgány činné v trestním řízení.
- Užívání alkoholu je velkou zátěží pro systémy zdravotní péče. Souvislost s alkoholem se odhaduje u 6 % úmrtí osob mladších 75 let a 20 % akutních přijetí do nemocnice. K významným zdravotním problémům se vztahem k užívání alkoholu patří zvýšený krevní tlak a cerebrovaskulární onemocnění, zhoubné bujení (zejména nádory horních cest dýchacích a trávicího traktu), cirhóza jater a poruchy duševního zdraví, včetně závislosti a dalších poruch chování.
- Alkohol figuruje při více než jedné třetině dopravních nehod a úmrtí v důsledku těchto havárií a také se významně podílí na úrazech v domácnosti, při rekreaci a v pracovním procesu.
- Užívání alkoholu je součástí značné části problémů s veřejným pořádkem včetně kriminálních činů, zabití a násilí.

- Užívání alkoholu je jednou z hlavních příčin rozpadu rodiny, domácího násilí a zneužívání dětí, a proto silně zatěžuje systém sociální péče.
- Alkohol snižuje produktivitu práce v důsledku absencí, nehod a sníženého pracovního výkonu.
- Pití alkoholu je spojeno s užíváním jiných látek a synergicky s dalšími rizikovými faktory vede ke zvýšení nemocnosti a úmrtnosti.

### **Základní předpoklady/východiska**

Tyto návody jsou vodítkem k tomu, aby komunity dokázaly aktivně uskutečňovat preventivní programy. Jsou určeny k použití na lokální úrovni v nejrůznějších venkovských či městských komunitách s různou sociopolitickou strukturou. Návody vycházejí z řady předpokladů:

- Užívání alkoholu přináší prospěch, ale i škodlivé důsledky; zájem komunity je, aby užitek byl co největší, zatímco škody co nejmenší.
- Určitý počet jedinců v každé komunitě pije rizikovým škodlivým způsobem. Míra výskytu škodlivé konzumace závisí na spotřebě na jednoho obyvatele v dané oblasti s přihlédnutím k převažujícím způsobům pití a charakteristikám komunity.
- Místní úřady mají povinnost chránit prostředí/společnost, a proto kladou důraz na zdravotní opatření ve své oblasti. Současný projekt může být vázán na iniciativy a projekty WHO Zdravá města, Zdravé školy a zdravé nemocnice nebo na celostátně integrovaný program intervence v oblasti nepřenositelných nemocí (CINDI, Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme).
- Postupy jsou stejně upotřebitelné pro venkov i město, i když každá z těchto oblastí bude mít své vlastní specifické požadavky. K zásadám zdraví pro všechny patří rovnost poskytování služeb a důraz na propagaci zdraví, která se neobejde bez účasti komunity a mezioborové spolupráce. Rovněž je třeba přednostně řešit zdravotní problémy na úrovni primární zdravotní péče.
- Lokální aktivita je pokud možno zasazena do národního plánu s optimální mezinárodní spoluprací. Bylo by však chybou čekat se zaváděním lokálních aktivit až na celonárodní postupy.
- Výhodné je stanovit cíle pro oblast ekonomickou, sociální a zdravotní a poté je přeměnit na specifické cíle pro lokální úroveň (viz 2. kapitola).

## **Koho zapojit?**

### **Koncipování plánu/příprava projektu: Akční tým pro řešení problémů s alkoholem**

Problémy spojené s užíváním alkoholu se projevují v mnoha různých sférách veřejného života. Ze šíře těchto problémů je zřejmé, že zasahují řadu sektorů – ať už si to uvědomujeme či nikoli. Primárním záměrem je tedy identifikovat ty sektory života komunity, které v současnosti pracují s problémovými pijáky nebo nesou společenské nebo ekonomické náklady pití alkoholu, a usnadnit jejich spolupráci v rámci dohodnutého plánu aktivit. Některé komunity mohou pořádat kombinované akce se zaměřením na alkohol, drogy a tabák.

Prvním krokem v přípravě akčního plánu bude vytvoření akčního týmu pro řešení problémů s alkoholem (dále také krátce jako alkoholová akční skupina), který připraví široce pojatou alkoholovou strategii a vzbudí zájem a angažovanou pomoc mnoha partnerů, včetně zdravotních a sociálních služeb, oblastí vzdělávání a služeb pro mládež, médií, dobrovolných organizací, zaměstnavatelských i zaměstnaneckých skupin. Členové alkoholové akční skupiny budou koordinovat svoji práci s dalšími aktivitami komunity v oblasti drog a tabáku. Budou muset udržovat spojení s řadou dalších zájmových skupin a sekcí v rámci komunity. Jedním z nejdůležitějších úkolů prvního období jejich činnosti bude upozornit veřejnost na to, jakou úlohu sehrává alkohol v komunitě a vybudovat síť vzájemného porozumění mezi skupinami a jedinci, zapojenými do aktivit ke zmírnění problémů s alkoholem na lokální úrovni. Tam, kde je to možné, je lépe dát přednost existujícímu propojení před vytvářením nových systémů komunikace a nalézt potenciální spojence z řad jedinců, ale i organizací a institucí.

Ve většině případů získá skupina oprávnění k přípravě akčního plánu proti škodlivému užívání alkoholu od místních úřadů, mnohdy s podporou centrální vlády. Politická podpora je důležitá a vždy, kdy je to možné, by se měla projevit v usnesení obce, zavazujícím místní úřady k provádění a vyhodnocování akčního plánu o alkoholu. Specifickým odborům, jakými jsou zdravotnictví a školství, by měla být přidělena vedoucí role v zahájení lokálního projektu/plánu a koordinování jednotlivých aktivit. Rovněž se od nich po určité době bude očekávat zpráva, čeho bylo dosaženo s ohledem na cíle.

I když je tento přístup často optimálním řešením, je jisté, že mnohé účinné a inovativní plány mají původ mimo sféru vlády či oficiálních obecních složek. Efektivita zájmových skupin a dobrovolnických organizací někdy spočívá v jejich schopnosti jednat nezávisle, bez administrativních zábran, které mnohdy brzdí vládní aktivitu. Nic nebrání tomu, aby vedoucí



roli převzal nevládní sektor komunity, ale bude patrně moudré již v časně fázi usilovat o spojení s místním zastupitelstvem.

Všudypřítomnost, typická pro problémy svázané s užíváním alkoholu, by měla vést k vysokému stupni spolupráce mezi různými subjekty a zapojení mnoha odlišných částí komunity (viz tab. 1).

**Tab. 1: Skupiny na lokální úrovni zainteresované na Akčním plánu o alkoholu**

Obecní a regionální rady a úřady	Zájmové skupiny
Zdravotnické orgány: služby specialistů, primární zdravotní péče, veřejné zdraví, propagace zdraví/osvěta	Skupiny menšin Skupiny zaměřené na zdravotní problematiku práce a životního prostředí
Policie	Průmyslová odvětví alkoholických nápojů a pohostinství
Legislativní/justiční orgány (udělování licencí)	Zaměstnavatelské a odborové organizace
Vzdělávání (primární, sekundární a terciální)	Rekreační a městská vybavenost: organizace pro rozptýlení ve volném čase, rekreaci a turistiku
Služby pro mladé	
Organizace dobrovolníků, svépomocné skupiny	Odbory dopravy
Ženské skupiny	

Účinné návody či modely akcí národního plánu musí vycházet vstříc místním zvláštnostem a stavět na zájmu a angažovanosti. Je důležité, aby komunita přijala plán za svůj. V každé komunitě jsou konzumenti a klienti, kteří znají problém a mohou pomoci při hledání řešení, která budou "jejich" řešeními. Pro akční plán o alkoholu je často užitečná podpora poradního fóra, tvořeného velkou skupinou zainteresovaných stran, schopných prodebatovat a usměrnit připravovaná opatření. Fórum by také mělo uvážit, zda je výhodný kombinovaný přístup, zahrnující alkohol, drogy a tabák.

### **Poradní fórum**

Při vypracování strategie ke snížení škod v důsledku alkoholu je velmi výhodná mezioborová spolupráce. Měla by zajistit, že opatření, přijatá v jedné oblasti, se nebudou střetávat či - ještě

hůře - vzájemně vylučovat s postupem v jiné oblasti. Fórum zajistí větší respekt vůči zúčastněným subjektům, jeho prioritám a omezení, která mohou být určující pro spolupráci. Široce založené fórum se stane centrem pro debatu a přijatelným prostředím, kde mohou zaznít kritické hlasy a stanoviska, vedená zájmy různých odvětví. Dodá legitimitu preventivní práci, často považované za málo důležitou. Nanejvýš důležitá je vyváženost akčního plánu o alkoholu, provázanost a sladění jednotlivých aktivit, aby nedocházelo k rozkouskování činnosti. Např. zavedení nových zákonů o udělování licencí může být provázeno veřejnou edukací/osvětou a změnami postojů a vedle toho by mohlo zahrnovat šetření o pití alkoholu na vysoce rizikových pracovištích v odvětvích pracujících s alkoholickými nápoji a pohostinství. Přístup místních pracovníků komunity bude pragmatický nejspíše tehdy, budou-li se moci chopit aktuálně vzniklých příležitostí.

Důležité je, aby si akční skupina a poradní fórum vyjasnily kompetence ohledně cílů a činností. Ty mohou zahrnovat požadavek na přípravu strategií k omezení škod v souvislosti s alkoholem, na propagaci uvážlivé konzumace alkoholických nápojů, podporu vhodných školicích aktivit a zajištění sběru a zveřejnění celostátních i lokálních dat.

Ve většině komunit bude potřebné vytvořit malou "kancelář" s týmem pracovníků, kteří budou pracovat pro alkoholovou akční skupinu a prakticky zajišťovat akční plán. Finance pro tento tým mohou pocházet ze státních nebo místních zdrojů. Je nerealistické očekávat významnější snížení škod spojených s alkoholem bez lokálních investic do procesu, třebaže financování je možné zajistit rozmanitými cestami.

Akční skupina a způsob, jakým byla vytvořena, může být rozhodující pro úspěch plánu. Proces formování Alkoholové akční skupiny je popsán ve 2. kapitole.

### **Preventivní postupy - snížení škod způsobených alkoholem**

Cit pro zdraví a prosperitu často vzniká ze smysluplných interakcí členů komunity s fyzickým, společenským a politickým prostředím, které je obklopuje. Alkohol je důležitou součástí tohoto prostředí a jeho užívání musí být rozumné. K tomu vyzývá zdravotnická osvěta, pečující o to, aby se všem lidem dostalo srozumitelných a korektních informací o alkoholu tak, aby se mohli na podkladě informací a - doufejme - s respektem vůči vlastnímu zdraví rozhodnout, jaký způsob života povedou.

Tradičně se rozlišuje primární prevence, usilující zabránit vzniku problémů, a sekundární prevence, soustřeďující se na včasné rozpoznání a minimalizaci škod. Konečně terciární

prevence se týká optimální rehabilitace. I když je tento v podstatě medicínský model platný i pro problémy s alkoholem, v praxi dochází při plánování na úrovni komunity ke značným přesahům mezi těmito kategoriemi. Jiným modelem je klasifikace preventivních postupů podle toho, zda kladou důraz na pijáka jako jednotlivce, společenský kontext, v jehož rámci se pití odehrává, na převažující způsoby konzumace a konečně na alkohol jako takový a jeho dostupnost. Také zde může být rozdělení zavádějící, neboť v praxi dochází často k překrývání.

### **Preventivní paradox**

Je známo, že konzumace alkoholu a problémy s ní spojené jsou trvalé. I když jistě existují významné rozdíly ve způsobu a okolnostech konzumace, všeobecně platí, že ti, kdo pijí více, mají větší pravděpodobnost dospět k problémům s alkoholem. Omezení škod ve spojení s alkoholem lze dosáhnout opatřeními ke snížení celkové konzumace (populačně založený přístup) nebo pomocí opatření směřovaných na specifické rizikové typy chování (přístup založený na omezování vysokého rizika). Přístup podle výše rizika, zaměřující se výhradně na nejtěžší pijáky, není pro komunitu z hlediska užitku nejprínosnější. Nejpočetnější skupinou obvykle jsou středně silní pijáci, kteří jsou zdrojem nejčastějších problémů s alkoholem. Mnohdy jde o problémy související s otravou alkoholem. Z preventivního paradoxu (7) je zřejmé, proč musí být lokální akční plán orientován na *všechny* pijáky v komunitě, nejen na skupinu s vysokým rizikem. Postupy, jejichž cílovou skupinou je pouze vysoce rizikové pití, jsou obvykle snáze přijímány veřejností, protože se nedotýkají chování většiny. Jistě mohou být součástí akčního plánu, ale samy o sobě nejsou dostatečné. V různých sektorech mohou být přijatelnější různé důrazy.

### **Komplexní přístup**

Nejdůležitější je, aby lokální akční plán o alkoholu měl široký základ a kladl důraz na prvky s prokázanou účinností (8), kterými jsou:

- nekompromisní náhodné dechové zkoušky u osob dopouštějících se dopravních přestupků při řízení pod vlivem alkoholu;
- prospěšnost viditelných opatření k zachování veřejného pořádku v místech konzumace alkoholu a jejich okolí;
- účinnost krátkých, cílených intervencí u hazardně pijících jedinců, zachycených prostřednictvím primární zdravotní péče a nemocnic;

- dopad dostupnosti alkoholu na chuligánství při sportovních příležitostech;
- edukace o užívání alkoholu s důrazem na těhotné ženy;
- ekonomická úspěšnost účinných zaměstnaneckých asistenčních programů na pracovištích.

Velmi důležité jsou okolnosti, za nichž k pití alkoholu dochází. Užívání alkoholu může být v jedné situaci neškodné, zatímco v jiné vysoce nebezpečné; zřetelným příkladem je nebezpečí spojené s řízením vozidla po vypití alkoholu, zjevně nastupující již při konzumaci, která by v jiných situacích byla přijatelná.

Alkoholová akční skupina musí vypracovat principy propagace zdraví, vycházející z existujících důkazů o povaze problémů spojených s alkoholem a respektující místní zvyky a zájmy. Nejvěrohodnější jsou argumenty založené na místních zkušenostech.

### **Sběr základních informací**

Důležité je získat jasný obraz o tom, jaký rozsah a charakter má užívání alkoholu v komunitě a s jakými náklady, ale také přínosem je spojeno. Národní (celostátní) údaje jsou užitečné, ale často postrádají specifčnost a relevanci, které jsou tak důležité pro podnícení místního zájmu. Je-li to proveditelné, je mnohem lepší extrahovat z národní statistiky místní data a srovnávat je s celostátními údaji. Lokální šetření způsobů a návyků ve vztahu k pití alkoholu může být velmi nákladné a náročné na čas; potřeba dalšího zkoumání by se však neměla stát výmluvou pro nečinnost.

Alkoholová akční skupina bude odpovědná za shromáždění existujících informací, pocházejících z řady různých oblastí. Dostupná data se budou v různých komunitách co do druhu značně lišit. Sběr dat z většího počtu různých zdrojů může probudit zájem a podnítit vznik spolupráce a spojenectví s dalšími sektory komunity. Doklady pomohou ukázat úřadům, nakolik alkohol ve skutečnosti přispívá k jejich pracovnímu zatížení. Informací lze využít jako opory pro informované rozhodnutí a na podporu různých akcí. Získaná data též tvoří základ pro další sledování změn a dopadu nově zaváděných opatření.

Thorensen a Pedersen (9) podali vynikající příklad využití údajů shromážděných pro Kodaň v rámci projektu Zdravá města. Uveřejnili data o spotřebě, nákladech na léčbu, úmrtnosti v souvislosti s alkoholem, deliktů v opilosti a dostupnosti licencí a prodloužené otvírací době. Tyto údaje se staly hodnotným základem dialogu s místní komunitou a výchozím bodem pro sledování změn.

Jednoduché šetření lokálních návyků a přístupů ve vztahu k alkoholu lze rychle provést prostřednictvím úřadů pro sociální šetření (ačkoli to bývá drahé) nebo laskavostí akademických subjektů, např. škol se zaměřením na výživu nebo psychologii. Rychlou informací může být šetření poštovní cestou, ovšem spolupráce oslovených bývá nevalná. Telefonické šetření je snadno proveditelné, ale dotazovaná populace bývá nereprezentativní; zejména nezachytí slabší vrstvy obyvatelstva, bezdomovce a osoby, které jsou často mimo domov.

Ale i v případě, že šetření návyků ve vztahu k alkoholu není dostupné ani proveditelné, je stále možné dát dohromady informace o úloze alkoholu v komunitě. V některých zemích jsou každoročně dostupné údaje o prodeji alkoholu a výnosu daní z alkoholických nápojů. Lze je využít pro analýzu trendů. Šetření v domácnostech i různé zákaznické průzkumy často obsahují otázky na užívání alkoholu a mohou poskytnout užitečné informace.

Téměř každá komunita tak bude mít určité informace o škodách souvisejících s alkoholem. Tab. 2 uvádí některé obecné ukazatele. Část z nich je dostupná pouze na celostátní úrovni, ale mnohdy je možné získat údaje o úmrtnosti a nemocnosti, popř. statistiku silničních dopravních nehod na oblastní nebo městské úrovni (viz *Hodnocení a sledování aktivit na poli alkoholu /Evaluation and monitoring of action on alcohol/*, první ze série těchto brožur).

**Tab. 2. Vybrané ukazatele škod v souvislosti s alkoholem**

Zdraví	<p>Úmrtí na cirhózu, zánět slinivky břišní, násilná smrt (nehody, sebevraždy a zabití), zhoubné nádory (rtu, dutiny ústní, hltanu, jícnu a hrtanu), alkoholizmus, závislost na alkoholu a alkoholická psychóza</p> <p>Zvýšená nemocnost: poškození jater, sebevražedné pokusy, hypertenze, poranění hlavy a jiné úrazy, závislost na alkoholu a alkoholická psychóza</p> <p>Údaje zdravotnických úřadů založené na posuzování rozsahu problémů v souvislosti s alkoholem u klientů: primární zdravotní péče, stanic první pomoci/lékařské pohotovosti, všeobecných nemocnic a psychiatrických ambulancí</p>
--------	---

Sociální faktory	Platby sociálních podpor, invalidní důchody (procento, na jejichž žádosti je zmíněn alkohol, je samo o sobě odrazem postoje) a bezdomovectví
Zaměstnání	Zhoršení v práci, nehody/úrazy, absentérizmus a počet prostonaných dnů, nezaměstnanost
Kriminalita	Delikty související s opilostí, dopravní nehody, pití nezletilých, chuligánství, rozepře a násilí v rodinách, doba strávená policií řešením problémů spojených s alkoholem

Policie, soudy, nemocnice a týmy primární zdravotní péče často nepodávají systematické hlášení o úloze, kterou alkohol sehrává v jimi zaznamenávaných případech. S vynaložením jen minimální námahy by bylo možné zavést systémy pro záznam alkoholu jako faktoru spojeného s různými incidenty. Tyto záznamy by byly hodnotným zdrojem lokálních údajů, využitelných jako ilustrace problémů v místních médiích a jako podklad pro mediálně zprostředkované debaty. Lze jich využít také jako výchozího stavu při dalším sledování a vyhodnocování.

Stejně důležité je shromáždit informace o dalších aspektech chování v souvislosti s alkoholem v komunitě, k nimž patří:

- provozní doba podle licence, počet firem s licenci, výjimky z běžné praxe a předpokládané trendy v licencování;
- celkový počet a distribuce prodejních míst lihovin, faktory ovlivňující změny a systém distribuce;
- provádění osvěty v oblasti alkoholu ve školách a centrech pro vyšší vzdělávání, rozsah a způsob edukace o alkoholu;
- školení dostupné profesionálním pracovníkům na téma rozpoznání a řešení/léčby problémů způsobených alkoholem na celostátní i místní úrovni;
- příklady protialkoholních postupů na pracovištích včetně toho, jak často se uplatňují a zda jsou realizovány;
- začlenění odvětví alkoholu a pohostinství do edukace a prevence, zejména do školicích akcí pro personál;

- jak jsou problémy s alkoholem líčeny v médiích, aktuální zájem a debata o alkoholu, místní kontrola inzerce;
- postoje k dostupnosti alkoholu ve sportovních klubech a při různých sportovních podnicích, počet prodejních míst, sponzorství atd.

Získávání dat tohoto druhu se nesmí stát samoučelným. Přínosem bude jen tehdy, pokud slouží záměrům akčního plánu. Důležité je soustředit se na již dostupné a snadno shromažditelné údaje, nikoli na zařizování nových výzkumných projektů.

Nalézání informací může napomoci při vytváření systému/sítě a probuzení zájmu v komunitě. Někdy jej lze kombinovat se šetřením, při němž jsou - semistrukturovaným způsobem - významní členové organizací dotazováni na své názory na alkohol a problémy s ním spojené. Tyto názory, i když nutně nemusí být reprezentativní pro komunitu jako celek, často pomohou pochopit postoje a zájmy charakteristické pro prostředí, v němž budou probíhat akce zaměřené na alkohol.

### *Projekt Lahti*

Projekt Lahti ve Finsku je součástí Evropského akčního plánu o alkoholu Světové zdravotnické organizace, jehož cílem je zmírnění problémů souvisejících s alkoholem a drogami v malé městské komunitě. Výzkumní pracovníci měli úlohu badatelů i posuzovatelů; byli hlavními poskytovateli informací i těmi, kdo v časně fázi projektu sblížili různé zájmové skupiny a usnadnili jejich spolupráci. V důsledku toho se pracovníci místní samosprávy, zejména odboru zdravotnictví, sociálních věcí a výchovy, v mnohém vzájemně poučili o problémech s alkoholem, které musí řešit, a byla vyvinuta řada provázaných modulů činnosti komunity.

Tento projekt vznikl ve spolupráci mezi badateli a lektory činnými v problematice alkoholu a zainteresovanými lidmi, úředníky a osobami s rozhodovací pravomocí v dané komunitě. Dále byla vytvořena podpůrná vědecká skupina specialistů na poli alkoholu.

Spolupráce mezi profesionály v Lahti a badateli umožnila vyvinout realistické a účinné nástroje pro prevenci. Získané zkušenosti jsou využitelné i mimo město Lahti v rámci národních i mezinárodních projektů zaměřených na prevenci zdraví a společenské/sociální problémy v důsledku užívání alkoholu.

## **Orientování obecních a místních orgánů/úřadů**

Nasměrování pozornosti městských rad směrem ke zdraví je způsob, jak zajistit, aby postupy a aktivity úřadů závazně zohledňovaly zdraví jako důležitou prioritu. Je třeba, aby si rada či zastupitelstvo daly za cíl snížit spotřebu alkoholu k určitému konkrétnímu datu. K tomu je nutná odhodlanost, např. při snížení objemu nebo výnosu z alkoholu prodávaného v podnicích pohostinství, a zasazení se o to, aby propagace a reklama, nad níž má rada kontrolu, nepobízela k nadměrnému pití alkoholu. Personální odbory by měly podporovat kvalitní zaměstnanecké asistenční programy a protialkoholní opatření na pracovištích. Odbory pro plánování a životní prostředí by měly zajistit, aby podniky s prodejem alkoholu byly ve vhodných lokalitách, a pečovat o širokou dostupnost alternativních možností zábavy a trávení volného času. Je nezbytné udržovat trvale vysoký standard prevence nehod a zajistit zdraví a bezpečnost při práci způsobem, který plně bere v úvahu velký podíl alkoholu na zdravotních problémech.

