

Posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji

Alcohol related harm in Slovenia

Katja Kovše, Sonja Tomšič, Barbara Mihevc Ponikvar, Petra Nadrag

Inštitut za varovanje
zdravja RS

Korespondenca/ Correspondence:

Katja Kovše, Inštitut
za varovanje zdravja
RS, Trubarjeva 2, 1000
Ljubljana, e-mail: katja.
kovse@ivz-rs.si

Ključne besede:

alkoholu pripisljivi vzroki,
ciroza jeter, umrljivost,
hospitalizacije, socialno-
ekonomski dejavniki

Key words:

alcohol induced
disorders, liver cirrhosis,
mortality, hospitalization,
socioeconomic factors

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2012;
81: 119–27

Prispelo: 17. avg. 2011,
Sprejeto: 21. dec. 2011

Izvleček

Izhodišča: Uživanje alkohola je eden glavnih preprečljivih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, poškodbe in nasilje. Z uživanjem alkohola je vzročno povezanih več kot 60 različnih bolezni in poškodb. Za nekatere bolezni je uživanje alkohola edini vzrok in so zato alkoholu neposredno (stoodstotno) pripisljive.

Metodologija: V prispevku smo analizirali podatke o umrljivosti in hospitalizacijah prebivalcev Slovenije zaradi posledic tveganega in škodljivega uživanja alkohola. Podatke smo pridobili iz uradnih statističnih zbirk podatkov »Zdravniška poročila o umrlih osebah« in »Evidenca bolezni, poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici«. Prikazujemo stanje v državi v letih 2007–2009 s primerjavo med spoloma in med slovenskimi regijami. S podatki o umrljivosti v letih 2004–2008 prikazujemo tudi vpliv socialno-ekonomskih neenakosti na umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji. Za bivariatno analizo povezanosti med spremenljivkami smo uporabili test hi-kvadrat.

Rezultati: Zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je bilo v letih 2007–2009 v Sloveniji v povprečju na leto 811 smrti, od tega v povprečju 509 pred 65. letom starosti (4,4 % vseh smrti in kar 12,3 % prezgodnjih smrti), 3799 hospitalizacij ter 90.589 bolnišničnih dni (1,3 % vseh hospitalizacij in 3,8 % vseh bolnišničnih dni v državi na leto). Pri moških je relativno tveganje za smrt in za hospitalizacijo zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov večje kot pri ženskah, prav tako imajo večje relativno tveganje tudi prebivalci vzhodne kohezijske regije v primerjavi s prebivalci zahodne kohezijske regije. Po posledicah izstopa Spodnjeposavska statistična regija. Umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je v Sloveniji največja med prebivalci najmanj razvitih občin in se s povečevanjem razvitosti občin zmanjšuje.

Zaključki: Tvegano in škodljivo uživanje alkohola v Sloveniji je velik javnozdravstveni problem in prispeva k neenakostim v zdravju, zato bi morali okrepiti dejavnost za zmanjševanje z alkoholom povezanih posledic.

Abstract

Background: Alcohol consumption is one of the major avoidable risk factors for chronic diseases, injuries and violence. Overall there is a causal relationship between alcohol consumption and more than 60 types of disease and injury. For some of them alcohol is the only possible cause and so they are wholly (100 %) attributable to alcohol.

Methods: We have analysed the data on mortality and hospitalisation of Slovenian citizens because of causes wholly attributable to alcohol. We used mortality and hospitalisation data from the National Institute of Public Health's health-care databases »Database of Death certificates« and »Data on in-hospital treatments for diseases, injuries and poisoning«. We present the situation in Slovenia in the period from 2007 to 2009 with gender and regional differences analysis. With the mortality data for the period from 2004 to 2008 we also present the impact of socio-economic differences on the mortality wholly attributable to alcohol consumption in Slovenia. For bivariate analysis of the connection between variables we used Chi-square test.