Bez aktivní podpory místních úřadů nemá dohodnutý akční plán valnou naději na úspěch. Některé úřady chápou důležitost veřejně-zdravotních opatření, zatímco jiné je třeba přesvědčit o jejich významu, protože dosud pohlížejí na zdraví jako na problém, týkající se pouze zdravotních odborů. Alkoholová akční skupina bude potřebovat své údaje a zkušenosti, podle nichž úřady snáze pochopí, že alkohol je důležitým tématem pro většinu jejich odborů. Skupina by se měla seznámit s postupy místního zastupitelství a najít způsoby, jak zahrnout alkohol a problémy jím způsobované do agendy různých odborů.

V mnoha případech místní úřad převezme vůdčí roli při zřizování alkoholové akční skupiny a pomůže jí získat důvěryhodnost a vliv. Ovšem nebylo by ani trochu vhodné, aby se skupina pohodlně změnila v součást zdravotního nebo sociálního odboru, od počátku by totiž měla v sobě zahrnovat celé spektrum odborů a zájmových skupin.

Celostní přístup ke zdraví předpokládá, aby plánování účinné odpovědi vycházelo z široké palety problémů a zájmů. Akční skupiny budou potřebovat podporu místních úřadů, ale musí mít úzké vazby s komunitou a zákaznickými skupinami mimo pravidelné politické a profesní hranice. Zastánci zdraví se musí naučit dělit se o moc s lidmi, spíše než nad nimi moc vykonávat; prakticky to znamená méně vydávat direktivy a více jednat. Dále to znamená, že, i když je na podporu procesu důležitá určitá struktura, je třeba věnovat více pozornosti procesu a méně struktuře. Vytvářené struktury by měly být spíše kolegiální než hierarchické. Tyto struktury a procesy by měly vést ke spolupráci, nikoli soutěžení/konkurenci (5).



## 2

### **Vytvoření akční skupiny pro řešení problémů působených alkoholem**

Akční skupina pro řešení problémů působených alkoholem (dále krátce alkoholová akční skupina) bude nejspíše vytvořena jako odpověď na vnější direktivu státní, krajské nebo regionální výkonné moci, nebo vznikne v rámci místní komunity. Ať už vznikne jakkoli, nejdůležitější je, aby komunita rychle vzala projekt lokální aktivity ve věci alkoholu za svůj. Základním principem WHO strategie *Zdraví pro všechny* je to, že jedinci a rodiny mají přispívat ke svému vlastnímu rozvoji a podpoře/propagaci zdraví ve své komunitě.

Tato filozofie se zdá být prázdou rétorikou, pokud není provázena úsilím o informování všech členů komunity o problémech a snahou o zajištění jejich účasti na procesu plánování. Myšlenky alkoholového akčního plánu by měly vznikat jako zčeřené vlny na vodě a měnit se působením protichůdných názorových proudů nebo odporu na cestě. Výsledný tvar musí mít specifický rukopis komunity.

#### **Průběh**

Mnohem podstatnější, než sama struktura, často bude proces vývoje strategie. Právě tento proces přitahuje zainteresované spolupracovníky; v diskuzích s komunitami se objeví nové myšlenky a dosáhne se vzájemného porozumění. Počáteční vývoj akční skupiny je rozhodující, protože první zapojení budou často signalizovat směr, kterým se půjde. Organizace, pověřená úkolem zformovat skupinu, bude usilovat o spojení s dalšími vhodnými skupinami a odbory a současně musí dbát na to, aby akční skupina nebyla příliš velká a neodchylovala se od svého úkolu.

Ke skupině se patrně budou připojovat lidé s různou profesí a motivací. Lze je volně dělit na entuziasty, vlivné osoby, funkcionáře, "experty" a vědce. V některých případech může jeden člověk v sobě spojovat všechny nebo přinejmenším některé tyto role. Každý může významně přispět, ale samotný jedinec může zmařit nebo narušit efektivní postup.

#### **Entuziasté**

Není pravděpodobné, že by plán šel kupředu bez základní skupinky lidí s hlubokým zájmem o komunitu, její prostředí a problémy spojené s alkoholem. Ti budou hnací silou a často bývají

schopni věnovat plánu velké množství času a energie. Nicméně mohou představovat určitý problém; zejména pokud jsou počítáni k extrémistům nebo skupinám s mezními zájmy, mohou zhatit dlouhodobě nezbytný široký konsensus; např. některé preventivní kampaně se ukázaly jako méně účinné, pokud propagovaly přísnou střídmost/abstinenci směřující k prohibici nebo s ní dávanou do souvislosti. V jiných případech může být špatně chápána významná iniciativa průmyslu vyrábějícího alkoholické nápoje. Jiným zdrojem potíží může být profesionální rivalita mezi zdravotnickým odborem a odborem sociálního zabezpečení, když vznikne dojem, že jeden z těchto sektorů má příliš prominentní pozici. Nadměrná identifikace s jednou politickou či náboženskou skupinou nebo jinou jedinou organizací může být v pluralistické společnosti kontraproduktivní.

### **Experti**

Skupina bude potřebovat osoby s odbornými znalostmi problematiky alkoholu a místních nařízení o alkoholu. Tyto specialisty lze obvykle získat v oblastech zdravotnictví, sociálního zabezpečení a vymáhání práva, ale k profesionálům, jejichž speciální znalosti nedocenitelně přispějí k práci na plánu, mohou patřit také odborníci z oblasti výchovy a vzdělávání, sociologové, psychologové, (sociální) antropologové a kriminologové. V některých oblastech nebudou prakticky žádní specialisté, v jiných jich může být několik a mohou mít rozdílné nebo dokonce protichůdné názory na vhodnost různých reakcí/odpovědí, které bude třeba prodiskutovat v rámci Akční skupiny.

### **Funkcionáři**

Velmi důležité je, aby těsnou vazbu ke skupině měli oficiální představitelé komunity nebo obce. Významní členové místního zastupitelstva nebo dokonce představitelé nejužšího vedení pravděpodobně nebudou mít čas na práci při detailní přípravě plánu. Avšak měli by být nějakým způsobem ve spojení s plánovacím procesem a vyslovovat svůj souhlas s jeho vývojem. Bez tohoto spojení se může stát, že s velkým entuziasmem připravený akční plán nebude mít žádný praktický dopad, protože mu bude scházet oficiální souhlas. Tito lidé jsou si obvykle velmi dobře vědomi politických a finančních dopadů nastolených problémů.

### **Vlivní lidé**

Ve většině obcí není těžké najít lidi, kteří mají uznání a vliv. Je důležité, aby někteří členové skupiny byli tak vlivní, aby mohli zapůsobit na významné sektory komunity a zaštitit plán, dojde-li na jeho kritické přezkoumání. K těmto lidem patří prominentní politici, velcí

zaměstnavatelé, odborářští vůdci, akademičtí představitelé a reprezentanti zájmových skupin a médií.

### **Vědci**

Skupina bude muset neustále posuzovat spolehlivost získávaných informací a hodnotit dopad zaváděných postupů. Bez vědeckých přístupů se snadno může stát, že bude stavět na nepevných základech a dopouštět se nepodložených tvrzení.

Skupina by měla dbát, aby reprezentovala mnoho segmentů komunity a byla dobře vyvážená vzhledem k pohlaví, věku, sociálnímu původu a případně etnickému složení. Je jistě nerealistické očekávat, že skupina vyhoví všem těmto požadavkům, aniž by se příliš rozrostla. Je proto důležité dát prostor a hlas různým zájmovým celkům v rámci komunity, aby mohlo být přihlédnuto k jejich potřebám a společně hledáno vhodné řešení. Je mnoho způsobů, jak vést přípravu plánu. Jedním z přístupů může být kombinovat malou alkoholovou akční skupinu o 6 - 10 lidech s větším poradním fórem, reprezentujícím výše zmíněné zájmy nejdůležitějších subjektů, shrnuté v tab. 1.

I když existují obdivuhodné příklady projektů pořízených s minimálními náklady, je sotva možné předpokládat, že se práce na plánu obejde bez investic do personálu. Pro většinu městských oblastí bude pravděpodobně nutné počítat minimálně s koordinátorem a příslušným sekretariátem. Ve vesnicích nebo venkovských oblastech s mnohem menším počtem obyvatelstva je docela dobře možné připravit plán čistě na základě práce dobrovolníků při zajištění spolupráce mezi klíčovými osobami. Dlouhodobě budou muset být mnohé cíle plánu dosahovány za využívání existujících zdrojů, přeorientování jejich zaměření či vytváření nových spojení. Funkce sekretariátu bude integrována do široké sítě aktivit propagujících zdraví v rámci komunity.

### **Vztah k národním plánům**

V ideálním případě bude akční skupina fungovat v rámci koordinovaného postupu v oblasti alkoholu, odsouhlaseného na celonárodní/státní úrovni (10). Jak již bylo zmíněno, absence takové taktiky nebo plánu by neměla odrazovat od lokální činnosti, ale ve většině případů bude těsná spolupráce mezi celonárodním, krajským (oblastním) a místním postupem ku prospěchu. Soustředění se na ty cíle celonárodního plánu, které budou nejnáze dosažitelné na této úrovni, může odvádět pozornost od řady místně dostupných možností prevence. Rozhodnutí, např. sazba daně či změny legislativy, bývají přijímána centrálně, ale vždy je tu

velký prostor pro čistě lokální iniciativy. Alkoholové akční skupiny se také mohou jako základní články propojit v systém schopný informovat vládu o dopadu celostátních opatření a umožňující jí správně chápat lokální problémy a zvláštnosti.

### **Širší fórum**

Ideální alkoholová akční skupina bude malá, s koordinátorem placeným na celý úvazek, který bude posouvat plán kupředu, sbírat data, organizovat schůzky a propagovat nové myšlenky a nápady. Rozsah úkolů a počet potenciálních účastníků v rámci strategie může vypadat hrozně. Je dobré rozdělit úkoly podle sfér činnosti, stanovit priority a určit skupiny odpovědné za jednotlivé oblasti.

Důležitá je výdrž. Tvůrci akčního plánu musí mít na zřeteli, že nemůže být postaven na charizmatickém vlivu jednoho člověka. Je třeba vytvořit struktury, které budou zárukou toho, že plán přetrvá a bude schopen přizpůsobit se měnícím se podmínkám, např. personálním změnám nebo novým politickým prioritám. Pro zajištění této kontinuity pokračování bude třeba, aby měl své uznávané místo v plánování obce. Je důležité, aby se členové Alkoholové akční skupiny a poradního fóra neocitli ve vzduchoprázdnu, izolováni od plánování a financování místního zastupitelstva a řízení zdravotnictví a sociální péče. Plán vyžaduje, aby byl již v časném období akceptován místními čelnými představiteli a aby se jeho aktivitám a finančním potřebám dostalo politické podpory. Jiným, stejně důležitým požadavkem je důraz na identifikaci s plánem. Ten by neměl být něčím, co přichází shora, jeho moc musí spočívat ve schopnosti posílit lokalitu a jedince.

Vhodné složení poradního fóra je uvedeno v tab. 1. Fórum bude referenčním bodem alkoholové akční skupiny, bude určovat směr, legitimitu a místo, kde lze v důvěryhodném prostředí prodiskutovat někdy protichůdné názory. Důležité je, aby se fórum nestalo debatním klubem podobně smýšlejících lidí; je třeba nechat zaznívat protichůdné názory. Fórum a akční skupina by neměly být vnímány jako protialkoholní nebo propagující jakoukoli jednu jedinou filozofii, ale měly by usilovat o dobrou informovanost o alkoholu a zastávat postoje a názory, které jsou reprezentativní pro danou komunitu. Společné zájmy lze nalézt i u skupin se zdánlivě zcela protichůdnými postoji; např. lidé, jimž jde o zdraví, mohou spolupracovat s výrobci alkoholických nápojů a podniky v oboru pohostinství v takových oblastech, jakými jsou pití nezletilých a školení obsluhujícího personálu. Na fóru bude, aby při formulování, realizaci a průběžném sledování alkoholového plánu byly zohledněny zájmy dobrovolnických organizací, potřeby komerčních subjektů i nařízení ze zákona.

Komunity by měly zvážit, zda je žádoucí kombinovat aktivity v oblasti alkoholu, drog a tabáku, anebo se věnovat výhradně alkoholu. Kombinovaný přístup nemusí být v některých zemích či kulturách schůdný či preferovaný, zatímco jinde může být prospěšný z hlediska plného využití odborné kvalifikace a co nejúčinnějšího nakládání s omezenými zdroji (11).

## Cíle

Alkoholová akční skupina by měla stanovit cíle, definující záměry jednotlivých programů, a sledovat pokroky komunity v přibližování se k nim. Strategický přístup k plánování zdravotní péče vyžaduje nalezení specifických cílů pro zlepšení zdraví obyvatelstva, které lze interpretovat v termínech kvality i kvantity života (zdravotní zisk). K mapování pokroku bývá užitečné stanovit dílčí cíle nejen z hlediska zdraví, ale i s ohledem na důležité ukazatele zdraví a procesů, které vedou ke změnám těchto faktorů.

Určitou nevýhodou většího počtu cílů je neopodstatněné upřednostňování těch konceptů, které jsou měřitelné. Vyjmuty z celku mohou vést k přílišnému zjednodušení taktiky. Není-li úroveň cílů pečlivě zvážena, mohou být cíle vnímány jako nerealistické a snadno pak opuštěny jako nedosažitelné.

Sběrem základních informací, popsaným v 1. kapitole, lze shromáždit data, z nichž lze vycházet při stanovování cílů. Specifickým aspektem kladení cílů se budeme věnovat v následujících kapitolách; akční skupina může přijmout cíle v některých z těchto oblastí:

- zdravotní problémy, např. úrazy, nemoci a úmrtí v souvislosti s alkoholem;
- společenské škody, např. s alkoholem spojené domácí násilí, zneužívání dětí, bezdomovectví a nezaměstnanost;
- problémy v oblasti kriminální, např. opilost na veřejnosti, napadení s podílem alkoholu, řízení vozidel v silničním provozu pod vlivem alkoholu, dopravní nehody, porušování předpisů v souvislosti s licencí a nezákonná výroba alkoholu;
- problémy na pracovišti včetně absentérizmu a úrazů.

Další cíle se budou týkat měnící se odpovědi komunity, např.:

- dostupnost, kvalita a chápání edukace o alkoholu a nácviku dovedností týkajících se alkoholu;

- dostupnost a aktivita služeb zaměřených na propagaci zdraví (zdravotní osvětu/výchovu) a časnou intervenci, podíl zdravotnického personálu vyškoleného v rozpoznávání problémů souvisejících s alkoholem, (profesionální) odpovědi na tyto problémy a poskytování osvětových služeb v rámci prevence, solidnost a dostupnost služeb;
- doklad zlepšené schopnosti služeb sociální péče rozpoznat a účinně odpovědět na problémy související s alkoholem;
- podíl pracovišť s účinnými opatřeními prosazujícími zdravé pracovní prostředí a poskytujícími přiměřenou péči;
- adekvátní rozpoznání potřeb etnických menšin a bezdomovců, jakož i specifických požadavků ve vztahu k věku a pohlaví.

Lokální cíle by pokud možno měly být sladěny s cíli celonárodními a mezinárodními.

### **Stanovení priorit**

Pro fórum může být užitečné dohodnout se na prioritách činnosti a vytvořit podskupiny, které budou pracovat v těchto oblastech a usilovat o specifické cíle, a uložit jim termíny, do kdy by měly být splněny. Prvním krokem je definování krátkodobých cílů, zvládnutelných během 6 - 12 měsíců; ty se stanou základem realizačního plánu nebo krátkodobých programů. Druhým krokem bude stanovení jasně definovaných úkolů včetně termínů splnění a odpovědných osob. Konečně třetím krokem bude jmenování člena alkoholové akční skupiny, který každých šest měsíců vypracuje přehlednou zprávu o dosaženém pokroku v přiblížení se cílům.

### **Vymezení**

Projekt často narazí na obtíže v souvislosti s administrativním a geografickým vymezením. Termín komunita, užívaný v této publikaci, má mnoho různých významů, počínaje susedstvím lidí žijících společně v těsné blízkosti až po skupinu nebo společenství lidí sdílejících určitou společnou identitu nebo zeměpisný či správní prostor. Komunity jsou v jistém smyslu symbolické konstrukce (12), jejichž hranice existují více v mysli než na mapě. Komunita je podle mnohých charakterizována a definována náboženskou, etnickou nebo ekonomickou loajalností. V kontextu této publikace je komunita oblastí vymezenou odpovědností radnice/zastupitelského orgánu obce. Administrativní vymezení nemusí odpovídat tomu, co obyvatelé vnímají jako komunitu. Sféry správní odpovědnosti za zdraví, sociální péči, policii a další agendy se nemusí krýt. Některé služby jsou poskytovány na

vyšším než municipálním základě, jiné mohou být řízeny lokálně. Dokonalá shoda hranic bude spíše vzácností a důležité je, aby se vedení alkoholové akční skupiny podrobně zabývalo tímto problémem a dospělo k vhodnému modelu. Je třeba, aby se skupina zaměřila na to, co je pro komunitu důležité, a současně dokázala ocenit a využívat vlivy a významné zájmy, přicházející z vnějšku jejích aktuálních hranic.

### **Politická podpora**

Důležitým faktorem dlouhodobého úspěchu projektů tohoto druhu je zajištění silné politické podpory (5). To znamená pochopení ze strany politických lídrů včetně jejich akceptování principů a funkcí projektu. Rozhodující je pravidelně informovat klíčové politiky o vývoji alkoholového akčního plánu – tito lidé potřebují mít rychlý přístup ke strategickému plánování v rámci města. Je však třeba dbát na to, aby projekt nestál a nepadal s entuziasmem jednoho jediného politika, a dát přednost širšímu přístupu zahrnujícímu celou paletu zájmů.

V projektech musí být zdůrazněn jejich význam pro řadu odborů radnice/obecního úřadu a budování solidních spojení. Snadněji se toho dosáhne, pokud základní data mohou dokládat, kolik prostředků odčerpávají problémy související s alkoholem například zdravotnickým a sociálním službám a policii. Je třeba podporovat ostatní obecní aktivity, které jsou v souladu s cíli projektu, např. kampaně proti řízení pod vlivem alkoholu.

### **Kultura pití**

Spotřeba alkoholu na hlavu a způsob pití v komunitě budou mít vliv na charakter a výskyt hazardního pití i způsob přístupu k problémům souvisejícím s alkoholem. Spotřeba alkoholu v rámci Evropy je velmi proměnlivá. Také charakter výroby lihovin kolísá od zemědělců produkujících víno spotřebovávané vlastní rodinou a sousedy až po obrovské nadnárodní korporace s odlišnými zájmy. To má vliv na úlohu a význam výrobců v místních akcích. Lidé mívají jiný vztah k místně vyráběným alkoholickým nápojům na rozdíl od dovážených. Např. víno bývá v oblastech jeho produkce považováno za základní složku stravy.

Kulturní postoje k alkoholu mohou mít historické kořeny či podléhat náboženským vlivům a místním tradicím. Tyto faktory často vzájemně splývají a jsou základem neformálního dohledu nad určitými zvyklostmi v pití alkoholu, např. nikdy nepij bez jídla, vždy zaplat' rundu pro všechny, nemíchej nápoje, nikdy nepij sám a nesluší se ženě pít sama v baru. Zvyky mohou určovat, které nápoje jsou přijatelné pro určitý věk nebo pohlaví. Zásadní význam pro přenos návyků a postojů na další generaci mívá rodina; ta je také prostředím,

v němž jedinec získává maximum z toho, co o pití ví. Bylo prokázáno, že mimořádně důležitý je způsob, jakým rodiny reagují na deviantní nebo problémové pití. Bude měřítkem úspěchu akčního plánu, nakolik dokáže zapojit rodiny.

Alkoholový akční plán musí citlivě přistupovat ke zvyklostem, obyčejům, hodnotám a zdrojům komunity a stavět na jejich silných stránkách. Ve většině obcí existuje celé spektrum kultur a postojů ve vztahu k pití alkoholu, často propojených s tradičními společenskými rolami, definovanými např. pohlavím, věkem, zaměstnáním, socioekonomickým stavem, náboženstvím nebo etnickým původem. Zvyklosti v pití se různí v jednotlivých společenských třídách (13). V některých oblastech se role zdají být pevné, v jiných mohou prodělavat rychlou změnu. Nápadným příkladem je současná transformace stylu a (veřejné) zjevnosti pití žen v mnoha zemích (14).

Dalším příkladem toho, jak je důležité, aby plány reagovaly na změny, jsou potřeby etnických menšin a důsledky, které s sebou nese migrace. Potřeby minoritních skupin jsou běžně přehlíženy, anebo jsou programy pro ně vyvíjeny na základě kusých zpráv z doslechu a neověřených předpokladů, spíše než z podložených informací. Některé alkoholové akční skupiny prováděly šetření postojů a způsobů pití mezi minoritními skupinami.

Např. projekt v řecko-kyperské a turecko-kyperské komunitě v Londýně identifikoval speciální potřeby této skupiny, jejíž členové většinou nevyužívali existujících služeb. Úroveň hlášené spotřeby alkoholu byla všeobecně vyšší než v obecné populaci. Pití se často odehrávalo doma nebo ve skupině a lidé, kteří měli s alkoholem problémy, a rodiny, na něž dopadaly škodlivé následky, nevěděli téměř nic o pomoci, která by jim mohla být dostupná.

Výzkumnice doporučila edukaci o "mýtech a domněnkách" stran toho, co je "zdravý" způsob konzumace (15). Přijala závěr, že zástupci komunity by měli být přizváni k účasti a spolupůsobení v komisích pro vedení, plánování a strategii, a také převzít odpovědnost za utváření vlastní existence. Byl učiněn pokus o získání podrobného náhledu obyčejných členů komunity, nejen zaměstnanců úřadů. Komunitu je třeba zapojit na všech úrovních do programů, služeb a využívání zdrojů, jakož i do jejich monitorování a hodnocení.

Alkoholová akční skupina musí porozumět tomu, jak je komunita organizována a jakým způsobem rozhoduje ve věcech obecného zájmu. To se liší ve venkovských a městských oblastech, mezi dobrovolnými a statutárními organizacemi a mezi různými politickými systémy. Při navrhování strategií je obvykle lepší vyjednávat než diktovat; vhodné jsou



postupné cíle a povzbuzování komunity na každé úrovni účasti. Plány bývají ochotněji přijímány, pokud se opírají o již známé struktury (16).

Akční plán bude ovlivněn ekonomikou obce a jejími zdroji. V některých oblastech jsou k dispozici již zpracované soubory dat o užívání alkoholu a tradičních způsobech výzkumu v oblasti alkoholu; jinde budou dostupné informace spíše anekdotické a zdroje minimální. Na výběr priorit, jimž se alkoholová akční skupina může realisticky věnovat, budou mít vliv ekonomické a politické tlaky. V některých částech východní Evropy způsobil přechod od centralizované kontroly produkce alkoholu k tržní ekonomické filozofii a podnikání vakuem v kontrolním systému alkoholu, což může v některých komunitám dělat problémy. Zejména to platí tam, kde je pochopitelný odpor vůči jakýmkoli opatřením, která se jeví jako podpora vnucované centrální regulace (17).

Alkoholová akční skupina bude muset přemýšlet nad optimálním sledem svých plánů. Existuje řada různých problémů; pokud si je představíme jako sedačky kolotoče, je možné nastoupit na kteroukoli z nich a pak se pohybovat dokola. Výběr sedadla bude diktován snadností přístupu, význačností či schůdností problému, šancí na úspěch a rozsahem nákladů. Nade vše důležitý je zdroj energie, která plán pohání. Skupina se může jednotlivým problémovým celkům postupně věnovat a poradní fórum bude navigovat její výběr s přihlédnutím ke zpětné vazbě z komunity. Je třeba mít krátkodobý plán i dlouhodobou strategii. K potížím, které často komplikují plány, patří nedostatek peněz, příliš krátké termíny, nadměru ambiciózní cíle, vzájemně neslučitelná očekávání a neschopnost věnovat náležitou pozornost opravdovému posilování komunity.

### 3

## Úloha primární zdravotní péče

Lidé si stále více uvědomují své právo na zdraví a svoji odpovědnost za trvalou péči o zdraví. V důsledku toho očekávají rady a informace o zdravém stylu života od poskytovatelů primární zdravotní péče, kteří často potřebují profesionální přípravu, aby mohli úspěšně působit v propagaci zdraví/osvětě/zdravotní výchově. Nedílnou součástí zdravotní péče jsou i informace o praktikách hazardního pití a rady, jak změnit pijácké návyky (viz *Alkohol a primární zdravotní péče*, šestou v této řadě knížek).

Ve Velké Británii (se spotřebou 9 litrů čistého alkoholu na hlavu v roce 1991) se odhaduje, že ve všeobecné praxi, pečující přibližně o 2000 osob, pije asi 55 lidí způsobem, který s sebou nese vysoké riziko škod, a asi 200 lidí se v tomto ohledu vystavuje středně závažnému riziku. Bylo zjištěno, že 9 až 11 % mužů a 3 až 5 % žen registrovaných v lékařských praxích jsou problémovými pijáky alkoholu (18). Jedinci s nejvyšší spotřebou alkoholu navštěvují zařízení primární péče mnohem častěji než ostatní pacienti. V jedné studii byla četnost návštěv lékaře u problémových pijáků dvojnásobná ve srovnání s odpovídajícími kontrolami. Problémoví pijáci měli čtyřikrát více společenských a interpersonálních problémů (19). Není pochyb o tom, že tito pacienti přichází k lékaři, protože mají starost o své zdraví, i když se o pití nemusí spontánně zmiňovat. Citlivý, ale cílený dotaz by příliš nerozšířil pracovní zatížení ani čas věnovaný pacientovi, a navíc by mohl zabránit dalším návštěvám.

Bylo jednoznačně prokázáno, že pravidelné dotazování na zvyklosti v pití alkoholu, spojené s nekomplikovanou radou těm, u nichž se ukázalo, že jsou hazardními pijáky, bývá mimořádně úspěšné (20 - 22). Zdravotníci v systému primární zdravotní péče se často na užívání alkoholu nezeptají, ať už proto, že se domnívají, že jim schází potřebné znalosti či dovednosti, aby se mohli do situace vložit, anebo proto, že na možnost pomoci těmto lidem pohlíží velmi pesimisticky. Někteří se zdráhají ptát se na tak citlivou záležitost. Je jisté, že tyto okolky nejsou na místě, protože v mnoha zemích pacienti očekávají od lékaře či sestry, že se jich budou tázat na věci související se zdravým životním stylem (23).

Ordinace primární zdravotní péče mají výhodnou pozici z hlediska detekce problémů souvisejících s alkoholem, protože většina lidí v komunitě přijde do ordinace alespoň jednou za tři roky. Ordinace je dobře dosažitelná, pacienti ji znají a návštěva zde není pro něj stigmatizující. Zdravotníci obvykle mají respekt a jejich rady jsou brány vážně. Je-li objeven

úspěšný přístup, je snadno a ekonomicky přijat celým systémem primární zdravotní péče komunity. Také je to vhodné místo pro příležitostné zjišťování případů nebo zorganizování systematictějšího screeningového postupu.

Mezinárodní klinická studie, provedená WHO (21), zahrnovala silné pijáky bez závažné závislosti z řady typů primární zdravotní péče v různých zemích. Osm center s celkovým počtem 1490 pacientů náhodným způsobem přiřazovalo silné pijáky ke kontrolní skupině, kde byli pouze vyšetřeni, ke skupině, v níž po stejném vyšetření následovala stručná rada, a konečně k třetí skupině, jejímž členům bylo poskytnuto navíc 15minutové poradenství a brožura o svépomoci. Při kontrolním vyšetření po 6 – 9 měsících se ukázalo, že muži v intervenční skupině snížili konzumaci o 25 % více ve srovnání se skupinou s pouhým vyšetřením. U žen bylo snížení spotřeby pozorováno ve všech třech skupinách, ale v intervenční skupině bylo o 10 % výraznější. Doplnění o rozsáhlé poradenství již nebylo spojeno s žádnou další výhodou. Tyto nálezy jsou povzbudivé, protože ukazují, že krátké intervence mají hodnotné výsledky v mnoha různě uspořádaných typech primární zdravotní péče.

Těm, kteří nevěří na problémy související s alkoholem u svých pacientů, je možné navrhnout, že několik týmů primární zdravotní péče provede jako demonstrační projekt jednoduchý screening všech jejich klientů. Tyto projekty nepochybně odhalí velkou rozšířenost alkoholových problémů. Tento postup je odůvodněn vzhledem k důkazům, že jednoduché intervence na úrovni primární zdravotní péče mohou zlepšit stav zdraví.

Ve Velké Británii řada praxí vytipovala pacienty na základě jednoduchého dotazníku o návycích v pití alkoholu. Muži pijící více než 35 jednotek týdně a ženy pijící více než 21 jednotek týdně byli náhodně rozděleni do dvou skupin. Se členy jedné skupiny hovořil jejich všeobecný praktický lékař, který jim poskytl radu a návod, jak snížit spotřebu alkoholu, a požádal je, aby si vedli deník o pití. Druhá, kontrolní skupina žádnou radu neobdržela, pokud o ni pacienti speciálně nepožádali.

Po uplynutí roku tato krátká intervence vedla k asi 20% snížení počtu osob - mužů i žen - excesivních pijáků. Autoři poznamenávají, že intervence tohoto druhu, provedená v celé Velké Británii, by mohla každoročně vést asi u 250 000 mužů a 67 500 žen ke snížení spotřeby alkoholu z vysoce nadměrné na bezpečnější úroveň (20). V současnosti probíhají kontrolní studie u více než 4000 pacientů lékařských praxí s cílem prokázat hodnotu stručné intervence u pijáků bez závislosti na alkoholu (24).

## **Aktivace primární zdravotní péče**

Navzdory vhodnosti intervencí tohoto druhu bylo shromážděno množství dokladů o tom, že lékaři a sestry v primární péči se zdráhají dotazovat se svých klientů na pití alkoholu. Jak bylo zmíněno, k důvodům této neochoty patří uváděné chybění dovedností a znalostí, nedostatek času a obava, že “trapným” dotazováním se na pití alkoholu by mohli ztratit sympatie svých pacientů. Z této kombinace faktorů je zřejmé, jak důležité je vyškolení zdravotníků v primární péči, aby dokázali rozpoznat hazardní pití a účinně na takovou situaci odpovědět. Je třeba je přesvědčovat, že i ty nejjednodušší intervence se vyplácejí, a ujistit je, že se jim dostane podpory, budou-li se zabývat časově náročnými, závažnými případy. Vztah mezi primární úrovní a specializovanými službami (pokud existuje) je třeba již v časném stadiu projektu pečlivě rozvíjet.

Je třeba vypracovat schéma školení lékařů a sester, aby si mohli osvojit potřebné dovednosti. Důležité je, aby příležitost k vyškolení byla prezentována způsobem citlivě respektujícím postavení a zkušenosti zdravotníků v primární péči. Nejlépe bude zapojit do týmu, odpovědného za přípravu školícího programu, také lékaře primární péče a učinit někoho ze zdravotníků jedním z výcvikových lektorů. Na vývoji programu by se měly podílet i specializované služby v oblasti alkoholu.

Týmy primární zdravotní péče se musí seznámit s rozsahem podpory v komunitě, včetně dobrovolnických agentur, sociálních služeb a svépomocných skupin, k nimž patří i Anonymní alkoholici (Alcoholics Anonymous). Důležité je včas rozpoznat hrozící nepochopení a povšimnout si konfliktů mezi specialisty a týmy primární zdravotní péče. Specialisté mohou mít dojem, že jejich erudice je devalvována, anebo mohou existovat značné rozdíly v přístupu k léčbě. To vše je třeba otevřeně pojmenovat; nejčastější příčinou je neuvědomování si, že oba druhy služby si svým zaměřením na různé oblasti ve spektru problémů souvisejících s alkoholem nekonkurují.

Stimulem pro týmy primární zdravotní péče, které začnou vykonávat práci tohoto druhu, může být finanční či jiná odměna za angažování se ve zdravotní osvětě. Je třeba zdůraznit, že úkolem není “hon na alkoholiky”, ale používání krátkých intervenčních technik ku pomoci těm, kdo se dopouští hazardní nebo škodlivé konzumace, a dosud nedospěli k fyzické závislosti či závažnému zdravotnímu poškození v důsledku pití alkoholu. Je třeba trpělivě vysvětlovat, že většina zdravotních problémů způsobených alkoholem souvisí s intoxikacemi nebo pravidelným excesivním pitím, nikoli s fyzickou závislostí, a že ovlivnění pijáckých

návyků značně silných konzumentů bude mít mnohem větší veřejně-zdravotní dopad než výlučná orientace na nejzávažněji poškozené.

## **Kompetence**

WHO (25) stanovila následujících 12 kompetencí, které lékaři a týmy v primární zdravotní péči potřebují pro úspěšné vedení pacientů s potenciálními nebo již existujícími problémy s alkoholem:

1. znalost výskytu hazardní a škodlivé konzumace alkoholu a souvisejících fyzických, psychických a společensko-sociálních problémů;
2. znalost a docenění dopadu pacientových problémů s alkoholem na jejich partnery a rodiny;
3. znalost postojů pacienta k alkoholu;
4. schopnost rozpoznat různé fyzické, psychické a společensko-sociální projevy problémového pití;
5. schopnost podat pacientům a jejich příbuzným přesné informace o alkoholu a problémech s ním spojených v přiměřeném kontextu;
6. schopnost rozlišit mezi konzumací alkoholu s nízkým rizikem, hazardním/škodlivým pitím a závislostí na alkoholu;
7. schopnost zvládnout fyzické důsledky a komplikace akutní intoxikace;
8. schopnost zjistit přesnou anamnézu pití alkoholu;
9. schopnost rozpoznat známky onemocnění souvisejícího s alkoholem;
10. schopnost přesně zhodnotit laboratorní výsledky;
11. schopnost zvolit vhodný plán léčby, tj. stručná rada/intervence či odeslání k příslušným kolegům nebo do vhodné ambulance;
12. schopnost odborně vést detoxikaci doma.

Intervenční strategie obvykle zahrnuje rozpoznání případů, vyhledávání (screening) těch, kteří budou odesláni jinam, pečlivé vyšetření/posouzení, intervenci a sledování (viz tab. 3).

## **Screening**

Existuje řada nástrojů pro vyhledávání. Podmínkou je, aby byly jednoduché, citlivé (schopné detekovat většinu případů) a specifické – což znamená, že bude jen málo falešně pozitivních výsledků. Dále musí být spolehlivé a časově nenáročné. Ideální je, jsou-li takovým nástrojem otázky, které lze klást v rámci běžného klinického rozhovoru. Screening lze provádět systematicky dotazováním se každého klienta, registrovaného v určité praxi, nebo dotazováním se všech nově zaregistrovaných klientů v rámci rutinní zdravotní prohlídky, anebo formou inzerce v lokálních médiích. Mnohdy je nejschůdnější příležitostný způsob screeningu v podobě systematického dotazování se klientů při příležitosti jejich návštěvy v ordinaci. Do těchto postupů lze významně zapojit také sestry a další zdravotníky.

### Tab. 3. Základní strategie časné intervence

- |  |   |
|--|---|
| 1. Časná detekce   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sociálně stabilní jedinci v časnějších stádiích problémového pití mají lepší prognózu</li></ul>   |
| 2. Systematické posouzení  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Určit kvantitu a frekvenci v pití alkoholu</li><li>• Posoudit stupeň závislosti na alkoholu</li><li>• Vyšetřit zdravotní stav a psycho-sociální fungování</li><li>• Povšimnout si zápachu dechu po alkoholu</li></ul>   |
| 3. Provedení stručné intervence  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Probrat nálezy s pacientem a rodinou</li><li>• Poskytnout zpětnou vazbu pro duševní či fyzické účinky pití (např. zvýšení gamaglutamyltransferázy, středního objemu erytrocytů, abnormalita transferinu)</li><li>• Stanovení cílů ohledně pití (abstinence nebo zmírnění)</li><li>• Stanovení cílů v ostatních důležitých oblastech</li><li>• Zdůraznit odpovědnost pacienta a rodiny za pokrok v přiblížení se cílům</li><li>• Odeslání (v případě potřeby) do jiné ordinace/k jiným profesionálům</li></ul> |
| 4. Poskytnutí svépomocné literatury, pokud je dostupná, nebo sepsání dohodnutého plánu |   |
| 5. Periodické sledování  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Vybidněte pacienta k vedení deníku o pití</li><li>• Sledujte fyzické projevy silného pití</li><li>• Shrňte pokrok v dosahování cílů</li></ul>   |

### Dotazníky na množství a frekvenci pití

Tyto dotazníky zjišťují frekvenci pití během určitého časového období, např. týdne, a konzumované množství, tak že je možné vypočítat průměrný týdenní příjem. Je výhodné počítat příjem v zavedených jednotkách nebo gramech alkoholu; např. ve Velké Británii je konvenčně standardní jednotkou alkoholu jedna sklenka vína, půlpinta běžně silného piva nebo jedna odměrka destilátu. Všechny tyto ekvivalenty obsahují přibližně 10 g etanolu.

Třebaže je nutná adaptace podle druhu společnosti a prostředí, je důležité mít měřítko, které pacient snadno pochopí a bude moci aplikovat.

Dalším prostředkem k získání informací o návycích v pití alkoholu jsou denní záznamy pacienta o pití, které jsou často cenné i tím, že umožňují dávat do souvislosti množství konzumace s příhodami téhož týdne. Lze z nich vyjít při radách v době vlastní intervence, protože umožňují zjistit období největšího rizika a vést pacienta k zamyšlení nad způsobem jednání v těchto situacích.

Existuje řada dotazníků na psychosociální důsledky pití. Mnohé z nich se soustřeďují na relativně pozdní stadia alkoholových problémů, např. CAGE (26), Michiganský screeningový test alkoholizmu (27) a Mnichovský screeningový test alkoholizmu (28). Velmi užitečným dotazníkem užívaným pro identifikaci škodlivého pití je AUDIT (29), jehož účinnost byla prokázána v řadě evropských zemí a mnoha různých systémech včetně primární zdravotní péče (viz tab. 4).

Podle účelu screeningového programu byly navrženy dvě mezní hodnoty. Skóre osm a více vykazuje vyšší citlivost, zatímco skóre deset a více je spojeno s vyšší specifitou. Zvýšení skóre v prvních třech položkách a současné nezvýšení skóre ve zbývajících položkách obecně ukazuje na rizikové užívání alkoholu. Zvýšené skóre v položkách 4 až 6 naznačuje již přítomnou nebo hrozící *závislost na alkoholu*. Zvýšení skóre u zbývajících položek je typické pro *škodlivé* pití alkoholu.

Jednoduchá otázka, kolik dotazovaný pije, obvykle vede k vágní odpovědi. Je lépe se ptát cíleně "Kolik dní v týdnu v průměru pijete alkohol?" a "Kolik alkoholu obvykle při těchto příležitostech vypijete?" Tak lze získat jasnější odpovědi, na jejichž základě je možné vypočítat, kolik jednotek nebo gramů alkoholu je konzumováno týdně. Existují jistě i jiné příznaky, které mohou personálu primární zdravotní péče signalizovat přítomnost alkoholu. Le Go (30) vypracoval screeningový nástroj, založený na řadě známek, např. výrazu obličeje a třesu.

Užitečnými klinickými příznaky možného hazardního pití jsou:

- otylost
- opakovaná poranění nebo nehody
- gastrointestinální stížnosti
- napjatá situace v manželství či rodině
- anamnéza absentérizmu
- dopravní přestupky spojené se řízením pod vlivem alkoholu

- anamnéza úzkosti nebo deprese
- vysoce rizikové zaměstnání ve smyslu přístupu k alkoholu
- výrazná rodinná anamnéza problémového pití alkoholu
- potíže se spánkem
- syndrom neustálé únavy
- zvýšený krevní tlak
- rentgenový doklad starých fraktur

#### **Tab. 4. Dotazník AUDIT**

Zakroužkujte číslo, které se nejvíce blíží pacientově odpovědi.

1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?

- |           |                       |                          |                        |                           |
|-----------|-----------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|
| (0) NIKDY | (1) JEDNOU<br>MĚSÍČNĚ | (2) DVA- AŽ<br>ČTYŘIKRÁT | (3) DVA- AŽ<br>TŘIKRÁT | (4)<br>ČTYŘIKRÁT          |
|           | NEBO MÉNĚ<br>ČASTO    | MĚSÍČNĚ                  | TÝDNĚ                  | NEBO<br>VÍCEKRÁT<br>TÝDNĚ |

2.<sup>a</sup> Kolik drinků (standardních dávek alkoholického nápoje) obsahujících alkohol obvykle vypijete v den, kdy nějaký alkohol pijete? (zatrhněte počet standardních nápojů)

- |              |              |              |              |                  |
|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|
| (0) 1 nebo 2 | (1) 3 nebo 4 | (2) 5 nebo 6 | (3) 7 nebo 8 | (4) 10 nebo více |
|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|

3. Jak často vypijete šest nebo více drinků při jedné příležitosti?

- |           |                                   |                    |                    |                                  |
|-----------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|
| (0) NIKDY | (1) MÉNĚ NEŽ<br>JEDNOU<br>MĚSÍČNĚ | (2) KAŽDÝ<br>MĚSÍC | (3) KAŽDÝ<br>TÝDEN | (4) DENNĚ<br>NEBO TÉMĚŘ<br>DENNĚ |
|-----------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|

4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?

- |           |                                   |                    |                    |                                  |
|-----------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|
| (0) NIKDY | (1) MÉNĚ NEŽ<br>JEDNOU<br>MĚSÍČNĚ | (2) KAŽDÝ<br>MĚSÍC | (3) KAŽDÝ<br>TÝDEN | (4) DENNĚ<br>NEBO TÉMĚŘ<br>DENNĚ |
|-----------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|

5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od



vás normálně očekávalo?

(0) NIKDY	(1)MÉNĚ NEŽ JEDNOU MĚSÍČNĚ	(2) KAŽDÝ MĚSÍC	(3) KAŽDÝ TÝDEN	(4) DENNĚ NEBO TĚMĚŘ DENNĚ
-----------	----------------------------------	--------------------	--------------------	----------------------------------

6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a hned ráno napít nějakého alkoholu, abyste se dostal/a do formy po pití z předchozího dne?

(0) NIKDY	(1)MÉNĚ NEŽ JEDNOU MĚSÍČNĚ	(2) KAŽDÝ MĚSÍC	(3) KAŽDÝ TÝDEN	(4) DENNĚ NEBO TĚMĚŘ DENNĚ
-----------	----------------------------------	--------------------	--------------------	----------------------------------

7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí kvůli pití?

(0) NIKDY	(1)MÉNĚ NEŽ JEDNOU MĚSÍČNĚ	(2) KAŽDÝ MĚSÍC	(3) KAŽDÝ TÝDEN	(4) DENNĚ NEBO TĚMĚŘ DENNĚ
-----------	----------------------------------	--------------------	--------------------	----------------------------------

8. Jak často během posledního roku jste nebyl/a schopen/schopna si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, kdy jste pil/a alkohol?

(0) NIKDY	(1)MÉNĚ NEŽ JEDNOU MĚSÍČNĚ	(2) KAŽDÝ MĚSÍC	(3) KAŽDÝ TÝDEN	(4) DENNĚ NEBO TĚMĚŘ DENNĚ
-----------	----------------------------------	--------------------	--------------------	----------------------------------

9. Utrpěl/a jste Vy nebo někdo jiný úraz v důsledku Vašeho pití?

(0) NE	(2) ANO, ALE NIKOLI V POSLEDNÍM ROCE	(4) ANO, BĚHEM POSLEDNÍHO ROKU
--------	---	-----------------------------------

10. Projevil nějaký Váš přítel nebo příbuzný nebo lékař či jiný zdravotník obavy z Vašeho pití nebo Vám doporučoval, abyste pití omezil/a nebo pít přestal/a?

(0) NE	(2) ANO, ALE NE V POSLEDNÍM ROCE	(4) ANO, BĚHEM POSLEDNÍHO ROKU
--------	-------------------------------------	-----------------------------------

<sup>a</sup> V odpovědích se vycházelo z toho, že jeden "drink" (nápoj) obsahuje 10 g alkoholu.

V zemích, kde se obsah alkoholu ve standardních nápojích od těchto 10 g liší o více než 25 %, je třeba odpovídajícím způsobem upravit kategorizaci odpovědí.

Zde zaznamenejte součet skóre položek \_\_\_\_\_.

Zdroj: Babor et al. (29)

## **Laboratorní testy**

K vhodným vyšetřením patří analýza alkoholu v dechu a krevní testy, zejména gamaglutamyltransferáza (GMT) a střední objem erytrocytu (MCV). Uvádí se, že GMT je zvýšena u 60 - 70 % problémových závislých pijáků. Falešně pozitivní nálezy mohou nastat u nealkoholových onemocnění jater a při užívání některých léků. Je třeba poznamenat, že GMT se vrací k normálu do dvou týdnů od ukončení pití. MCV je dle literatury zvýšen u 50 % problémových pijáků. Výhodné je kombinovat obě tato vyšetření, z nichž jedno nebo obě se zvyšují u asi 70 % případů. Novým užitečným biologickým markerem je transferin deficitní na cukry (31). Všechny tyto ukazatele se též osvědčují při sledování pokroků léčby (32).

## **Intervence**

Strategie minimálních intervencí zahrnují poskytnutí stručné a jasné rady těm, u nichž se zjistí, že pijí hazardním nebo škodlivým způsobem. Základní intervencí je informace o rozumné úrovni pití spojená s individuální radou ke změně návyků v pití alkoholu, spolu se svépomocnou brožurou. Tištěnou informaci i způsob rady je třeba lokálně vypracovat (21). Doporučuje se pozvat pacienta za 2 až 3 týdny na kontrolu, jejíž součástí bude i opakované laboratorní vyšetření. Změna chování bude snáze dosažitelná, přizveme-li k léčbě manželku /manžela (družku/druha), blízkého přítele nebo příbuzného pacienta.

Bien et al. (22) pojmenoval tento proces akronymem FRAMES:

- zpětná vazba (*feedback*) informacemi o rizicích
- zdůraznění osobní zodpovědnosti (*responsibility*) za změnu
- rada (*advice*)
- nabídka (*menu*) alternativních možností změny s přístupem, který
- obsahuje prvek vcítění (*emphatic*)
- a posiluje účinnost vlastní efektivity (*self-efficacy*).

## **Zavedení systému na obecní úrovni**

Alkoholová akční skupina by měla najít zainteresované spolupracovníky mezi lékaři primární péče, kteří by začali s programem a vybídli kolegy k tomu, aby se také připojili. Charakter a způsob organizace primární zdravotní péče se v jednotlivých evropských zemích značně liší. V některých zemích jsou obyvatelé registrováni u konkrétního praktického lékaře, v jiných se

klient může rozhodnout, zda navštíví všeobecného lékaře nebo specialistu s privátní ordinací. Mnohde existují polikliniky, v kterých pracují vedle sebe různí specialisté, lékaři primární péče, samostatné zdravotní sestry a další profesionálové nelékaři. Optimální strategie musí vycházet ze znalosti místních podmínek. Principiálním úkolem je zajistit, aby se rada a osvěta dostaly co nejbližší ke klientovi na rychle a snadno přístupném místě.

Získáním spolupracovníkům (personálu), včetně úředníků a duchovních, je třeba jasně vysvětlit cíl a výhody zvoleného přístupu. Je třeba si ujasnit, co charakterizuje osoby, pro něž je vhodná jednoduchá intervence, a vybudovat systém, jak se bude postupovat u pacientů, kteří jsou fyzicky nebo duševně příliš nemocní, než aby pro ně byl použitelný tento typ intervence.

### **Změna pohledu**

Získání přístupu do systému primární zdravotní péče komunity bude vyžadovat zapojení klíčového lékařského i sesterského personálu. Ve většině případů bude členem akční skupiny nejméně jeden člen zdravotního odboru. Může se vyskytnout značný odpor proti přidávání práce službám primární péče, posilovaný názorem, že problémy s alkoholem jsou záležitostí specialistů. Prvním úkolem akční skupiny bude změnit pohled na povahu problémů s alkoholem. Prostředkem k tomu mohou být semináře o současných názorech na tuto oblast. Zde bude rozhodující zapojit vlivné profesionály, získané především ze samotných týmů primární zdravotní péče. Výhodné může být spojit tyto programy s dalšími tématy, které se týkají životního stylu, např. problematikou kouření a správné výživy.

Tomuto procesu výrazně prospěje, bude-li možné využít lokálních údajů. Je třeba uplatnit např. místní údaje dokládající výskyt hazardního pití, odvozené z ukazatelů celonárodní spotřeby. Spolu s tím lze uvést čísla o nemocnosti a úmrtnosti ve spojení s alkoholovými problémy a poukázat na význam a hodnotu prevence. Věci prospěje také lokální šetření prevalence excesivního pití, které lze snadno provést tak, že personál bude poznamenávat přítomnost alkoholu jako faktoru při návštěvách pacientů v ordinaci.

Pro získání zájmu profesionálních zdravotníků lze vytvořit systematický přístup ke vzdělání, podpoře, screeningu a časným intervenčním technikám (33,34). Bylo prokázáno, že všeobecné praktické lékaře, sestry, psychology a sociální pracovníky lze vyškolit v provádění screeningu a poskytování jednoduché a přitom hodnotné intervence (21). Nejprve je třeba školit zainteresované praktické lékaře. Později by se tyto semináře mohly stát pravidelnou

součástí postgraduálního školení zdravotních sester a všeobecných lékařů a zajistit, aby se této problematice dostalo náležitého místa na vysokých školách v oblasti.

V některých oblastech se osvědčilo zaměstnat spolupracující osoby (asistenty), usnadňující proces v primární zdravotní péči, které vysvětlují přínos časných intervenčních přístupů a získávají zájem zdravotníků v primární péči.

### **Sankt-Peterburgský projekt**

Iniciativa v Sankt Peterburgu v roce 1994 měla za cíl podpořit pracovníky primární péče v "pomoci lidem ke změně". Projekt spočíval v tom, že profesionální zdravotníci v primární péči budou - s cílem podporovat zdraví a předcházet jeho poškozování - se vzrůstající intenzitou pobízet své pacienty ke změně chování, obvykle s důrazem na změny jídelních zvyklostí, pití alkoholu, kouření a fyzickou aktivitu.

Byl zorganizován kurz s cílem vybavit zdravotníky tak, aby byli schopni:

- vysvětlit koncept zacházení s riziky při zdravotní osvětě/propagaci;
- vysvětlit proces změny a druhy intervencí, vhodných pro jednotlivá stadia;
- aplikovat tyto zásady při stručných intervencích na podporu zdraví v oblasti kouření, pití alkoholu, příjmu potravy a fyzické aktivity.

Kurz ukázal, že změnit návyky lidí není nikdy snadné a že je důležité rozpoznat individuální ochotu ke změně. To se týká např. obtíží s nanesením problému spotřeby alkoholu, účelnosti zdravotních prohlídek; způsobů, jak pomoci pacientům zamyslet se nad provedením potřebných změn; vlivů usnadňujících nebo komplikujících změnu a vytvoření akčního plánu. Za dobrý akční plán byl označen plán specifický, měřitelný, odsouhlasený všemi zapojenými osobami, realisticky a časově vymezený.

Sankt-Peterburská iniciativa byla jednoznačně vítaná zdravotníky na úrovni primární péče, kteří pak byli schopni předat nově získané dovednosti svým kolegům. Co se týče propagace bezpečnějšího pití, bylo cílem ukázat účastníkům, jak spojit znalosti o alkoholu s dovednostmi při provádění intervencí.

### **Zdroje dat**

Shromažďování údajů na úrovni primární zdravotní péče mohou mít formu šetření, které ukáže výskyt pití v různých částech komunity. Též lze posuzovat podíl alkoholu na příhodách s dopadem na zdraví, např. nehodách, přijetích do nemocnice a návštěvách v ordinaci

praktických lékařů. Lze uplatnit i měřítka aktivity, např. provádět bilanci počtu případů zjištěných a sledovaných v jednotlivých praxích nebo sledování zjištěných hazardních pijáků na základě změn jejich zvyklostí v pití a biochemických ukazatelů.

## **Cíle**

Z těchto údajů je možno vycházet při formulování cílů. Ty musí zahrnovat dohodnutá konkrétní čísla ohledně

- počtu pacientů, kteří měsíčně projdou screeningem a kterým bude poskytnuta rada;
- čerpání školících kapacit;
- hlášených změn povahy pití, biochemických ukazatelů a fyzického zdraví.

Dlouhodoběji je možné sledovat změny i ostatních ukazatelů zdraví ve vztahu ke specifickým úkonům.

## **Hodnocení**

Hodnocení lze založit na rozsahu, nakolik bylo dosaženo výše zmíněných cílů. Také může vycházet z počtu týmů primární zdravotní péče absolvujících kurzy ke zvládnutí jednoduchých intervenčních technik, odběru svépomocných tiskovin prostřednictvím zdravotníků primární péče a procenta klientů absolvujících vyšetření a intervenci. Zdravotní cíle pro primární zdravotní péči budou jistě propojeny s obecnějšími záměry.

## **Rozšíření škály řešení**

Život člověka, který pije hazardním způsobem, bývá plný krizí a nehod souvisejících s pitím, kterými vzbudí pozornost ze strany různých úřadů a organizací. Třebaže je primární zdravotní péče jedním z klíčových míst kontaktu a zásahu, jsou i další významné a důležité subjekty, včetně sociálních služeb, služeb sociálního kurátora, poradenských služeb, duchovních, právníků, policie, soudů a zaměstnavatelů. Problémy s alkoholem a hazardní pití jsou také častou záležitostí u pacientů na úrazových a anesteziologicko-resuscitačních odděleních a na chirurgických, interních a psychiatrických ambulancích. Proto může být model, popsany pro primární zdravotní péči, dále rozšířen, i když je pravda, že existuje jen relativně málo příkladů zapojení mimo sféru zdravotnictví.

Proveditelnost stručné intervence u problémových pijáků byla prokázána ve všeobecné nemocnici v Edinburghu (35). Problémy s alkoholem zjišťovala vyškolená zdravotní sestra formou desetiminutového strukturovaného rozhovoru, který se týkal návyků v pití,

současných problémů, anamnézy a sociálního zázemí pacienta. U každého případu byly poznamenány výsledky krevních testů (MCV a GMT). Pokud měl pacient překvapivě vysoké hodnoty těchto testů a problémy s alkoholem popíral, byl rozhovor proveden opakovaně. Do studie byli zařazováni pacienti s prokazatelnými potížemi souvisejícími s alkoholem nebo hazardním pitím, kteří dosud nebyli léčeni pro problémy s alkoholem. Takto vybraní lidé byli náhodně zařazováni jednak do kontrolní skupiny, kde byli pouze po roce zkontrolováni, jednak do intervenční skupiny, kde se jim dostalo rady od sestry, pokud možno v přítomnosti partnerky/partnera. Každý pacient obdržel brožuru s radami, jak snížit pití a abstinovat.

Po roce byly znovu provedeny rozhovory s oběma skupinami, které vedla sestra, aniž věděla, ke které skupině byl pacient původně přiřazen. Byly zopakovány krevní testy a proběhl také rozhovor s příbuzným. Vzorek sestával ze 156 mužů a na schůzku po roce se dostavilo 85 % z nich. Ve srovnání s kontrolní skupinou bylo jednoznačné zlepšení zjištěno u významně vyššího podílu (52 %) pacientů, s nimiž sestra před rokem vedla rozhovor. Též došlo k významnému zlepšení výsledků GMT.

Řada projektů prokázala, jak je možné pomoci pacientům za hospitalizace. Podobné přístupy lze uplatnit i v jiných než nemocničních podmínkách, z nichž některé jsou popsány ve WHO projektu AUDIT, kde v některých případech bylo využito školních (výchovných) nebo obecních zařízení (21). Bien et al. (22) popsali úspěšné intervence v řadě velmi různých nemedicínských podmínek.

### **Služby specialistů**

Ve většině oblastí Evropy existují některé služby, specificky určené pro lidi s problémy s alkoholem, často spíše pro osoby s nejzávažnějšími problémy. Může jít o lůžková i ambulantní psychiatrická zařízení, lékaři vedené ambulance v nemocnicích, komunitou zřizované ambulantní poradenské služby nebo rezidenční jednotky určené speciálně k léčbě osob s problémy s pitím. V mnoha oblastech došlo k posunu od intenzivní lůžkové léčby k ambulantním postupům a komunitou zřizovaným službám. Třebaže jsou služby zaměřeny přednostně na klienty s problémovým pitím a alkoholovou závislostí, je stále větší zájem o posílení časných intervencí, zejména prostřednictvím subjektů primární úrovně výše popsaného typu.

Je jasné, že počty rizikově pijících jsou příliš vysoké na to, aby se o ně starala jen malá skupina specialistů, a že jakýkoli přístup, jehož cílem je snížit počet ohrožených, bude patrně

zahrnovat edukaci, společenskou změnu a spolupráci řady profesionálních zdravotníků. Stále větší dosah obecních služeb v mnoha zemích vedl k přehodnocení priorit specializovaných služeb. Mnoho poskytovatelů specializovaných služeb usiluje o udržení intenzivního programu při hospitalizaci a vedle svých aktivit ještě pracují pro komunitu. To v případě, že nejsou k dispozici další zdroje, povede k napětí a tlaku mezi personálem. Existuje však řada způsobů, jak mohou specialisté usnadnit práci komunitě, buď poskytováním bezprostředních služeb, výše popsaných Chickem a spol. (35), prováděním detoxikace doma (36), nebo konzultační činností pro alkoholové týmy komunity.

Alkoholové komunitní týmy vznikly ve Velké Británii a běžně jsou složeny ze zdravotní sestry, psychologa, psychiatra, poradce a sociálního pracovníka (většina pracuje ve zkráceném úvazku). Všichni tito členové týmu jsou speciálně vyškolení a zainteresováni v problematice alkoholu. Základnou týmu může být specializovaná jednotka, ale většina práce se odehrává v komunitě, kde školí a podporují pracovníky primární úrovně a často nabízejí zajištění specializované péče v případech, obtížně řešitelných na primární úrovni. Cílovou skupinu jejich práce obvykle tvoří všeobecní lékaři, pečovatelé a pečovatelky, komunitní sestry, sociální pracovníci a kurátoři.

Specialisté, kteří se zprvu mohou cítit ohroženi posunem důrazu na primární úroveň a komunitní intervence, potřebují pomoc, aby si osvojili nový způsob konzultativní specializované činnosti, který bude zahrnovat vývoj nástrojů a materiálů pro personál primární úrovně. K tomuto přechodu je třeba citlivě přistupovat způsobem, který respektuje jejich zkušenosti a poskytuje jim dostatečnou podporu a vyškolení, aby se mohli vpravit do nového způsobu práce a hrát aktivní roli při rozvoji systému léčby a prevence.

Je pravděpodobné, že mnozí specialisté budou velmi aktivně zapojeni do alkoholové akční skupiny. Rozhodující je uvědomit si, že je nutné udržet široký rozsah aktivit komunity, usilovat o vyškolení všeobecných lékařů a snažit se o časné rozpoznání problémů s alkoholem na primární úrovni a širší zapojení orgánů a organizací komunity do odpovědi na problémy s alkoholem.

Vyskytly se určité obavy, že by propagace intervencí na primární úrovni mohla vést k poklesu ve financování specializovaných služeb. To je nešťastné, protože bez zastání a vedoucí práce lidí se specializovanými znalostmi a dovednostmi v oblasti alkoholických problémů by vůbec nebylo možné realizovat komunitní systém léčby a školení. Stejně důležité je uznat klíčový význam dobrovolnických a svépomocných skupin se specializovanými zájmy. Svépomocné

skupiny, např. Anonymní alkoholici poskytují přátelské zázemí zotavujícím se alkoholikům a jsou i zdrojem zkušeností a zápalu, nedocenitelných pro rozvoj školení i služeb.



## 4

### Alkohol a životní cyklus

#### Dětství

V dětství prochází jedinec jednou z neaktivnějších fází učení ve svém životě. Představa o alkoholu i znalost jeho účinků, výhod a problémů s alkoholem souvisejících se vytváří již v časném věku (37). Nejdůležitější pro předávání zkušeností z generace na generaci je rodina. Proto nepřekvapí, že postoje rodičů a jejich názor na alkohol a zejména jejich osobní návyky v pití alkoholu mají výrazný vliv na potomky. Většina dětí se s alkoholem seznamuje prostřednictvím rodičů, některé již v časném věku, jiné až krátce před dvacátým rokem. Také rozdíly ve zvyklostech pití alkoholu a očekávání s ním spojená se přenáší během dětství. V jeho průběhu jsou přejímány náboženské, sociální, kulturní a místní tradice i mnohé neoficiální regulační nástroje, které se váží k pití alkoholu. Je proto třeba, aby byla edukace prvořadě zaměřena na rodinu. Právě rodina je prostředím, kde se jedinec poprvé setká se škodlivým nebo nadměrným pitím a problémy s ním spojenými. Edukace zaměřená směrem k rodině by měla pomoci vybavit její členy znalostmi a dovednostmi, potřebnými pro předání informací o rozumném pití a způsobu, jak se vypořádat s problémy, které mají vztah k alkoholu.

#### Dospívání

Během dospívání se děti stávají více nezávislými na rodině a často se dostávají do silného vlivu přátel a idealizovaných vzorů mládí, hvězd z oblasti popu či sportovních osobností. Reklama a obraz alkoholu v médiích mají v tomto období významný dopad, ostatně stejně jako v jakémkoli jiném věku.

Právě během dospívání dochází k výběru nápojů, mladí lidé si vytváří vlastní vztah k alkoholu a rozhoduje se o tom, jaký osobní význam pro ně bude mít. V mnoha částech Evropy lze nyní pozorovat značné rozdíly ve způsobu pití mladých ve srovnání s jejich rodiči. Nápadnější je to v městských než v usazených venkovských komunitách. Návyky a způsoby se mění rychle, zejména v centrech velkých měst, kde pití dospívajících probíhá více mimo dohled a dosah rodičů. Mladí lidé, kteří silně pijí, velmi často berou i jiné drogy, kouří a projevují se u nich i další druhy rizikového chování (38).

## Dospělost

V mnoha zemích současná spotřeba alkoholu klesá, protože dospělí na sebe berou odpovědnost za rodinu. Mnohdy je snížení spotřeby motivováno také ekonomickými faktory při zakládání nové domácnosti. Rodičům vzniká mimo jiné i povinnost vychovat příští generaci ve zvyklostech v pití alkoholu a při této výchově je zvláště důležitý osobní příklad. V tab. 5 jsou uvedeny faktory, které mají vliv na charakter vznikajícího vztahu k pití alkoholu.

**Tab. 5. Faktory ovlivňující vztah k pití alkoholu**

kulturní prostředí	reklama
pohlaví	vliv přátel a společníků
rodinná tradice	dostupnost alkoholu (včetně úřední regulace)
socioekonomický stav	cena alkoholu
věk	zaměstnání
stav	příjem dostupný pro pití
postoje a chování rodičů	zdraví
genetické faktory	postoje partnerky/partnera a dětí
edukace	osobnost

Těhotenství je dobou, kdy si ženy většinou silně uvědomují zdravotní dopady, zejména na prospívání svého ještě nenarozeného dítěte. Také otcové si více uvědomují svou odpovědnost za budoucí prospěch rodiny. Právě v těchto obdobích přeměny a nejistoty má mocný vliv výchova. Těhotné ženy jsou prokazatelně velmi dobře vnímavé ke zdravotní osvětě/propagaci o ohrožení plodu kouřením a silným pitím alkoholu, proto by se poradenství tohoto druhu mělo stát pravidelnou součástí působení každé prenatální ambulance. Informace o alkoholu a těhotenství by ideálně měla být včleněna do vzdělávání mladých lidí jako součást poučení o těhotenství, ať už formálně podaného či získaného neformálně. Edukace musí obsahovat i upozornění na účinky velkého množství alkoholu na mužskou potenci a fertilitu.

Úloha a postavení starší generace jsou v evropských zemích dosti různé. Nezaměstnanost a odchod do důchodu jsou často spojeny s nižším postavením v komunitě. Ekonomické strádání, bolestné ztráty blízkých osob a další okolnosti zvyšují stres v tomto životním období, zejména tam, kde chybí podpora ze strany rodiny nebo sousedů. Za této situace se alkohol pro některé lidi stává útěchou. Je třeba, aby si starší lidé byli vědomi zvýšeného rizika poškození zdraví a úrazů v důsledku pití. Obecně je stáří obdobím snížené spotřeby, ale komunity musí umět rozpoznat minoritu hazardně pijících starších lidí a poskytnout jim pomoc.

### **Vzdělávání**

Vzdělávání nelze spojovat pouze s dětstvím. Příležitost ke vzdělávání a jeho potřeba trvá po celý život. V různých stádiích vývoje potřebuje člověk informace a poučení určitého druhu. Edukace je účinnější, je-li podávána v "okamžiku učení", kdy je aktuálně potřebná informace nejochotněji přijímána. Naučení se něčemu novému probíhá nejintenzivněji v době krizí.

Příkladem jsou přechodná období, např. dospívání nebo rodičovství, a krize, jakými jsou nemoci, úrazy, rozpad manželství, problémy se zákonem, ztráta zaměstnání nebo životní ztráty. Krize je příležitostí ke změně a často vyžaduje něčemu novému se naučit a více si uvědomovat sebe sama. Proto jsou ti, kdo pracují s lidmi nacházejícími se v krizi, vhodně situováni pro nabídnutí informace a rady o pití alkoholu. Zejména to platí tam, kde hazardní pití ke krizi přispělo, nebo jsou-li lidé schopni přijmout poučení vzhledem k tomu, že se obávají o zdraví své nebo svých blízkých.

Ve školách je tendence k integraci vzdělávání o zneužívání alkoholu do různých částí učiva, zejména do občanské nauky (*personal and social education*). Děti jsou tak upozorněny na povahu alkoholu a jeho možný dopad na početné stránky života, např. v biologickém, společenském i behaviorálním ohledu, a na negativní vliv pití na mezilidské vztahy a úsudek.

Alkoholová akční skupina by se měla v rámci komunity přesvědčit, že školní osnovy - od základních škol až po univerzitu - zahrnují vhodné informace o alkoholu, jsou předávány způsobem, který má co největší dopad na žáky a studenty. V řadě studií byla zpochybněna schopnost tradičních forem vzdělávání ovlivnit chování v pití alkoholu, třebaže byl prokázán jejich krátkodobý efekt na znalosti a postoje (39). Modernější přístupy k edukaci o alkoholu v posledních letech využívají metody učení a získávání společenských dovedností, založené

na vrstevnickém přístupu (*peer-centred*), a soustředují se na vybavení mladých lidí technikami, které jim umožňují vyvinout repertoár strategií, jak si poradit s předvídatelnými situacemi v souvislosti s pitím. Podle studie čtyř zemí (40) byly programy vedené učitelem méně účinné než skupiny vedené vrstevníky, které vykazovaly výsledky až dva měsíce po intervenci. Jistě existují hranice toho, co lze očekávat od formální edukace; základním cílem je zajistit, aby mladí lidé opouštěli celodenní vzdělávání vybavení základními faktickými znalostmi o alkoholu a alkoholických nápojích, které ve většině Evropy budou hrát důležitou roli v jejich životě.

Ve většině zemí bude velká většina dospělých užívat alkohol pravidelně. Je nerealistické v období vývoje skrývat či zakazovat informace o této oblasti. Komunity také musí respektovat jedince, rodiny, domácnosti a kultury (včetně etnických menšinových skupin) s tradicí abstinence alkoholu. Vzdělávání o alkoholu musí dát jasně najevo, že abstinence je dokonale přijatelnou volbou. Každá ze zemí by měla dokumentovat správnou edukační praxi a komunity by měly společně sdílené informace upravovat a doplňovat na základě lokálních zvyklostí, postojů a zkušeností.

Diskuze o alkoholu bude často součástí učiva o dalších formách užívání drog a měla by rozvíjet odhodlání a dovednosti nutné pro volbu zdravého životního stylu. Dohoda na spektru různých forem edukace o alkoholu ve školách napomáhá multidimenzionálnímu přístupu, slučujícímu řadu strategií. Hansen (41) prošel všechny významné studie, provedené v letech 1980 až 1990, a zjistil, že většinu přístupů lze zařadit pod některý z následujících 12 bodů:

*informace*: cílem jsou znalosti a názory/přesvědčení

*rozhodování*: naučit procesu racionálního rozhodnutí ohledně užívání nějaké látky

*přijetí slibu*: zavázání se k neužívání látek, často v morálním kontextu

*vyjasnění hodnot*: zkoumání osobních hodnot a demonstrace neslučitelnosti těchto hodnot s užíváním návykových látek

*stanovování si cílů*: osvojení způsobu, jak si klást cíle, a vytváření smyslu pro naplnění cílů

*zvládání stresů*: naučení se dovednostem, k nimž patří relaxační techniky, a usilování o účinnější dosahování vlastních cílů

*sebeúcta*: rozvíjení hrdosti/smyslu pro sebeúctu u žáka či studenta

*nácvik dovedností potřebných ke zvýšení odolnosti:* naučení se způsobům, jak se vyrovnat s tlakem vrstevníků a dalšími vlivy směřujícími k užívání látek

*vytváření norem:* poskytnutí konzervativního kontextu pro vytvoření normy a korekci přehnané představy o „zavedenosti“ užívání návykových látek mezi vrstevníky

*asistence:* poskytování intervencí a poradenství na pomoc při řešení problémů různého druhu

*alternativy:* programy uvádějící žáky a studenty do rozmanitých činností neslučitelnými s užíváním návykových látek

## **Aktivity**

Komplexní vzdělávací program vyžaduje jasné a realistické cíle. Obecně platí, že nemá velkou cenu edukace založená na strachu či poskytování informací bez pozitivní rady ke vhodnému či alternativnímu chování. Učitelé ve vzdělávacích institucích musí být adekvátně vyškoleni a připraveni na tento úkol a také vybaveni hodnotnými materiály. Alkoholová akční skupina bude mít často za povinnost upozorňovat na důležitost edukace o alkoholu jako součásti školních osnov a provázání celonárodních a lokálních strategií v této oblasti. Kromě podpory málo rizikových zvyklostí v pití alkoholu musí při vzdělávání zajistit, aby si mladí lidé byli vědomi konkrétních nebezpečí v souvislosti s pitím alkoholu, např. při řízení vozidla, sportu, v těhotenství apod. Je třeba též vysvětlit, že za formální pravidla pro požívání alkoholu se považují např. otevírací doba podniků s licencí, podmínky pro prodej alkoholu a věk, kdy je možné kupovat anebo konzumovat alkohol na veřejnosti. Informace tohoto druhu musí být dostupné všem a v případě potřeby by měly být k dispozici v tištěné formě nebo na kazetě. Zvláště je třeba se zamýšlet nad edukačními potřebami nově příchozích do komunity, např. migrujících dělníků a návštěvníků z jiných zemí.

Příležitosti ke vzdělání pokračují přes časnou dospělost do dospělého věku, jsou však již méně institucionalizovány a mají mnohem selektivnější a příležitostný charakter. Alkoholová akční skupina musí od svého vzniku dbát na co největší počet příležitostí k různorodému šíření informací a poselství o alkoholu. Patří mezi ně kluby, sportovní události, pracoviště, rekreační a zábavní činnosti, informace o zdravém a bezpečném způsobu života, vzdělávání veřejnosti, osvěta/propagace zdraví a média. Je důležité si uvědomit, že školy a jejich aktivity se mohou stát ohniskem vzdělávání komunity, značně přesahujícím jejich tradiční úlohu spojenou s dětmi.

V mnoha zemích nese odpovědnost za zdravotní vzdělávání/osvětu státní správa a samospráva. V některých případech bude základní kampaň, šířící znalosti o užívání alkoholu, součástí celonárodního plánu. Místní akční skupina by se měla přesvědčit, že jsou tyto materiály plně využívány, a doplnit je o specifickou lokální dimenzi. Pokud tyto plány či materiály neexistují, musí si lokální komunity připravit své vlastní a pokusit se koordinovat prezentaci a dostupnost zdravotních informací.

Celonárodní informační kampaně mohou soustředit zájem a diskuzi. Alkoholové akční skupiny by měly být připraveny na doplnění kampaní o lokální rozměr a měly by úzce spolupracovat s organizátory na celostátní úrovni a médií (42). Účinnost komplexních kampaní tohoto druhu zatím nebyla prokázána, ale jistě se zasloužily o to, že se zdravotní problematika stala součástí veřejné agendy (43).

### **Propagace zdraví v komunitě**

Za různých situací bylo jako prostředku edukace o alkoholu využito divadelního umění. V Anglii podnítl Úřad pro zdravotní výchovu (Health Education Authority) např. s využitím divadelních prvků při práci s mladými lidmi řadu projektů zaměřených na média a zpochybňující falešný reklamní obraz alkoholu. V jiném projektu byla místními mladými lidmi nastudována hra o důsledcích řízení pod vlivem alkoholu, a podnětána tak diskuze. V jedné oblasti se tento přístup stal součástí školních osnov.

Jiné alkoholové akční týmy pobídly mladé lidi k výtvarnému ztvárnění účinků alkoholu a některé kresby vybraly ke zveřejnění v rámci propagace zdraví. Existuje řada míst, kam je možné umístit materiály na podporu zdravého životního stylu.

### **Kvalifikování učitelé**

Ve většině komunit jsou nositeli vzdělávání kvalifikovaní učitelé na školách a odborech zdravotní výchovy. Některé učitele lze zapojit do vyučování o alkoholu nebo se pokusit začlenit učivo o alkoholu do osnov. Důležité je, aby tyto učitelé přezkoumali vlastní postoje k alkoholu, byli dobře vyškoleni o alkoholu a problémech jím působených a byli schopni probírat s dětmi sociální a behaviorální problematiku tohoto druhu. Obvykle je lepší vyškolit stávající učitele, než jim vnucovat specializované přednášející, odloučené od zbytku školních aktivit a osnov.

Kromě učitelů je seznámení s problematikou alkoholu a jeho následků potřebné i pro další profese, zahrnující samozřejmě i zdravotníky a zaměstnance sociální péče, policisty,

vězeňskou stráž a pracovníky úřadů práce, poradenských služeb, právníky, vedoucí barů a barmany.

Príslušníci všech těchto profesí musí být vyškoleni tak, aby nejen dokázali rozpoznat účinky nadměrného pití alkoholu u svých klientů a byli schopni jim poskytnout vhodnou pomoc a radu, ale aby si uvědomili širší společensko-sociální problematiku v souvislosti s alkoholem. Bude třeba, aby pátrali po způsobech, jak zmírnit škodu působenou alkoholem ve společnosti při současném uznání významné úlohy, kterou v komunitě hraje.

Akční skupina bude též muset vzdělávat stávající profesionály a klíčové vlivné jedince komunity. Stručně řečeno, nestačí školit příští generaci, pokud si nejvlivnější členové současné generace neuvědomují, co je potřebné, a nechápou, o jaké problémy jde. Součástí každodenní práce akční skupiny by mělo být probouzení uvědomění a pochopení všech úředníků, policistů a veřejných zaměstnanců, s nimiž se její členové setkávají při vytváření plánu. Proces přípravy plánu je jedním z nejlepších způsobů, jak vzbudit zájem a pozornost významných segmentů komunity.

## **Cíle**

Alkoholová akční skupina musí dbát na to, aby její plán vzdělávání měl dosažitelné a měřitelné cíle. K nim by mohlo patřit:

- zvýšit dostupnost edukačních programů o alkoholu pro vyjmenované kategorie školních dětí a mladých lidí;
- zajistit, aby tyto iniciativy byly vyhodnocovány a nálezy využity ke zlepšení následujících programů;
- sledovat pronikání a účinnost vzdělávacích materiálů v různých úsecích života komunity.

Při pravidelném vyhodnocování je třeba odpovědět na otázky, zda materiály dosáhly cílového publika, zda nedošlo k přehlédnutí některých skupin a zda jsou pracovníci důležitých profesí dostatečně informováni o dostupných edukačních materiálech.

## 5

### **Alkohol a práce**

#### **Proč zavádět opatření na pracovišti?**

Po celé Evropě jsou problémy s alkoholem důležitým faktorem nehod, nepřítomnosti v práci a snížené produktivity práce (44). Kocovina a otrava alkoholem na pracovišti mají velký dopad na kvalitu, morálku a normy práce. Nejde jen o pokles efektivity a ztrátu času, zvyšující se náklady, ale i o nutnost náročného zaškolování nového pracovníka, pokud pracovník firmu předčasně opustí nebo přestane být schopen práce.

Rostoucí povědomí o podílu alkoholu na narušení výkonu práce vedlo ke vzniku protialkoholních opatření v zaměstnání. Investice do služeb na pomoc postiženým zaměstnancům byla rychle kompenzována zlepšením produktivity a ziskovosti.

Komunitní edukační programy musí podat jasnou informaci o tom, že problémy související s alkoholem jsou rozšířené u zaměstnanců všeho druhu. Firma, která souhlasí se zařazením problematiky alkoholu do programu pro zaměstnance, by se neměla cítit stigmatizována nárážkami, že zaměstnává "spoustu alkoholiků" nebo že má potíže se zaměstnanci, kteří pijí. Každému by mělo být jasné, že firma, která nemá program tohoto druhu, riskuje zdraví zaměstnanců, bezpečnost na pracovišti a kvalitu svých výrobků či služeb.

Pracoviště je důležitým dějištěm působení komunity, protože lidé, kteří mají problémy s alkoholem, jsou většinou zaměstnanci. Pro zaměstnavatele a zaměstnance existuje jasná pohnutka, aby tyto problémy byly rozpoznány již v časném stadiu, a také je zde příležitost k dosažení změny motivováním pijáků, aby změnili své návyky a udrželi si tak zaměstnání.

#### **Charakter opatření na pracovišti**

Zřetelnou prioritou v rámci protialkoholních opatření je pomoc zaměstnanci, ale účinná opatření na pracovišti mají mnohem širší pole působnosti. Zaměstnavatelé a zaměstnanci mají povinnost zkoumat všechny aspekty pracovního prostředí, které mohou podporovat nebo poškozovat zdraví. To zahrnuje i pečlivé posouzení tendencí k pití, vznikajících na základě stresujících pracovních podmínek nebo přílišné expozice alkoholu (viz tab. 6).



**Tab. 6. Faktory podporující vysoký výskyt problémů s alkoholem na pracovišti**

dostupnost	falešná kolegiální spolupracovníků
společenský tlak na pití v práci	stres a nebezpečí
nedostupnost jiného druhu rozptýlení	odpor k práci
nepřítomnost dohledu či společenské kontroly	najímání osob predisponovaných k silnému pití

*Zdroj: Hore & Plant (45).*

Mají-li mít efekt, musí být opatření na pracovišti dobře známá, široce akceptovaná a stejně platná pro všechny pracující na všech úrovních. Vyžadují otevřenost a pozitivní postoj k hledání pomoci, bránící stigmatizaci, často spojené s přiznáním problémů s pitím. Musí být jistota, že konzultace budou důvěrné a že zaměstnanci, kteří se zúčastní programu, budou chráněni před ztrátou zaměstnání, pokud budou spolupracovat při léčbě či poradenství, které jim budou doporučeny.

Program na pracovišti by měl zahrnovat také vytvoření způsobů řízení, respektujících ochranu zdraví a eliminujících rizika spojená s alkoholem z pracovního prostředí. Například může jít o ujištění, že na pracovišti se alkohol nepije a požívání alkoholu při zábavě se sleduje. Zaměstnavatelé musí formulovat jednoznačnou strategii podpory zdraví, zahrnující neustálé školení zaměstnanců o alkoholu a jeho rizicích, zejména ve vztahu k jejich pracovní náplni. Opatření tohoto druhu se jistě budou překrývat s dobrými pracovními vztahy; na vytváření těchto opatření by se měli podílet také řídicí pracovníci a odbory. Bude třeba vyškolit klíčové členy personálu, aby byli schopni rozpoznat narušenou pracovní výkonnost a využít poradenského servisu ve prospěch zaměstnanců hledajících pomoc.

Zaměstnanecké asistenční programy jsou v některých zemích široce rozšířeným prostředkem pomoci postiženým zaměstnancům. Existují různé modely poskytování této služby. Může být součástí pracovního zdravotního programu zaměstnavatele nebo mít podobu zaměstnaneckého asistenčního programu společnosti; mnohdy se osvědčuje jeho oddělení od managementu firmy, kdy je služba poskytována externím subjektem. Ať už je přijat kterýkoli z modelů, rozhodující je, aby zůstala zachována mlčenlivost poradce ve styku se zaměstnavatelem.

Jedno z prvních opatření proti alkoholu na pracovišti má původ ve Francii v roce 1960. Na jedné schůzi, zabývající se zdravím, bezpečností a střízlivostí bylo shledáno, že se nabízí příležitost, aby pracoviště vyvinulo program na podporu zdraví s ohledem na alkohol, provázený časnou intervenční strategií. V dřívějším SSSR byly rozšířeny výchovné a zdravotní služby pro pracující, vykonávané speciálně vyškoleným zdravotním personálem na pracovišti spolu se speciálními poradci pro závislost (46). V mnoha částech Evropy se nyní akceptuje, že se programy zabývají nepřiměřeným pitím alkoholu spíše než závislostí na něm. Pokud jde o zaměstnavatele, není jeho hlavním zájmem diagnostikovat nemoc, ale rozpoznat změnu pracovního výkonu. V minulosti převažovala tendence klást rovnítko mezi jakýmkoli problémem s alkoholem a alkoholizmus. To vedlo k tomu, že programy byly využívány jen zaměstnanci s velmi pokročilými a široce známými problémy s pitím. Tento trend je třeba zvrátit, má-li být plně využito výhod, které programy nabízejí.

### **Skupiny se speciálními potřebami**

Některé profese jsou vzhledem k povaze práce či přístupu k alkoholu vystaveny zvláštnímu riziku. Patří k nim námořníci, vojáci, zaměstnanci průmyslu vyrábějící alkohol, zaměstnanci pohostinství, nemocnic, dopravy a petrochemických oborů, pro něž je třeba připravit speciální programy. Zvláštní problémy při tvorbě vhodných opatření mívají také mnohonárodnostní organizace vzhledem k rozdílnosti lokalit. Je třeba brát v úvahu různé formy stresu, jimž jsou vystaveni zaměstnanci při práci daleko od domácího prostředí. Migranti, přechodní dělníci a někteří členové etnických menšin se často nedokáží do konvenčních programů vpravit a jejich speciální potřeby musí být řešeny v rámci příslušných komunit.

### **Malá pracoviště**

Čím větší je počet zaměstnanců na jednom pracovišti, tím je vyšší pravděpodobnost, že budou využívat zaměstnanecký asistenční program. Ve Spojených státech bylo prokázáno, že tyto programy existovaly v 52 % pracovišť se 750 a více zaměstnanci, ale jen v 15 % podniků s 50 až 99 zaměstnanci (47). Ti, kdož jsou samostatně výdělečně činní nebo pracují pro velmi malou organizaci, mohou zvolit korporativní řešení, např. prostřednictvím odborového svazu, řemeslnických cechů či profesních sdružení nebo pomocí poradenských programů a neziskových externích organizací.

Pro menší firmy či lidi samostatně pracující bude snazší využít centrální místa. Možná bude schůdnější kombinovat poradenství a preventivní opatření o alkoholu s dalšími oblastmi, např.

kouřením, abúzem drog a stresem. Je třeba nalézt prostředky, aby využívání programů tohoto druhu bylo atraktivní pro zaměstnavatele s malým počtem zaměstnanců (48).

Toto je záležitost, kterou se alkoholová akční skupina musí zabývat a stále ji sledovat. Jednotlivé země se od sebe značně liší významem a skladbou průmyslu. V mnoha oblastech existuje velký počet velmi malých firem nebo samostatně výdělečně činných osob, přičemž těmto subjektům často nebude konvenční systém zaměstnaneckých asistenčních programů příliš vyhovovat. Komunita musí najít cesty, jak těmto pracovníkům zprostředkovat přístup k centrálně situovanému asistenčnímu programu tak, aby ho mohli využít nestigmatizujícím způsobem.

### **Nezaměstnaní**

V některých evropských komunitách je značný podíl práceschopného obyvatelstva bez pravidelného zaměstnání. Tato skupina by normálně neměla přístup k opatřením na pracovišti. Za určitých okolností mohou původní zaměstnavatelé považovat za svoji povinnost poskytovat tyto služby lidem, kteří pro jejich společnost v minulosti pracovali. Některé firmy uznávají stresující vliv pocitu přebytečnosti a poskytují podpůrné poradenství ještě před odchodem zaměstnance. Poradenství o alkoholu a rizicích užívání alkoholu jako prostředku k překonání důsledků ztráty zaměstnání se musí soustředit na střediska a úřady pro osoby hledající práci. Nezaměstnaným členům mohou pomoci i asistenční programy na odborářském základě.

### **Zavedení zaměstnaneckých asistenčních programů jako součásti alkoholového akčního plánu**

Stimul může vzejít z komunity prostřednictvím zainteresovaných subjektů, např. odborových rad, obchodních komor, odborů či profesních organizací, zaměstnaneckých organizací, hlavních zaměstnavatelů, služeb pro zdraví a bezpečnost a služeb v oblasti zdravých pracovních podmínek. Místní zdravotnictví může jít příkladem tím, že zavede opatření pro své zaměstnance.

Jistě pomůže, když celonárodní alkoholový plán povzbudí tyto projekty např. tak, že bude finančně stimulovat vytváření zdravého životního prostředí.

Protialkoholová opatření na pracovišti musejí vzejít z dohody mezi zaměstnavateli a zaměstnanci a mít respekt a důvěru všech pracovníků. Opatření, které platí pro dělníky, ale je

ignorováno v zasedacím sále, brzy pozbude respektu. Společnost, zakazující alkohol v kantýně a ponechávající ho v pracovně ředitele, ztrácí na věrohodnosti.

### **Složky opatření**

Opatření musí být založeno na dohodě mezi všemi členy společnosti. Musí být ustaven individuální tým, odpovědný za zahájení, propagaci, vývoj, udržování a vyhodnocování projektu.

V některých zemích, např. ve Francii, používají úspěšné projekty vybrané a vyškolené pracující jako referenty informující o alkoholu na všech úrovních. Tito lidé jsou obecně seznámeni s problematikou alkoholu a drog, orientují se v jejich psychologických a společensko-sociálních dopadech a jsou schopni v případě potřeby vhodně vést rozhovor a sdělit informace. Tab. 7 uvádí příklad zaměstnaneckého asistenčního programu, sestaveného podle programu jedné velké pojišťovací společnosti.

---

### **Tab. 7. Příklad zaměstnaneckého opatření pro případ problémového pití alkoholu**

#### 1. ÚVOD

Většina osob pijících alkohol tak činí v rámci akceptovaných společenských mezí a neohrožuje tím své zdraví. U lidí, pijících alkohol ve velkém množství, se může vyvinout závislost na alkoholu, která může mít za následek závažné onemocnění, poškození tělesného nebo duševního zdraví, množící se pracovní absence, pokles pracovního výkonu, napjaté vztahy s kolegy či nebezpečné pracovní praktiky.

Toto opatření upravuje postoje společnosti k problémovému pití alkoholu.

#### 2. UPLATNĚNÍ

Toto opatření a navazující postupy se týkají všech pracovníků.

Opatření se netýká činů spáchaných pod vlivem alkoholu. Ty budou předmětem disciplinárního postupu společnosti.

#### 3. OPATŘENÍ

3. 1. Společnost deklaruje, že pracovník, který má problémy s pitím alkoholu, bude léčen stejným způsobem jako člověk, který trpí jiným druhem nemoci, ovlivňující jeho schopnost plnit povinnosti v rámci svého zaměstnání.

### 3. 2. *Odpovědnost*

3. 2. 1. Za dodržování tohoto opatření a jeho kontrolu odpovídá vedoucí zaměstnaneckého oddělení.
3. 2. 2. Vedoucí zaměstnaneckého oddělení je odpovědný za poskytování poradenských služeb (zaměstnanecký asistenční program) na podporu těch pracovníků, jejichž pití alkoholu způsobuje problémy v práci a za poskytování rad vedoucím oddělení, kteří řeší situaci s problémovými pijáky.
3. 3. Pracovník, který konzumuje alkohol v areálu společnosti jindy, než při řádně organizovaných a schválených událostech, může být vystaven disciplinárnímu opatření. Toto chování však může být příznakem základního problému.

### 4. POSTUPY

4. 1. Kterýkoli pracovník, který cítí, že má problémy s pitím alkoholu, si může důvěrně pohovořit o této situaci se svým vedoucím, členem personálního oddělení nebo kontaktovat zaměstnanecký asistenční program.
4. 2. Tento pracovník obdrží kontakt na externího specialistu, aby se mu dostalo profesionální léčby a podpory.
4. 3. Vedoucí oddělení, kteří zahájí oficiální disciplinární řízení s pracovníkem, jehož výkon nebo chování v práci zavdává příčinu k obavám, mohou toto řízení pozastavit, pokud se ukáže, že přispívajícím faktorem je problémové pití.

Pokud jednání pracovníka uvádí jeho samého, třetí strany nebo jakýkoli aspekt podnikání společnosti do rizika, mohou vedoucí přijmout limitované disciplinární opatření ke zvládnutí situace, aniž je pracovník propuštěn. Pokud se zjistí, že přispívajícím faktorem je problémové pití (nebo při podezření, že tomu tak je), je třeba kontaktovat zaměstnanecké oddělení.

Rozhodne-li se pracovník neakceptovat profesionální pomoc nebo následně přerušit léčbu, přičemž jeho chování bude dále vzbuzovat obavy, bude na místě zahájení normálního disciplinárního postupu.

### 5. DISTRIBUCE

Všem držitelům personálních opatření a předepsaných postupů.

---

## **Opatření společnosti na podporu zdraví**

Manažeři si musí být vědomi možných zdravotních souvislostí s opatřeními firmy a klást důraz na ta z nich, která mají příznivý dopad na zdraví. Sem patří uvědomování si nebezpečí stresu na pracovišti a ověření si, že opatření brání spojování práce s alkoholem.

Zvláště pečlivou pozornost je třeba věnovat otázce dostupnosti alkoholu v kantýnách, zasedacích místnostech, dotovaných barech a kdekoli jinde na pracovišti. Předpisy, které se týkají pohoštění poskytovaného společností, musí být jednoznačné; důležité je zajistit, aby při všech příležitostech spojených s pohoštěním byly k dispozici nealkoholické nápoje. Principiálně musí být evidentní, že práce a alkohol k sobě nepatří. Při společenských příležitostech organizovaných firmou je třeba se postarat zaměstnancům o návrat domů, aniž by museli řídit, když předtím pili alkohol.

Disciplinární opatření, týkající se užívání alkoholu, příchodu do práce v intoxikovaném stavu, řízení vozidel pod vlivem alkoholu atd. musí být pevně dána.

Ať už je přijat jakýkoli mechanismus, budou hlavní tvůrci projektu potřebovat speciální vyškolení, aby správně pochopili, co je jejich úkolem, než na něm začnou pracovat.

## **Vzdělávání**

Vzdělávání je cestou k tomu, aby se všichni pracovníci seznámili s opatřením, pochopili jeho smysl a přesně znali pravidla, jimiž se řídí pití alkoholu na pracovišti i tresty za jejich ignorování. Je třeba najít příležitosti k edukaci zaměstnanců o alkoholu a jeho vztahu ke zdraví, se zvláštním zaměřením na rizika související s výkonem jejich práce. Je možné využít bulletinů a doškolovacích kurzů. Nově přijímaní zaměstnanci by měli tyto informace obdržet v rámci vstupního zaškolení; snáze se tak dosáhne, aby i přes obměnu personálu zůstalo povědomí na patřičné úrovni. Zvláštní pozornost je třeba věnovat známým rizikům ve vztahu k práci, např. expozici alkoholu (v průmyslu vyrábějícím alkohol), stresu, neúnosnému prodlužování pracovní doby, dlouhodobému odloučení od rodiny, chybějícímu dozoru na pracovišti a přístupu k volně dostupnému či dotovanému alkoholu. Naprosto nezbytné je upozorňovat na specifické riskantní následky pití na pracovišti, zejména při obsluze strojních zařízení nebo transportu.

## Rozpoznání

Nepostradatelnou součástí programu je návod, jak rozpoznat zaměstnance, jejichž pracovní výkon je narušen pitím. Úkolem zaměstnavatele je zaměřit se na problémy spojené s prací spíše než zkoumat biologické příznaky užívání alkoholu. Po rozpoznání problému je třeba pracovníka vyzvat, aby si vybral mezi běžným disciplinárním postupem nebo pomocí ve formě zaměstnaneckého asistenčního programu. Pokud se rozhodne pro druhou možnost, bude odeslán k příslušnému poradci a ujištěn, že neztratí práci za předpokladu, že plně využije dostupná opatření.

V některých zemích existují zaměstnanecké asistenční programy, pokrývající nejen oblast alkoholu, ale celou řadu sociálních, psychologických, ekonomických a interpersonálních těžkostí zaměstnanců. V mnoha zemích se spojují programy pro alkohol a drogy.

Tab. 8 seznamuje s ukazateli/indikátory, podle nichž mohou klíčoví zaměstnanci, např. vedoucí nebo pracovníci pověřeni péčí o zdravotně vhodné pracovní prostředí/bezpečnost práce rozpoznat, že by se mohlo jednat o problém související s alkoholem. Zdravotní screeningové programy mohou zjistit i možné hazardní nebo škodlivé pití alkoholu.

### **Tab. 8. Faktory ukazující na možnost problému souvisejícího s alkoholem v práci**

#### *Absentérizmus*

Početné případy nepovoleného odchodu.

Velmi časté propustky z důvodu nevolnosti.

Časté absence v pondělí anebo v pátek.

Výrazně pozdní příchody, např. v pondělí ráno, pozdní návraty z oběda, předčasné odchody z práce.

Podivné a stále méně uvěřitelné omluvy za absence.

Neobvykle vysoký počet absencí pro průjem, nachlazení, chřipku, gastritidu atd.

Časté neplánované krátkodobé absence, vysvětlené i bez vysvětlení.

#### *Vysoký výskyt nehod*

Časté úrazy na pracovišti.

Ostatní úrazy (doma, po cestě do práce).

### *Obtíže se soustředěním*

Na práci musí vynaložit větší úsilí.

Ke splnění úkolu potřebuje více času.

### *Zmatenost*

Obtížně si pamatuje pokyny, podrobnosti atd.

Stále větší obtíže při plnění složitějších úkolů.

Obtížně se rozpomíná na vlastní chyby.

### *Nárazovitý způsob práce*

Střídají se období vysoké a nízké produktivity.

Zvyšuje se obecná nespolehlivost a nepředvídatelnost.

Opakovaně není přítomen na svém místě častěji, než náplň práce vyžaduje.

Opakovaně chodí do šatny, na záchod apod.

Velmi dlouhé pauzy na vypití kávy.

Pod vlivem alkoholu/drog v práci.

### *Příchody do práce*

Příchod do práce v očividné opilosti.

Zápach po alkoholu.

Třes rukou.

Stále zřetelněji zanedbaný zevnějšek/váznoucí osobní hygiena.

### *Celkově narušená pracovní výkonnost*

Nestíhá termíny.

Chyby z nepozornosti a v důsledku špatného úsudku.

Mrhání materiálem, zásobami atd.

Činí špatná rozhodnutí.

Nevěrohodné omluvy za špatný pracovní výkon.

Snížená produktivita.



### *Špatné vztahy se zaměstnanci v práci*

Přehnané reakce na skutečnou nebo domnělou kritiku.

Neúměrný vztek/odpor.

Podrážděnost.

Stížnosti spolupracovníků.

Půjčování si peněz od spolupracovníků.

Vyhýbání se šéfovi nebo spolupracovníkům.

### *Zdravotní screening*

Abnormální biologické ukazatele, zakládající podezření na silnou konzumaci alkoholu.

## **Soustavná rehabilitace**

Mnohdy bývá možné, aby tito lidé zůstali v práci, pokud se řídí radou odborníka. Jindy, zejména pokud problémy s alkoholem dospěly do pokročilého stadia, bývá vhodné přerušení práce na určitou dobu před návratem na pracoviště. V obou případech bývá obvykle nutná soustavná podpora ještě po dlouhou dobu po návratu do práce. Obvykle je rozhodující, zda je zaměstnanec po návratu schopen efektivně pracovat. Je chybné se domnívat, že povinná doba návštěv na ambulanci nebo v jiném občanském zařízení sama o sobě zajistí uzdravení.

Zájmem zaměstnavatele s ohledem na poradenství je prostě se přesvědčit, zda zaměstnanec spolupracuje. Zaměstnavatelům by neměly být sdělovány detaily o problému či jeho léčbě, jinak může dojít k ochromení projektu v důsledku strachu z nedůvěrnosti. Zaměstnavatelé však mají povinnost zajistit, aby pracoviště usnadnilo postiženému návrat ke střízlivému způsobu života.

## **Zapojení komunity**

Závazek zahrnout alkohol do zaměstnaneckých opatření se může stát účinným nástrojem, jak upozornit komunitu na problémy spojené s alkoholem. Model zdravého prostředí, které tyto firmy vytvoří pro své zaměstnance, lze využít k získání širšího zájmu na zlepšení životního prostředí. Velké firmy obvykle mají v dané lokalitě velký vliv a mohou komunitu podporovat

tím, že zaplatí nebo dobrovolně poskytnou čas svého personálu na projekty, usilující o zmírnění problémů s alkoholem.

Zaměstnavatelé jsou významnou součástí každé komunity a rostoucí měrou chápou svoji odpovědnost za podporu zdraví a spokojenost nejen svých pracovníků, ale i v širším měřítku, vyjádřenou tím, že se zapojí do aktivit komunity. Pokud lze dospět ke společným zájmům, může komunita profitovat ze zdrojů místních firem, jejichž odměnou je pomoc při vytváření atraktivnějšího a zdravějšího prostředí, což zvýší spokojenost jejich zaměstnanců a příznivě ovlivní přijímání nových pracovních sil.

Zdravotní úřady a obecní instituce by měly jít příkladem v tom, že zavedou protialkoholní opatření pro své zaměstnance. Nemocnice by samozřejmě měly začlenit prevenci hazardního pití do všech zdravotních nemocničních opatření. Podniky vyrábějící a prodávající alkohol, vzhledem k vysokému výskytu problémů a závazku omezit škody v této oblasti, často výrazně propagují protialkoholní opatření v zaměstnání.

### **Kladení cílů, sledování a hodnocení**

Zaměstnavatelé mohou sledovat rozsah rozšíření a chápání informací tím, že provedou šetření u vzorku pracovníků. Dobrým ukazatelem pronikání programu a jeho akceptování bude stupeň užívání alkoholu v zaměstnání nebo využívání zaměstnaneckých asistenčních programů a také počet odeslaných osob ze všech částí firmy.

K externím ukazatelům, využitelným pro řízení účinnosti těchto programů, patří pokles prostonaných dnů, zlepšení výkonnosti, menší obměna personálu a zlepšení výrobních výstupů. V provozech, kde se provádí pravidelný zdravotní screening na pracovišti, je také možné sledovat změny biologických ukazatelů u pracujících jako celku. Komunita by měla sledovat procento firem, které přijaly program proti pití alkoholu v zaměstnání.

## 6

### Dostupnost alkoholu

Dostupnost alkoholu je důležitá, protože je hlavním faktorem spotřeby na hlavu v té které populaci (8, 49). Na dostupnost mají vliv četné faktory, k nimž patří cena v relaci k použitelnému příjmu, komerční a domácí výroba a dovoz, počet a přístupnost míst s prodejem alkoholu, právní normy regulující prodej a nákup, ekonomické podmínky a konkurence nealkoholických nápojů a alternativních způsobů využívání volného času. Alkoholová akční skupina si může myslet, že tyto faktory sotva může změnit, ale lokální aktivita může mít významný vliv na dostupnost (viz Přístupy ke způsobu kontroly v oblasti alkoholu, *Approches to alcohol control policy*, druhá z této řady brožur).

#### Zákonná úprava licencování

Většina zemí reguluje umístění a druh míst/podniků prodávajících alkoholické nápoje. Součástí této regulace bývá nutnost získat od obecního či oblastního úřadu licenci, povolující prodej s určitým omezením.

Alkohol je prodáván ke konzumaci v rámci podniku nebo mimo něj. V zemích se státním monopolem mohou alkoholické nápoje ke spotřebě mimo areál podniku prodávat pouze označené obchody. V některých případech jsou nápoje s vysokým obsahem alkoholu dostupné pouze ve vybraných podnicích, zatímco slabší nápoje jsou dostupné široce.

Podniky s licenci k požívání alkoholu v rámci provozovny zahrnují bary/výčepy, kavárny, hostince, kluby a restaurace. Licence obvykle povoluje prodej alkoholu v určitých stanovených hodinách a osobám od určitého věku. Existuje přemíra nařízení tohoto druhu, značně se lišících v jednotlivých zemích, ale i v různých oblastech téhož státu. V některých zemích je nařízení jen pár, zatímco v ostatních částech Evropy jsou nařízení početná a složitá. Pátrání po historii těchto právních úprav bývá poučné a odhalí místní předpoklady, zájmy a tlaky spoluutvářející způsoby v pití alkoholu.

Primárním úkolem alkoholové akční skupiny bude seznámit se s nařízeními, která platí v její vlastní komunitě, a zjistit, nakolik jich lze využít v zájmu snížení celkové úrovně škod, vznikajících v souvislosti s alkoholem. Do těchto záležitostí je třeba zapojit co největší spektrum osob, včetně hostinských, vlastníků a provozovatelů obchodů prodávajících lihoviny a barů/výčepů, referentů na odborech životního prostředí (zejména těch, kteří mají na

starosti čistotu a veřejné zdraví), orgánů činných v trestním řízení, různých dobrovolnických skupin zabývajících se mládeží, sportem a rekreací, právem a pořádkem a omezováním hluku; reprezentantů výrobních odvětví alkoholu, hoteliérů, podnikatelů se zájmem na turistice a personálu propagujícího prodej.

Konečně existují i konzumentské skupiny věnující se kvalitě piva, vína atd. a zainteresované na úrovni prostředí, v němž se pije.

Existuje řada záležitostí, na něž může alkoholová akční skupina mít vliv. Nátlakové skupiny a místní politici hrají důležitou úlohu při udělování licencí a zajišťování veřejného pořádku. Do působnosti policie patří i poskytování informací a sledování problémů, vznikajících v podnicích s licencí a jejich okolí.

### **Hustota podniků s licencí**

Umístění a hustota podniků s licencí k prodeji alkoholu má důležitý účinek na místní dostupnost alkoholu. V některých zemích je pečlivě regulována hustota těchto zařízení nebo omezováno jejich umístění, takže se např. nesmí nacházet v blízkosti škol nebo továren. Jinde panuje názor, že umístění hostinců a podobně je nejlépe přenechat volnému trhu. Godfrey (50) zkoumal údaje o prodeji a dostupnosti alkoholu a prokázal, že zvyšující se hustota vykazovala souvislost s vyšší spotřebou piva.

### **Rozdílné ceny**

V některých částech Evropy je při velkých rozdílech v ceně anebo dostupnosti alkoholu mezi sousedními zeměmi významným problémem přeshraniční obchod a pašování. Místní alkoholové akční skupiny musí brát v úvahu důsledky opatření, týkající se změn ceny a přítomnosti bezcelních obchodů na letištích nebo lodích. Celní úředníci si musí být vědomi zdravotních a společenských dopadů nezákonného obchodování s alkoholem, kterému se obvykle přisuzuje mnohem menší význam než jiným drogám.

### **Domácí výroba**

V mnoha zemích je povolena domácí výroba lihovin pro osobní spotřebu, což významně přispívá k dostupnosti alkoholu. V některých zemích je destilace zakázána, ale příprava jiných alkoholických nápojů je povolena. Domácí výroba může mít dlouhou tradici a změny postoje k alkoholu lze dosáhnout pouze postupně, s porozuměním pro místní zvyklosti a hodnoty.

## **Charakter a provoz licencovaných podniků**

Restaurace, hostince a další podniky s licenci jsou závislé na dobré vůli okolní komunity a je pro ně typická citlivost vůči místním vlivům. Alkoholová akční skupina může upozornit úřady udělující licence a vedoucí barů na zdravotní a společenské problémy, spojené se zvýšenou dostupností. Obecně je nejlépe volit střední cestu mezi extrémní dostupností a výrazným omezením prodejní doby, takže se silné pití soustředí do krátkého období a v době zavírání často dochází k opilosti na veřejnosti. Co přesně je onou střední cestou, může být předmětem místní debaty.

Místní hostinec nebo kavárna má klíčové postavení v životě komunity a její význam by neměl být přehlížen zaměřením se výhradně na hazard nadměrně silného pití.

Bylo dokumentováno, že prokazatelný vliv na úroveň potíží má uspořádání licencovaných podniků. V jednom výzkumu ve Velké Británii bylo zjištěno, že 15 - 20 % násilí v hostincích lze připsat na vrub takovým faktorům, jakými jsou nepohodlí, špatná dispozice, nepřiměřené vytápění, úroveň hluku a světla a rozladění vinou nedostatečné obsluhy. Pravděpodobnost neukázněného chování souvisí také s druhem hrané hudby, přítomností hracích automatů a samozřejmě i dostupností jídla a zábavy (51).

Mnohé úrazy v hostincích ve Velké Británii vznikají házením sklenic a lahví přes místnost či jejich používáním jako zbraně pro napadení. Zaměstnanci úrazové a rychlé záchranné služby dobře vědí o tom, jak závažná jsou poranění, která tímto způsobem vznikají. Uvádí se, že používání tvrzeného nebo nerozbitného skla by vedlo k významnému poklesu těchto úrazů, a čile se diskutuje o širším zavedení tohoto druhu skla. Toto je příklad toho, s jakou problematikou může alkoholová akční skupina přijít, aby upozornila místní komunitu na určité problémy a zájmy.

Také atmosféra hostinců, kaváren apod. je důležitým aspektem, citlivě reagujícím na udílení licencí a zajisté i na obecnější tlaky místní komunity. Některé komunity mají hostince, kde skutečně jedinou aktivitou je pití alkoholu, zatímco jinde se nabízí široké spektrum pokrmů, nealkoholických nápojů a zábavy. Posledně jmenované "café pub" bývají spojovány spíše s relaxačním stylem pití.

V některých zemích není do mnoha hostinců povolen vstup dětem, zatímco jinde je jejich přítomnost běžná a nijak výjimečná. Diskutuje se o tom, že přítomnost dětí vytváří

vyrovnanější rodinnou atmosféru a může mít příznivý účinek na návyky dospělých v pití. Opět jde o diskutabilní záležitost, kterou lze využít k soustředění místního zájmu.

Hostinští jsou obvykle činěni odpovědnými za udržování standardního chování v jejich podniku, např. v tom, aby neobsluhovali lidi zjevně opilé nebo nedosahující minimální věkové hranice pro pití alkoholu stanovené zákonem. Úřady udělující licence a policie mohou provádět důraznější kampaň a dávat tak najevo, že plnění této odpovědnosti bude vyžadováno. Dalším krokem by byla odpovědnost obsluhujících s možností stíhání hostinských a prodejců alkoholu za nalévání či prodej intoxikovaným osobám, které by poté řídily a způsobily nehodu s poraněním. Případy tohoto druhu podtrhují, jak důležité je vyškolit zaměstnance barů a přesvědčit se, že pochopili, o jaké problémy jde.

V kanadském Ontariu mají licenční zákon, vybavující inspektory širokými pravomocemi, na jejichž základě lze prošetřovat porušení předpisů, např. nalévání opilým pravidelným zákazníkům, cenové úlevy nebo neschopnost podniku podat hostům jídlo. Na zákroky inspekce není pohlíženo jako na obtěžování a komunita je vítá.

### **Minimální věk pro pití alkoholu**

Ve většině zemí je stanoven minimální věk, kdy mladí lidé mohou kupovat nebo na veřejnosti konzumovat alkohol. Tyto zákony bývají jen málo důrazně vynucovány a místní komunita by mohla podniknout energičtější kroky, aby zajistila dodržování předpisů. Jakékoli snižování této věkové hranice, např. v některých státech či oblastech v Severní Americe, bylo pravidelně provázeno nárůstem dopravních nehod mladých lidí.

### **Aktivita a vzdělávání**

Alkoholová akční skupina by se měla přesvědčit, že komunita chápe pravidla regulace licencí a proces jejich udílení nebo odvolání. Tyto znalosti umožní obyvatelům účinněji se o tuto oblast zajímat a najít způsob, jak do procesu aktivně zasahovat. To zvláště uvítají ti, komu leží na srdci kvalita životního prostředí a škody a nepořádky vznikající v souvislosti s pitím alkoholu.

Bude užitečné vytvořit lokální příručku k licenčním zákonům a poskytnout ji všem zaangażovaným skupinám ve všech potřebných jazycích. Etnické menšiny v některých oblastech nemusí místní licenční úpravě rozumět.

Vhodné jsou doškolovací kurzy pro soudce, úředníky udělující licenci, policii a současné i budoucí držitele licence. Náplň a cíle kurzů je třeba vypracovat podle lokálních potřeb a lze sledovat, do jaké míry jsou využívány.

V některých zemích se vyžaduje, aby vlastníci podniků s licenci, vedoucí barů a obsluhující prošli školením (55), které zajistí, aby správně pochopili svoji úlohu, nejen z komerčního hlediska, ale i s ohledem na společenské a zdravotní důsledky užívání alkoholu. Do náplně těchto kurzů musí patřit:

- zákon pro udělování licence (včetně věkové hranice pro pití alkoholu)
- účinky alkoholu na úsudek a chování
- zákonné úpravy pro řízení vozidla pod vlivem alkoholu
- ručení/povinnosti personálu servírujícího alkohol
- zvládání konfliktů a intoxikace

Některé podniky zaměstnávají osoby regulující vstup do podniku. Tito lidé se často stávají terčem násilných útoků a může pro ně být užitečné školení, jak zvládat situace tohoto druhu.

### **Sledování**

Panuje značná nejistota ohledně toho, jak souvisí škody způsobené alkoholem s počtem, charakterem a distribucí míst s prodejem alkoholu. Předpokladem pro zkoumání a monitorování této vazby je pečlivé zmapování místní komunity a distribuce problémů v souvislosti s alkoholem v poměru k těmto místům. Sledování veřejného nepořádku v blízkosti podniků s licenci patří do pracovní náplně policie, která může vést záznamy o přestupcích, např. pití alkoholu mladistvými nebo mimo povolenou otevírací dobu. Policisté také mohou pečlivě registrovat čas a místo narušení veřejného pořádku a výskyt nehod a úrazů spojených s alkoholem, jejichž počet běžně narůstá v hostincích a kavárnách a v jejich okolí v době, kdy se zavírá. Jednoduchá opatření tohoto druhu poskytnou základní údaje, na jejichž podkladě lze posuzovat dopad dosažených místních změn.

### **Zavedení zón**

Jestliže bylo zjevné, že opilost na veřejnosti a následná narušení veřejného pořádku jsou v určitých částech obce častější, zřídily některé komunity zóny bez alkoholu (56). Nařízení zakazuje v těchto oblastech konzumaci alkoholu na veřejnosti. Účinnost opatření je nejistá a

vznikají obavy, že jeho vymáhání jednoduše vede k přesunutí problému do jiné oblasti města (viz Kapitola 7).

Komunity, kde jsou alkohol a drogy snadno přístupné a opilost tolerována, neposkytují žádnou podporu pro prevenci. Mnohé země vyvinuly programy pro mladé lidi v této situaci. Např. Národní direktorát pro prevenci alkoholových a drogových problémů v Norsku financuje sociální pracovníky, navazující styk s mladými lidmi, kteří ztratili kontakt se společností a odcizili se jí. Mládežnické kluby a nezávislí pracovníci pro mládež mohou hrát podstatnou roli při propagaci aktivit tohoto druhu.

### **Alternativy**

V posledních letech nastalo oživení zájmu o alternativní zábavu či rozptýlení nezahrnující alkohol. Několik měst ve Velké Británii experimentovalo s "alcohol-free" hostinci a propagací nealkoholických nápojů nebo nízkostupňového či bezalkoholového piva a vína. Alkoholová akční skupina může sledovat dostupnost a ceny těchto nápojů v relaci k alkoholickým nápojům.

V některých zemích je těsná, zřetelná vazba mezi aktivitami ve volném čase a alkoholem, který je k dostání ve sportovních centrech, lyžařských areálech, tančírnách, na fotbalových hřištích apod. Někdy je ze zisku baru dotován klub. Alkoholová akční skupina může zkoumat způsoby, jak tyto zábavní aktivity oddělit od pití alkoholu, aby ti, kdo se jich chtějí účastnit, se necítili tlačeni ke konzumaci alkoholu.

### **Cíle**

Alkoholová akční skupina se může s komunitou dohodnout na cílech, k jejichž příkladům patří:

- procento čerpání doškolovacích kurzů lidmi s licenci a členy soudních a licenčních úřadů;
- omezování porušování licence a opilosti na veřejných místech;
- optimální hustota a počet podniků s licenci a obchodů prodávajících lihoviny;
- dostupnost alternativ alkoholických nápojů a jejich přiměřená cena;
- počet zábavních aktivit, které nejsou spojeny s dostupností alkoholu.



## Oblast trestního práva

Alkoholová akční skupina by se měla ujistit, že je právo uplatňováno tak, aby byly omezovány ty způsoby pití, které vedou ke trestným činům, a usilovat o to, aby u osob dopouštějících se těchto přestupků byly problémy s pitím včas rozpoznány a byla jim poskytnuta pomoc potřebná ke změně životního stylu.

Přístup komunity k přestupkům s podílem alkoholu je ovlivněn místními tradicemi a postoji. Kde se na pití pohlíží jako na každodenní záležitost, může být účast alkoholu na trestných činech považována za vedlejší. Kde pití není časté nebo je považováno za deviantní, bude alkohol, prokáže-li se, mnohdy hodnocen jako příčina trestného činu. Tedy vliv, který je alkoholu přisuzován u nejrůznějších společenských poklesků, bude silně závislý na historii komunity a jejích postojích. Důležité je dosáhnout vyváženosti mezi přikládáním přehnané váhy nerozváznému pití u přestupků a trestných činů na jedné straně a ignorováním významu alkoholu na druhé straně. K přečinům souvisejícím s alkoholem patří:

- trestné činy a přestupky, u nichž je nepřiměřená konzumace alkoholu podstatou poklesku, např. opilost na veřejnosti, opilecké a výtržnické chování, řízení vozidla pod vlivem alkoholu, pokud je vyžadována jeho nulová hladina, jak je tomu např. u pilotů letadel nebo strojířů;
- trestné činy a přestupky proti licenci a pravidlům distribuce a prodeje alkoholu, např. jeho prodávání osobám mladším, než je předepsaná věková hranice, obsluhování lidí intoxikovaných, obsluhování mimo povolené hodiny nebo v podnicích bez licence;
- trestné činy a přestupky, k nimž užití alkoholu obvykle významně přispívá, např. napadení, tuláctví, sexuální poklesky, domácí násilí, zneužívání dětí a rušení klidu;
- občansko-právní přestupky, u nichž je alkohol často zmiňován jako významný faktor, např. rozvod, občansko-právní spory a spory s uplatňováním pojistného.

Mnohé zákony komunity jsou určeny národní legislativou, ale existují místní právní úpravy a předpisy sepisované komunitou, které mohou odrážet převládající stanoviska k postupu v oblasti alkoholu. Proto je tu dostatek příležitosti pro místní skupiny, aby ovlivnily interpretaci a vymáhání hlavních zákonů. Kromě toho bude mít místní komunita jistě příležitost promítnout svá stanoviska k alkoholu a kriminalitě do celonárodní legislativy.

Alkoholová akční skupina může mít proto vliv na obsah a zejména na realizaci a interpretaci legislativy na úrovni komunity. Také může mít velký vliv na způsob, jakým soud jedná s výtržníky.

### **Aktivita**

Místní alkoholová akční skupina může přitáhnout pozornost k danému problému a snažit se o soustředění aktivit. Je třeba nalézt osoby s klíčovým postavením v systému trestního práva. Média budou - ve svých postojích ke kriminalitě související s alkoholem a informování o těchto činech - spojenci ve vedení kvalitní veřejné debaty, díky níž bude komunita dobře informována. Významně mohou přispět i dobrovolné občanské skupiny se speciálním zájmem o kriminalitu nebo určité trestné činy. Sem patří skupiny, zabývající se podporou obětí, poskytováním útočiště ženám, péčí a přesídlováním výtržníků a podporou rodin uvězněných; všichni tyto lidé budou mít legitimní zájem o tyto problémy.

### **Rozsah problému**

Prvním úkolem bude uvědomit nejrůznější zainteresované skupiny o rozsahu, v jakém alkohol přispívá ke kriminalitě v dané komunitě. Celonárodní a lokální data jsou běžně dostupná u takových činů, jakými jsou řízení pod vlivem alkoholu, opilost na veřejnosti a porušování licenčních zákonů. Za určitých okolností může být přispění alkoholu k výše popsaným trestným činům čistě nahodilé. Jindy jsou k dispozici šetření z různých oblastí, na jejichž základě je možné si udělat představu o procentu výtržníků v každé konkrétní kategorii, k jejichž přestupku alkohol přispěl nebo u nichž byly zjištěny problémy s alkoholem.

Tyto záležitosti dobře zachytí projekt, shromažďující údaje o kriminalitě související s alkoholem, vedený místní policií nebo soudy. Někdy lze údaje získat prostým procházením soudních protokolů a sledováním, jak často je alkohol zmíněn jako přispívající nebo polehčující faktor. Postupy při udílení trestů se dosti liší v přístupu k úloze alkoholu u trestného činu. Některé mají oddělenou kategorii pro všechny činy, u nichž se alkohol jeví jako spolupůsobící faktor, jindy je opilost považována za polehčující okolnost. Převládajícím stanoviskem je to, že alkohol je přitěžujícím faktorem a rozhodně jím nelze omlouvat spáchání trestného činu. Rozsah, v němž je alkohol zaznamenán jako přídatný faktor, velmi výrazně kolísá, a často je obtížné dosáhnout konzistentních informací.

Na policii se lze obrátit s žádostí o systematické zaznamenávání intoxikace u zatýkaných osob. Personál věznice je schopen zjistit návyky vězňů v pití alkoholu. Jednoduchá šetření

tohoto druhu často odhalí vysokou úroveň problémů souvisejících s alkoholem. Sociální pracovníci nebo kurátoři mohou sledovat výskyt hazardního nebo škodlivého pití u osob v jejich kompetenci. Všechny tyto údaje lze systematicky zaznamenávat. Informace tohoto druhu přispějí k tomu, že komunita si začne více uvědomovat význam alkoholu pro jednání potenciálních delikventů i odčerpávání zdrojů, které s tím souvisí. Dále tak bude popsán určitý výchozí stav, s nímž bude možné srovnávat další vývoj. Zprávy na základě místních zkušeností jsou charakterizovány bezprostředností a naléhavostí, obtížně dosahovaných při použití pouze celonárodních údajů. Místní média mohou pomoci v šíření informací o alkoholu ve vztahu ke kriminalitě a zvyšovat tak povědomí a chápání problému v komunitě.

### **Zvyšování vnímavosti**

I když někteří z těch, kdo se zabývají trestním právem, jsou zainteresováni na tomto problému a sdílejí postoje alkoholové akční skupiny, budou potřebovat v některých případech pro dosažení podpory školicí akce a povzbuzování.

Doškolovací programy mohou být organizovány pro soudnictví, policii, sociální pracovníky, kurátory, zaměstnance věznic a reintegrační pracovníky. Zájem o tyto programy anebo jejich dopad na znalosti, postoje a chování lze měřit a sledovat.

### **Místní aktivity ke snížení škod**

Bylo prokázáno, že existuje celá řada osvědčených opatření, jejichž přijetím lze v komunitě snížit úroveň přestupků vyvolaných alkoholem.

### **Řízení pod vlivem alkoholu**

Řízení vozidel pod vlivem alkoholu může být dobrým příkladem účinku místní aktivity na snížení škod.

Je dobře známo, že pití alkoholu před řízením vozidla zvyšuje pravděpodobnost dopravních nehod (viz kapitola 9). Ve všech evropských zemích je nyní řízení pod vlivem alkoholu přestupkem, ačkoli hladina alkoholu, považovaná za přestupek, se značně liší. Také jsou velmi velké rozdíly v rozsahu, v němž policie vynucuje toto nařízení. Postoj ke kontrolám je často silně pod místním vlivem.

Preventivní strategie se mohou soustředit na edukaci. Celonárodní anebo místní kampaně mohou demonstrovat nebezpečnost řízení po požití alkoholu a ukázat bolest a utrpení obětí

nebo zdůraznit tresty pro řidiče. Některé kampaně se pokoušely spojit důkazy o řízení pod vlivem alkoholu s propagací nealkoholických nebo nízkoalkoholických nápojů.

Každá komunita si musí uvědomit paradox, spočívající v naší propagaci jak řízení aut, tak pití alkoholu. Tyto dvě populární činnosti je třeba od sebe oddělit (57). Edukace není sama o sobě dostatečná a je nutno ji kombinovat s postupy, nabádajícími či nutícími k tomuto oddělení.

Účinným prostředkem k omezení řízení pod vlivem alkoholu v populaci se ukázaly být náhodné dechové zkoušky. Bývají prováděny organizovaně a pravidelně, na viditelném místě a náležitě často, takže pravděpodobnost detekce v komunitě je velmi vysoká (58).

Skupiny, které dávají přednost zvýšení pokut za řízení po vypití alkoholu, mohou zjistit, že mají jen velmi malý skutečný dopad na úroveň škod v populaci. Jednoznačně účinné je však opatření, aby řidičům, kteří pili, bylo na značně dlouhou dobu odejmuto řidičské oprávnění.

Důležité je, aby ti, kdo se dopustili tohoto přestupku, změnili před návratem za volant své návyky. Existují důkazy, že toho lze dosáhnout pomocí nápravných programů pro řidiče dopouštějící se (opakovaných) přestupků, což je model fungující v řadě evropských zemí.

Žádná z těchto aktivit pravděpodobně nebude mít efekt, pokud veřejnost současně nepochopí, o jak velký problém se jedná. Koordinovaná strategie proti řízení pod vlivem alkoholu ukazuje způsob, při němž je nutná spolupráce mezi různými sektory včetně vzdělávání veřejnosti, médií, policie, soudnictví, nápravných programů, dopravních služeb a odvětví výroby alkoholických nápojů a pohostinství.

## **Veřejný pořádek**

Komunální projekty často vzniknou jako odpověď na určité události, které znepokojily místní veřejnost. Ty se mohou stát podnětem k aktivitě a alkoholová akční skupina se na ně může zaměřit a podpořit spolupráci při odpovědi. Narušení veřejného pořádku a rušení klidu jsou příklady přestupků, běžně spojených s alkoholem a provokující k odezvě. Mnohdy se dějí v podnicích s konzumací alkoholu nebo v jejich okolí.

Výtržnosti v centru velkých měst často souvisí s alkoholem a dochází k nim v zásadě mezi mladými lidmi, kteří se do těchto míst stahují při hledání zábavy a veselé společnosti. Architektonická úprava některých míst ve městě může formovat chování lidí. V poslední době se vytvořil trend plánovat města tak, aby docházelo k oddělení různých činností, k oddělení obytných (rezidenčních) čtvrtí od zón obchodů, kanceláří a zábavy. Z center měst se staly

oblasti služeb, kam lidé přes den přichází pracovat nebo nakupovat, a toto prostředí se stává problematické v noci, kdy jsou centra opuštěna a ponechána prakticky bez dohledu (59). Ve Velké Británii byla prokázána zvýšená pravděpodobnost konfliktů v místech nahromadění velkého počtu intoxikovaných mladých lidí, k nimž patří podniky s rychlým občerstvením, stanoviště taxi a autobusové zastávky.

Koordinovaný přístup k řízení městských center, zahrnující policii, dopravu a podnikatelskou komunitu, může zlepšit prostředí města. Iniciativy v této oblasti může řídit manažer městského centra. Rozdělení města do zón s oblastmi bez alkoholu někdy pomůže snížit kriminalitu a veřejný nepořádek. Ve třech skotských městech byla prováděna edukace o dopadu zákazu konzumace alkoholu na veřejnosti v určitých vymezených oblastech. Ve dvou z těchto oblastí došlo k významnému snížení přestupků proti veřejnému pořádku, třebaže v jednom z těchto případů se zdálo, že se problém přesunul do jiné části města. Tato opatření se těší značnému stupni veřejné podpory a zdá se, že jsou nejúspěšnější v bránění nepořádkům, působených mladými lidmi pijícími na veřejnosti.

Existují další případy, kdy preventivní účinek měla přítomnost policie. Např. noční přítomnost policie v hostincích a jejich okolí, zejména v době zavírání, měla prokazatelně významný dopad na úroveň kriminality v komunitě v Anglii (60). Zákaz alkoholu na fotbalových stadionech a v jejich okolí snížil výskyt chuligánství v některých městech ve Velké Británii.

Tab. 9 souhrnně uvádí opatření přijatá alkoholovou akční skupinou v jednom anglickém městě ve snaze řešit problém veřejného nepořádku v centru města.

**Tab. 9. Akce ke snížení veřejného nepořádku souvisejícího s alkoholem**

Posílení legislativy ve vztahu k podnikům s licenci a aktivnější úloha při informování držitelů licence o jejich povinnostech a odpovědnosti.

Setkání držitelů licence z iniciativy členů skupiny za účelem informovat je o jejich úloze v projektu.

Podpora provozování nočních autobusových linek.

Zřizování dalších stanovišť taxíků mimo dosavadní stanoviště, aby došlo k většímu rozptýlení.

Vypracování programu "pub watch" (dohled v hospodách), podporujícího komunikaci mezi policií a držiteli licence.

Stanovení centra města za zónu, kde se nepije alkohol (na veřejnosti).

Podpora vzniku nočních klubů bez alkoholu.

Zapojení do pilotního projektu spolu s Alcohol Concern (celonárodní organizací) za veřejnou edukační kampaň "Drinkwise" (pijte s rozumem).

Vývoj registračního programu pro pracovníky, dohlížející na vstup do některých podniků s licencí, aby bylo zajištěno, že tito zaměstnanci si budou schopni poradit s provokativními situacemi.

Příprava školení pro případné žadatele o licenci a prodej lihovin prostřednictvím místní průmyslové školy.

Zkoumání způsobů, jak dosáhnout většího rozptýlení podniků s rychlým občerstvením.

Podněcování k větší dostupnosti taxíků.

Sjednocování přístupů městské rady a úřadů udělujících licenci.

Vypracování norem/standardů pro získání a podržení si licence k prodeji alkoholu.

*Zdroj: Purser, R. M., osobní sdělení, 1993.*

## **Opilost na veřejnosti**

Opilost na veřejnosti je častým problémem. Na opilce bývá ošklivý pohled, nezřídka obtěžují kolemjdoucí a - z humanitárního hlediska - jsou to často lidé bez domova nebo tuláci, vyžadující lékařskou a společenskou pomoc.

V některých případech komunita projeví zájem jen tehdy, pokud někdo se závažným problémem s alkoholem zemře ve vazbě poté, kdy je zatčen. Je nutné, aby tito lidé měli přístup k ošetření a lékařské pomoci, a bude třeba vyvinout mechanismy na pomoc policistům, aby dokázali rozlišit, kterým z nich hrozí nebezpečí, a vykonali příslušná opatření. Identifikaci abúzu alkoholu by usnadnil návod na rozhovor a rozpoznávání, který by úřadující policisté používali. Tato opatření by také snížila pravděpodobnost, že u zadržených dojde po uvěznění k přehlédnutí závažných příznaků z odnětí alkoholu nebo jiným tělesným problémům tohoto druhu.

V některých zemích byl tento druh přestupků dekriminalizován a zavedena detoxikační a reintegrační služba, takže se tito lidé dostávají mimo systém trestního práva, nedostávají se do vězení a často jsou ponecháni sami sobě. To může být stejně neuspokojivé jako zatčení s krátkým uvězněním a propuštěním do stejného prostředí. Intoxikovaní a bezdomovci jsou vystaveni velkému riziku v oblastech se severským klimatem, kde běžně hrozí závažná

hypotermie. Potřebují bezpečné prostředí, v němž by se zotavili a rozhodli pro méně škodlivý způsob života.

Alkoholová akční skupina může pracovat s bytovými odbory, sociálními službami, lékařskou pohotovostí a policií s cílem najít adekvátní bydlení anebo ubytovnu, umožňující rehabilitaci.

### **Vzdělávací programy pro pachatele opakovaných přestupků**

Alkohol spoluzaviňuje celou řadu přestupků i trestných činů. Existuje celá řada vzdělávacích programů, jejichž záměrem je reedukace pachatelů k rozumnějším a méně riskantním způsobům pití alkoholu (61). Bývají podporovány sociálními pracovníky, kurátory a odbory pro vzdělávání dospělých.

Mnozí vězni mají za sebou velké problémy s alkoholem. Proto je užitečné zavádět nápravné programy ve vězení a zvláště důležité je, aby byly spojeny s aktivní reintegrací při propuštění. Je třeba pomoci pracovníkům věznic, aby se mohly na těchto školících programech spolupodílet, a přijmout pomoc soudů, subjektů provádějících protialkoholní léčbu a dobrovolnických skupin, jakými jsou např. Anonymní alkoholici.

### **Cíle**

Alkoholová akční skupina může zveřejňovat a sledovat výskyt přestupků souvisejících s alkoholem, např. řízení vozidel pod vlivem alkoholu, opilost, vandalizmus a pití nezletilých, a dohodnout se na cílech k jejich snížení.

Lze sledovat procento osob absolvujících doškolovací kurzy ze soudnictví, z řad policie a zaměstnanců odvětví výroby a prodeje alkoholu včetně pohostinství, jakož i dopad těchto kurzů na znalosti a chování.

Dále lze sledovat počet pachatelů opakovaných přestupků, kteří se zúčastní edukačních kurzů o alkoholu, a vliv této účasti na další přestupky či trestné činy.

## Reklama a propagace alkoholu

Cílem reklamy a propagace alkoholických nápojů je ovlivnit výběr značky a velikost podílu, který výrobek zaujímá na trhu; je diskutabilní, nakolik tyto aktivity současně podněcují k vyšší celkové spotřebě. Kontrola reklamy a propagace alkoholických nápojů v jednotlivých zemích velmi výrazně kolísá (62). V některých je absolutně zakázána, jinde je povolena jen v místech prodeje, zatímco v mnoha se kontroluje obsah, načasování a prezentace reklamy. Ve většině zemí existují určité standardy pro reklamu zahrnující alkohol, např. se nepovoluje sugerovat zákazníkovi, že pití alkoholu zvýší jeho sílu či sexualitu, nebo jakkoli spojovat alkohol s některými činnostmi, v první řadě řízením automobilů apod. Běžně je zakázáno zaměřovat se na mladé lidi nebo promítat reklamu na alkohol v televizi v době, kdy ji mohou sledovat děti.

Kromě přímé reklamy podléhají různým formám kontroly i mnohé formy propagace prodeje a sponzorování. To se týká kulturních a sportovních událostí, festivalů a koncertů, pивních slavností a různých výletů s pohoštěním.

Vazba mezi propagací tohoto druhu a úrovní konzumace není jasná. Nicméně způsob, jakým je alkohol prezentován populaci a snad zvláště mladým lidem, je všeobecně znepokojující záležitostí. Též se soudí, že všudypřítomná propagace alkoholu vytváří klima jeho přijatelnosti, které může mařit snahy o omezení spotřeby.

Množství reklamy a pravidla, jimiž se řídí, jsou běžně určována na celonárodní úrovni, a zdálo by se, že místní iniciativy s nimi mnoho nesvedou. Existují doklady, že tomu tak není, protože místní postoje mohou ovlivnit celonárodní postupy a mít významný dopad na způsob, jakým jsou interpretovány nebo prezentovány na lokální úrovni. Nástup satelitní televize učinil reklamu na alkohol mezinárodní a mohlo by se zdát, že se tím oslabí vliv těchto programů na formování místních postojů. Nicméně lokální iniciativy mohou působit na celonárodní a zejména na místní reklamu a propagaci.

Alkoholová akční skupina může vyhledat osoby se speciálním zájmem v oblasti reklamy a sponzorování. Jistě k nim budou patřit pracovníci propagující zdravý způsob života, ale lze k nim počítat i učitele a vychovatele obecně, skupiny pečující o místní dobré mravy a příjemné prostředí, zdravotníky a zaměstnance záchranných sborů a osoby, zabývající se sportem, zábavními aktivitami a životním prostředím.



## **Sledování**

Lze vytvořit zájmovou skupinu sledující obsah, umístění a načasování reklam a odhalující ty, kdo porušují celonárodní dohody a kodexy. Důležité je, aby si komunita jasně uvědomovala normy a způsoby práce institucí regulující reklamu i to, jakým způsobem lze podávat stížnosti. Zajímavý příklad souboru aktivit, které komunity mohou monitorovat a v případě nutnosti protestovat proti propagaci, připravili pro Austrálii Saunders & Shoebridge (63).

Sledovat lze např. charakter reklamy: zda je užívání alkoholu spojováno se sportem, zejména s plaváním a projížděkami na lodkách, nebo s řízením či obsluhováním strojů, a zda nepodává jasnou zprávu o tom, že užívání alkoholu zvyšuje sexuální zdatnost nebo zlepšuje společenské schopnosti. Zvláštní pozornost je třeba věnovat reklamě, povzbuzující k pití mladé lidi.

Také načasování reklamy je důležité. Je vysílána v době, kdy mladí lidé pravděpodobně poslouchají nebo se dívají? Je očividně instalována na místech, kde se scházejí mladí lidé, např. poblíž škol nebo mládežnických klubů? Došlo k překročení předpisů ohledně druhu nápojů, které lze propagovat v médiích, nebo doby předvedení reklamy?

## **Místní reklama**

Akční skupina bude mít snazší přístup k inzerci v lokálních médiích. V některých komunitách obecní úřad kontroluje umístění reklam na plakátovacích plochách i jiných místech a může tak zajistit, aby reklama na alkohol nebyla v blízkosti škol i jiných míst, kde se scházejí mladí lidé. Reklamy promítají také kina a zde může akční skupina zajistit, aby děti nebyly vystavovány nevhodným vlivům.

Místní rozhlasové a televizní stanice budou citlivější na místní vlivy a možná bude schůdné dohodnout se na normách reklam, přijatelných pro tu kterou komunitu. Akční skupina by měla uznávat legitimní zájmy obchodu a propagace a nezaujímat krajní pozici proti alkoholu, totálně odlišnou od postoje většiny. Ve většině komunit půjde o udržování určité rovnováhy mezi kontrolou a licencí. U dětí je cílem pomoci jim vytvořit si určitý postoj pro realistické hodnocení toho, o čem je reklama přesvědčuje.

## **Podpora/sponzorování**

Sponzorování umění nebo sportu alkoholovým průmyslem se stalo běžnou záležitostí a mnohé organizace na ně spoléhají ve svém dalším fungování. Je zde však široce pocíťovaná obava z obrazu alkoholu, jak je vykreslován, např. při reklamě na pivo na fotbalových dresech

dětí. Alkoholová akční skupina by měla formulovat místní obavy. Mělo by se jasně říci, že jsou i jiné zdroje pro sponzorství, které nespojují sport s konzumací alkoholu. Zatímco některé komunity odmítají jakékoli sponzorování z tohoto zdroje, jiné si přejí pouze zajistit, aby nedocházelo ke klamání/svádění na scestí. Problémy tohoto druhu budou jistě tématem pro lokální debatu.

Odvětví výroby alkoholických nápojů a pohostinství dané lokality často provádí podpůrné akce, povzbuzující lidi k pití většího množství nebo určitých značek alkoholu. K příkladům patří volná zábava pro studenty během jejich "fresher's week" (vstupní týden), předvádění nových výrobků v obchodních domech a restauracích a nabídky typu "tolik alkoholu, kolik vypijete" za jednotné vstupné na večírek. "Happy hour" (šťastná hodina) byla přenesena ze Spojených států a je pokusem držitelů licence o stimulování obchodu. Akční skupiny se mohou zaměřit na všechny tyto praktiky a podnítit místní debatu o jejich přijatelnosti.

## **Média**

Místní média mají velmi významnou úlohu při reklamě a propagaci a také mají hlavní podíl na tom, jak komunita chápe užívání alkoholu. To je např. patrné ze způsobu, jak jsou podávány zprávy o nehodách s podílem alkoholu a za jak důležité se pití pokládá, (často se poukazuje jen na jeho příznivé účinky a nebo se prezentuje jako příležitostné zázemí každodenního života). Bylo prokázáno, že úroveň pití zpodobňovaná v televizních seriálech silně převyšuje skutečnost v dané komunitě.

Spojení s místním rádiem a televizí může být důležité pro změnu postoje lidí k užívání alkoholu a podání problémů souvisejících s alkoholem. Velmi pomůže, jsou-li zástupci médií členy alkoholové akční skupiny a lze-li je získat pro podporu při objasňování problému a uvědomování veřejnosti. Média jsou důležitým prostředkem, jak průběžně informovat komunitu, a vlivným nástrojem společenské taktiky v rámci komunity.

Užitečnost mediálních kampaní za rozumné pití je těžko dokazatelná s výjimkou projektů, zabývajících se speciálním problémem, např. řízení vozidel pod vlivem alkoholu. Přínos je větší, je-li kampaň spojena s místními aktivitami a propagací, zvyšujícími vliv informací přinášovaných médii. Celonárodní iniciativy tohoto druhu je vždy třeba prodiskutovat předem s lokálními akčními skupinami, aby bylo možné koordinovat přístupy. Např. spotřeba na základě informací samotných spotřebitelů byla ovlivněna mediální kampaní za změnu návyků v pití alkoholu jen tehdy, pokud byla tato kampaň provázena letáky s doplňujícími

informacemi. Mediální kampaně jsou také užitečné v poskytování informací na podporu lokální debaty např. na téma otevíracích hodin, veřejného pořádku nebo rozumné úrovně pití alkoholu. Casswell a spol. (64) ukázali, že tam, kde lokální mediální kampaně existují, pomáhají udržovat podporu protialkoholních kontrolních opatření v reakci na liberalizující trendy, zatímco oblasti postrádající tyto kampaně těmto trendům neodolají.

## 9

### **Alkohol a úrazy**

Konzumace alkoholu naprosto běžně přispívá k nehodám v důsledku intoxikace, postihující úsudek a koordinaci i další motorické dovednosti. Riziko úrazu je zvýšeno i po dobu kocoviny, kdy se postižený cítí nedobře a reaguje zpomaleně. Dlouhodobé užívání alkoholu může zhoršit kognitivní výkon a přispět k individuální náchylnosti k úrazům.

#### **Rozsah problému**

Přítomnost alkoholu v těle člověka, který měl nehodu, není průkazem příčinné souvislosti. Nicméně kontrolovaný průzkum ukázal, že pravděpodobnost např. nehod u řidičů a chodců silně stoupá po zvýšené konzumaci alkoholu. U průměrného řidiče se zvyšuje pravděpodobnost nehody při hladině 50 mg alkoholu na 100 ml krve. Při 60 mg/100 ml je dvojnásobná, zatímco při 80 mg/100 ml vzroste čtyřnásobně. Přibližně jedna čtvrtina úmrtí při dopravních nehodách nastane u osob s hladinou alkoholu v krvi nad 80 mg/100 ml. Nebylo prokázáno, že by existoval práh, pod nímž by riziko při řízení nebylo zvýšeno. Alkohol figuruje u jedné třetiny domácích úrazů, u 15 % pracovních úrazů, u 40 % náhodně vzniklých požárů, 25 % utonutí (50 % u osob ve věku 20 až 30 let) a u 43 % smrtí v důsledku pádu (65).

Zvláště velké riziko mají mladí muži a muži středního věku, u nichž jsou významnými faktory otrava alkoholem, utonutí a pády. Komunity často považují úrazy způsobené alkoholem doma a během rekreačních aktivit za běžné a nevyhnutelné a obvykle je špatně dokumentují. Důsledkem je slabá snaha o zachycení jejich rozsahu a zavedení preventivních opatření (66).

Jedna francouzská studie (67) zaznamenala alkohol jako významný faktor u 22 % domácích a 4 % sportovních úrazů. Mladí lidé jsou citliví na nehody v souvislosti s alkoholem, protože se

u nich kombinuje ochota podstoupit riziko s nedostatkem zkušeností jak v pití, tak v nově naučených pohybových schopnostech.

Často se přehlíží riziko u starších osob. Ve Velké Británii přibližně jedna třetina všech osob ve věku 65 let a vyšším utrpí každým rokem jeden nebo více pádů. Starší lidé hůře tolerují alkohol a kombinace alkoholu s léky může u křehkého jedince snadno vést k pádům i jiným nehodám (68).

### **Prevence**

Aktivita na podporu zdraví (zdraví prospěšné) by se měly zaměřit na vysvětlování rizika pití před řízením vozidla a různými sportovními aktivitami. Aby mohly být účinné, je třeba zveřejňovat a zdůrazňovat zákony, týkající se řízení pod vlivem alkoholu, nařízení o pití a přítomnosti alkoholu na pracovišti, zejména v dopravním průmyslu.

### **Hodnocení**

Pro posouzení dopadu různých preventivních opatření je nutné pravidelné sledování nehod a úrazů na pracovišti a silnicích. Přehled nehod v jedné firmě ukázal, že 20 % všech zaznamenaných incidentů mělo souvislost s alkoholem a že se úrazy na pracovišti kumulují do doby kolem konzumace jídel, kdy k pití alkoholu pravděpodobně dochází.

### **Úrazová ambulance a příjem akutních stavů**

Nemocniční úrazová ambulance a příjem akutních stavů je důležitým místem detekce nehod a poranění v souvislosti s alkoholem. Všichni dospělí a mladí lidé, kteří se dostaví na tuto ambulanci po nehodě, by měli být dotázáni, zda se tak stalo v souvislosti s alkoholem. Je-li k dispozici vybavení, měla by se provádět dechová zkouška na alkohol. Užitečný je dotazník ke zjišťování škodlivého pití (tab. 10). Dvě či více pozitivních odpovědí zakládají pozitivní test. Dotazník má 66% citlivost a 80% specificitu pro škodlivé pití (65).

<b>Tab. 10. Úrazový dotazník</b>
----------------------------------

Pacienta je třeba se zeptat:
------------------------------

- Prodělal/a jste již někdy zlomeninu nebo jiné úrazové poškození kostí a kloubů?
- Byl/a jste někdy zraněn/a při dopravní nehodě?
- Měl/a jste poranění hlavy?
- Byl/a jste někdy zraněn/a při napadení nebo souboji?
- Měl/a jste někdy úraz po požití alkoholu?

*Zdroj: Alkohol a nehody (65).*

Personál musí být vyškolen, aby dokázal rozpoznat problémy s alkoholem a poskytnout základní radu osobám, na jejichž poranění se alkohol významným způsobem podílel. Hektický provoz na většině úrazových ambulancí ztěžuje možnost časného provedení této intervence, ale je třeba využít příležitosti a zjišťovat přítomnost alkoholu. Diskutování s pacientem je možné ponechat na pozdější dobu nebo mu dát kartičku, vybízející ho k pozdější návštěvě a vyhledání pomoci. Ve zprávě odeslané rodinnému lékaři i jiným zdravotnickým zařízením je třeba jasně zmínit přítomnost alkoholu a dle možnosti uvést hladinu alkoholu v dechu v době příchodu na úrazovou ambulanci. Později lze pacienta po této stránce sledovat v rámci primární zdravotní péče.

### **Stockholmský program**

Ve Stockholmu byl uskutečněn pokus o snížení nemocnosti a úmrtnosti v důsledku nehod s účastí alkoholu, spočívající ve zřízení jednotky prevence úrazů. Zde byl studován dopad alkoholu na různé druhy nehod a navázána spolupráce s řadou úřadů a organizací, jejímž cílem bylo vypracování programu bezpečnosti, např. v dopravě, práci, při sportu, pro děti a dospívající, starší osoby, proti násilí, při hromadných neštěstích a na podporu používání helmy v cyklistice. Jednotka epidemiologie úrazů je schopna zavést velkoplošný systém sledování úrazů a shromažďovat data o všech úrazech vyžadujících lékařské ošetření v rámci celého zdravotnictví. To zahrnuje i posouzení, zda k poranění přispěl alkohol.

### **Akční plán**

Alkoholová akční skupina může obrátit pozornost veřejnosti ke způsobu, jakým alkohol přispívá k nehodám. Dílčí skupina zabývající se tímto tématem by měla zahrnovat zástupce policie, služeb pro nehody včetně první pomoci, propagace zdraví/zdravotnické osvěty, vyučujících ze škol a mládežnických zařízení, motoristických organizací, požárních

preventistů, zdravotníků a bezpečnostních referentů, manažerů zábavních aktivit a skupin dobrovolníků se zájmem o bezpečnost silnic a prevenci úrazů. Skupina může shromažďovat místní informace, připravovat podklady a předkládat je osobnostem ve vedení komunity. Též může upozorňovat profesionální skupiny na potřebu edukace o alkoholu a úrazech a podporovat programy časného rozpoznání a cílené pomoci těm, kdo pijí hazardním způsobem.

## 10

### Závěry

Jedním z cílů obecního alkoholového akčního plánu je vést komunitu k jednoznačnému pochopení povahy alkoholu, jeho rizikovosti a významu. Plán by měl přinejmenším zajistit, že se lidem dostane spolehlivých informací, na jejichž základě se mohou rozhodnout o svém zdraví a životním stylu. Dále může zajistit, aby odbory městské správy byly dobře informovány a spolupracovaly na integrovaném plánu s cílem, co nejvíce omezit škodlivé důsledky pití pro jednotlivce, rodinu i společnost. Veřejná opatření ve prospěch zdraví i aktivity na jejich podporu vyžadují realistický přístup. Alkohol se dotýká téměř všech oblastí života komunity a předcházející kapitoly se soustředily na vybrané oblasti, kde lze rozvíjet pozitivní aktivitu.

Celonárodní a komunální plány musí být těsně provázány. Jistě by bylo užitečné, kdyby komunální aktivity zapadaly do národní strategie. Taková spolupráce upevňuje cíle alkoholového akčního plánu, umožňuje úspory a optimální využívání materiálních zdrojů i erudice. V úvodních kapitolách byl při několika příležitostech zmíněn význam uveřejňování místních dat na pozadí národních trendů.

Akční plán nebude úspěšný, bude-li veřejností považován za něco naroubovaného či uvaleného na komunitu úředníky a odborníky. Aby mohl být úspěšný, musí být lidmi dané oblasti přijat za vlastní a zahrnut do plánovacích postupů místního zastupitelství. Také je třeba, aby měl k dispozici přiměřenou finanční podporu a vědecké a školící zázemí pro ty, jejichž práce se zaváděná opatření budou dotýkat. Nařízení shora bývají zřídka úspěšná a jejich výsledkem může být, že členové komunity budou mít pocit ještě menší kontroly nad svými záležitostmi než na začátku (69).

## **Hodnocení**

Opakovaně byla zdůrazněna potřeba zaznamenávat a sledovat změny. Často bylo zmíněno kladení cílů a posuzování dopadů/výsledků. Činnosti alkoholové akční skupiny, poradního fóra a individuálních projektů je třeba pečlivě zapisovat formou deníku, aby byl srozumitelně podchycen celý proces. Jedna skupina se tak může učit ze zkušeností druhé.

Kombinování aktivit tohoto druhu s hodnotícím výzkumem tvoří jeden celek. Badatelé, kteří se činnosti zúčastní, budou moci věrně zhodnotit proces a komunita je akceptuje, ale cenou za tento přístup bývá ztráta schopnosti zůstat nezúčastněný a objektivní. Výzkum obvykle probíhá v aréně charakterizované ekonomickými i společenskými tlaky každodenního života a silným politickým vlivem. Vzhledem k těmto tlakům nepřekvapí, že jen velmi málo výzkumných projektů účinně zkoumalo dopad multikomponentních komunálních iniciativ (70). Velmi přesvědčivé doklady byly přineseny v rámci preventivních projektů v oblasti kardiovaskulárních nemocí, ale jen malý počet šetření prokázal skromné výsledky na poli alkoholu a drog (71, 72). Jednou ze složek Evropského akčního plánu je zhodnotit dopad komplexní strategie v oblasti užívání alkoholu v Lahti ve Finsku (3).

Jedním aspektem výzkumu aktivit je hodnocení výsledků a prokazování změn v průběhu času. Dalšími jsou systémy hodnocení a monitorování procesu. Je užitečné, aby alkoholová akční skupina vždy specifikovala cíle každého z úkolů, dle možnosti zjistila a dokumentovala výchozí stav a poté zaznamenávala změny zvolených ukazatelů v průběhu času. Tento způsob monitorování je nezbytný a nemusí být nákladný na čas ani zdroje.

Je nutné dále pokračovat v pečlivém posuzování těchto programů, abychom byli schopni nalézt ty jejich složky, které jsou efektivní, ale i ty, které mají jen minimální dopad.

## **Časový plán**

Alkoholový akční plán dosáhne nejvyšší účinnosti, budou-li úkoly zasazeny do realistického časového harmonogramu, určujícího sérii kroků a cílů, které mají být postupně splněny. Strategii je třeba pravidelně, nejméně jednou ročně zrevidovat a od alkoholové akční skupiny se v této souvislosti očekává vypracování zprávy o průběžném pokroku v hlavních bodech alkoholového plánu. Výroční zprávy tohoto druhu také poslouží veřejnému charakteru plánu, nově upozorní na problémy a zaznamenají úspěchy i nezdary. Strategie vyžaduje pravidelné udržování a pozornost, mají-li se její úspěchy počítat na léta. Časový plán musí zahrnovat i harmonogram v dosahování priorit.

## **Sít'**

Se vznikem alkoholových akčních plánů obcí se vytváří řetězec klíčových osobností a skupin, schopných vzájemně si předávat znalosti s podobně smýšlejícími skupinami a komunitami. Bude výhodou, pokud místní pracovníci z poradního fóra a alkoholové akční skupiny budou vcházet do kontaktů s dalšími skupinami v oblasti. To umožní sdílení materiálů, výzkumných zkušeností a dokladů o účinnosti a úspěšnosti různých postupů/strategií. Pomohlo by, kdyby tento trend byl podporován z vládních míst a byly organizovány konference a semináře sloužící k rychlé výměně informací a zkušeností.

## **Kombinované přístupy**

Tato publikace je zaměřena výhradně na přístupy ke snížení škod v souvislosti s alkoholem. Pro mnoho lidí je pití alkoholu nedílnou součástí společenského života a trávení volného času. Někteří lidé mohou mít pocit, že oddělení tohoto konkrétního aspektu chování od mnoha ostatních je nepřirozené. Evropský alkoholový akční plán postavil alkohol do středu pozornosti kvůli jeho potenciálu škodit zdraví a společenským vztahům. Bylo uznáno, že edukace o alkoholu a zájem o různé souvislosti pití lze začlenit do obecnějšího programu zdravotní osvěty/propagace a tvorby zdravého životního prostředí. Rizika kouření jsou dobře známa a zdravotnické úřady v Evropě se zasazují o skoncování s kouřením. Velké obavy provází problémy v důsledku užívání drog, zejména nezákonných látek, ačkoli jsou tyto problémy často mnohem menší než ty, které souvisí s alkoholem. Dalším příkladem iniciativ za lepší zdraví je propagování zdravé výživy a dostatečné pohybové aktivity. Není jednoznačně zřejmé, jakým způsobem nejlépe připravovat plány/projekty, týkající se všech těchto typů chování. Důležité je zajistit, aby vnímání alkoholu jako drogy nebylo otupováno záplavou dokladů o abúzu nezákonných látek nebo aby prohibiční kampaň proti kouření neodvrátila pozornost od mnohem méně úderných informací o alkoholu. V některých zemích by bylo možné kombinovat opatření na poli alkoholu s postupem v oblasti dalších látek. Jistě jsou zde společné zkušenosti s prevencí kouření i jinou prací ve prospěch zdraví. Zájmové skupiny mají mnoho příležitostí ke spolupráci v rámci společných projektů a učení se od sebe navzájem. Jednoznačně žádoucí je spojení s hnutím Zdravá města.

Alkoholový akční plán obce je jednou z řady iniciativ zastřešených Evropským alkoholovým akčním plánem. Zcela evidentní jsou vazby na opatření, jejichž cílem je zvýšit schopnost primární zdravotní péče rozpoznávat/vyhledávat problémy související s alkoholem a reagovat



na ně (3). Složky pro posílení mezinárodní a evropské spolupráce by měly být integrovány s plány obcí. Ideálně se všechny tyto složky spojí v evropské hnutí za osvětenější přístup k užívání alkoholu.

## Literatura:

1. *Health for all targets. The health policy for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (European Health for All Series, No. 4).
2. *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document EUR/ICP/ADA 035).
3. *Community and Municipal action on Alcohol. Report on a WHO working group*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document EUR/ICP/ADA 039).
4. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
5. TSOUROS, A., ED. *Healthy Cities project: a project becomes a movement*. Milan, SOGESS, 1992.
6. Robinson, D. & TETHER, P. *Preventing alcohol problems: local prevention activity and the Compilation of "guides to local action"*. Geneva, World Health Organization, 1990.
7. KREITMAN, N. Alcohol consumption and the preventive paradox. *British journal of addiction*, 81: 353 (1986).
8. EDWARDS, G. ET AL. *Alcohol policy and the public good*. Oxford, Oxford University Press, 1994.
9. THORSEN, T. & PEDERSEN, D.S. *Alcohol profile of the City of Copenhagen*. Copenhagen, Copenhagen Health Services, 1994.
10. GRANT, M., ED. *Alcohol policies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (WHO Regional Publications, European Series, No.18).
11. WEST, R. & GOSSOP, M., Ed. Comparing drugs of dependence. *Addiction*, 89: 1355-1569 (1994).
12. COHEN, D. *The symbolic construction of community*. London, Tavistock, 1985.
13. HUNT, G. The middle class revisited: eating and drinking in an English village. *Western folklore*, 50: 401-419 (1991).
14. GEFOU-MADIANOU, D. *Alcohol, gender and culture*. London, Routledge, 1992.
15. THEODOROU, Z. *Alcohol and the invisible communities*. London, Harringay Advisory Group on Alcohol, 1993.
16. GRANT, M. & HODGSON, R. *Responding to alcohol-related problems in the community*. Geneva, World Health Organization, 1991.
17. *WHO Expert Committee on Drug Dependence. Twenty-eight report*. Geneva. World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series, No. 836).
18. CUNNINGHAM, J.C. ET AL. Use of questionnaire in general practice to increase recognition of patients with excessive alcohol consumption. *British medical journal*, 291: 412-413 (1985).
19. BUCHAN, I.C. ET AL. Problem drinkers and their problems. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31: 151-153 (1981).

20. WALLACE, P.G. ET AL. Are Randomised controlled trial of general practitioners' intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British medical journal*, **297**: 663-668 (1988).
21. BABOR, T.F. & GRANT, M. *Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II*. Geneva, World Health Organization, 1992 (document WHO/PSA/91.5).
22. Bien, T.H. ET AL. Brief intervention for alcohol problems. *Addiction*, **88**: 315-36 (1993).
23. WALLACE, P.G. ET AL. Are general practitioners doing enough to promote lifestyles? *British medical journal*, **294**: 940-942 (1987).
24. CHICK, J. Brief intervention for alcohol misuse. *British medical journal*, **307**: 1374 (1993).
25. *The role of general practice setting in the prevention and management of the harm done by alcohol use*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (document EUR/ICP/ADA 038).
26. MAYFIELD, D. ET AL. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American journal of psychiatry*, **131**: 1121-1123 (1974).
27. SELZER, M.L. The Michigan alcoholism screening test. *American journal of psychiatry*, **127**: 1653-1658 (1971).
28. FEURELEIN, W. ET AL. Diagnosis of alcoholism: The Munich alcoholism test. *Currents in alcoholism*, **3**: 137-147 (1980).
29. BABOR, T.F. ET AL. *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care*. Geneva, World Health Organization 1989 (document WHO/PSA/92.4).
30. Le GO, P.M. *Le Dépistage précoce et systématique du buveur*. Riom Laboratories, 1976.
31. STIBLER, H. Carbohydrate deficient transferrin in serum : a new marker of potentially harmful alcohol consumption. *Clinical chemistry*, **37** : 2029-2037 (1991).
32. Anderson, P. *Management of drinking problems*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990 (WHO Regional Publications, European Series, No. 32).
33. GASK, L. & THOMSON, D. *DRAMS scheme. Skills for the general practitioner*. Edinburgh, Scottish Health Education Group, 1990.
34. *Cut down on drinking pack*. London, Health Education Authority, 1991.
35. CHICK, J. ET AL. Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *British medical journal*, **290**: 965-967 (1983).
36. STOCKWELL, T. The Exeter home detoxification project. In: Stockwell, T. & Clements, S. ed. *Helping the problem drinker*. London, Croom Helm, 1992.
37. FOSSEY, E. *Growing up with alcohol*. London, Routledge, 1994.
38. PLANT, M.A. & PLANT, M.L. *Risk takers. Alcohol, drugs, sex and youth*. London, Routledge, 1992.
39. MOSKOWITZ, J. The primary prevention of alcohol problems; a critical review of the research literature. *Journal of studies on alcohol*, **50**: 54-88 (1989).
40. Perry C. ET. AL. WHO collaborative study on alcohol education and young people. *International journal of addiction*, **24**: 1145-1171 (1989).
41. HANSEN, W.B. School based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum 1980 – 1990. *Health education research*, **7**: 404-430 (1992).

42. *Major improvements unit awareness after Drinkwise Day*. London, Health Education Authority, 1992.
43. BEAUCHAMP, D.E. Alcohol and tobacco as public health challenges in a democracy. *British journal of addiction*, **85**: 252-254 (1990).
44. MORAWSKI, J. ET AL. *Economic costs of alcohol abuse in the negative social consequences of alcohol use*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Social Affairs, 1991.
45. HORE, B.D & PLANT, M.A., ED. *Alcohol problems in employment*. London, Croom Helm, 1980.
46. *Health promotion in the workplace: alcohol and drugs abuse*. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series, No. 8).
47. *National Survey of worksite health promotion activities*. Silver Spring, MD, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1987.
48. PLAGGENBORG, J. & THRÄN, M. Shauplatz arbeitswelt: Suchtprävention ist Moderne Sozialpolitik. *Partner magazin*, **1**: 6-15 (1992).
49. BRUUN, K. ET AL. *Alcohol control policies in a public health perspective*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.
50. GODFREY, C. Licensing and the demand for alcohol. *Applied economics*, **20**: 1341-1558 (1988).
51. *Conflict and violence in pubs – design considerations*. Oxford, M.C.M. Research Ltd, 1992.
52. SHEPHERD, J.P. ET AL. Glass abuse and urban licensed premises. *Journal of the Royal Society of Medicine*, **83**: 176-177 (1990).
53. SINGLE, E. & TOCHER, B. Legislating responsible alcohol service. *British journal of addiction*, **87**: 1433-1444 (1992).
54. WHITEHEAD, P. ET AL. Collision behaviour of young drivers: impact of change in the age of majority. *Journal of studies on alcohol*, **36**: 1208-1223 (1975).
55. SALTZ, R.F. The introduction of DRAM shop legislation in the United States and the advent of server training. *Addiction*, **88**(Suppl.): 95-103 (1993).
56. RUIZ, E. *Prohibiting the consumption of alcohol in designated areas*. Edinburgh, Scottish Office, 1993.
57. Ross, H.L. *Confronting drunk driving*. New Haven, Yale University Press, 1992.
58. HOWELL, R. The impact of random breath tests in New South Wales. *Medical journal of Australia*, **1**: 616-621 (1983).
59. HOPE, T. *Implementing crime prevention measures*. London, H.M. Stationery Office, 1985.
60. JEFFS, B. & SAUNDERS, W. Minimising alcohol related offences by enforcement of existing legislation. *British journal of addiction*, **78**: 67-77 (1983).
61. BALDWIN, S. *Alcohol education and offenders*. London, Batsford Academic, 1990.
62. PARTANEN, J. & MONTONEN, M. *Alcohol and the mass media*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (EURO Reports and Studies, No. 108).
63. SAUNDERS, W. & SHOEBRIDGE, A. *Combating alcohol promotions*. Perth, Curtin University, 1992.
64. CASSWELL, S. ET AL. Changes in public support for alcohol policies: a community based campaign. *British journal of addiction*, **84**: 515-522 (1989).

65. *Alcohol and accidents*. London, British Medical Association, 1989.
66. HONKANEN, R. Alcohol in home and leisure injuries. *Addiction*, **88**: 939-944 (1993).
67. Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme. *Alcool et accidents*. Paris, La Documentation française, 1985.
68. DUNNE, F.J. Misuse of alcohol or drugs by elderly people. *British Medical journal*, **308**: 608-609 (1994).
69. HUNT, S. Building alliances – professional and political issues in community participation. *Health promotion international*, **5**: 179-185 (1990).
70. GIESBRECHT, N. ET AL., ED. *Research, action, and the community*. Rockville, MD, Office of Substance Abuse Prevention, 1990 (DHHS Publication 89.1651).
71. CASSWELL, S. & Gilmore, L. An evaluated community action project on alcohol. *Journal of studies on alcohol*, **50**: 339-346 (1989).
72. WALLACE, L. & BARROWS, D.C. Evaluating primary prevention: the California “winners” alcohol programme. *International journal of community health education*, **3**: 307-336 (1983).

Autoři českého vydání

MUDr. Hana Sovinová, PhDr. Ladislav Csémy, prim. MUDr. Karel Nešpor CSc.

Překlad

MUDr. Ivana Suchardová

Grafická úprava

Luděk Rohlík

Odpovědná redaktorka

Mgr. Dana Fragnerová

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10 ve společnosti

Centrum zdraví - Praha, s. r. o., U družstva Repo 5, Praha 4

Vytiskl Jiří Bílek - GEOPRINT, Krajinská 1110, Liberec

1. vydání, Praha 2002

© Státní zdravotní ústav

NEPRODEJNÉ