Results: In the period from 2007 to 2009 there were on average 811 deaths, of which 509 were premature (4.4 % of all deaths and 12.3 % of all premature deaths), 3799 hospitalisations and 90,589 hospital days (1.3 % of all hospitalisations and 3.8 % of all hospital days in the country in a calendar year) because of causes wholly attributable to alcohol in Slovenia. Men have higher relative risk for death and for hospitalisation because of causes wholly attributable to alcohol

than women, and also residents of Eastern Slovenia have higher relative risk than residents of Western Slovenia. Wholly alcohol-attributable mortality is the biggest among residents of the least developed municipalities and is decreasing with the increase of municipality development.

Conclusions: Hazardous and harmful alcohol consumption is a big public health problem in Slovenia and it contributes to health inequalities, so activities to reduce its consequences should be increased.

1. Uvod

Uživanje alkohola je eden glavnih preprečljivih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, poškodbe in nasilje, ki pomembno prispeva h globalnemu bremenu bolezni. Alkoholu pripisljivo breme bolezni je povezano tako s povprečno količino popitega alkohola, ki presega mejo manj tveganega pitja (čezmerno uživanje alkohola), kot tudi z vzorcem pitja, predvsem z epizodami visoko tveganega opijanja, ko se ob eni priložnosti popije večja količina alkohola.¹ Posledice dalj časa trajajočega čezmernega uživanja alkohola so različne kronične bolezni (npr. ciroza jeter, rak),² visoko tvegano opijanje pa je v večji meri povezano s kratkoročnimi posledicami, predvsem s poškodbami.³⁻⁵ Pivec v opitem stanju s povzročitvijo prometnih nezgod ali nasilja ter z negativnim vplivom na sodelavce, sorodnike, prijatelje in tujce predstavlja tveganje tudi za druge ljudi.⁶ Alkohol je eden glavnih dejavnikov tveganja za nasilje v družini, žrtve pa so pogosto tudi otroci.⁷ Na razvoj otroka lahko vpliva materino pitje alkohola med nosečnostjo ali dojenjem.⁸ Posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola zaradi stroškov v zdravstvu, kazenskem sodstvu, prometnem sektorju in socialnem varstvu ter zaradi zmanjšane ali izgubljene delovne produktivnosti zaradi bolezni ali smrti nosi tudi celotna družba.⁶

Globalno smo v letu 2004 alkoholu pripisali 3,8 % vseh smrti (6,3 % pri moških in 1,1 % pri ženskah) in 4,6 % vseh izgubljenih zdravih let življenja zaradi prezgodnje smrti in zmanjšane telesne zmožnosti (*angl.* Disability-Adjusted Life Year, DALY), (7,6 % pri moških in 1,4 % pri ženskah),¹ medtem ko podatki za leto 2002 kažejo, da je v Sloveniji alkohol vzrok za 6,5 % vseh smrti in za 11,4 % vseh izgubljenih zdravih let življenja.⁹ Alkoholu pripisljivo breme bolezni je večje

med mlajšimi starostnimi skupinami.¹ V Sloveniji smo leta 2002 zaradi z alkoholom povezanih prezgodnjih smrti ali manjzmožnosti izgubili kar približno 32.200 zdravih let življenja.⁹

Delež alkoholu pripisljivih smrti in izgubljenih zdravih let življenja je največji v Evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki ima tudi največjo porabo alkohola na prebivalca na svetu.¹ Po podatkih SZO se Slovenija po skupni registrirani in neregistrirani porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami EU, in sicer za Češko, Madžarsko, Estonijo in Romunijo.¹⁰ Nad povprečjem držav članic EU je tudi Slovenija po starostnostandardizirani stopnji umrljivosti zaradi izbranih, alkoholu pripisljivih vzrokov.⁹ Po umrljivosti in po številu izgubljenih zdravih let življenja na 100.000 prebivalcev zaradi ciroze jeter, ki je v veliki meri posledica tveganega in škodljivega uživanja alkohola (uživanje alkohola, ki bo verjetno sčasoma privedlo do zdravstvenih ali drugih škodljivih posledic, in uživanje alkohola, ki je že privedlo do zdravstvenih posledic), pa se uvršča na tretje mesto, takoj za Madžarsko in Romunijo.¹¹

Čeprav breme alkoholu pripisljivih posledic izhaja iz socialno-ekonomskih neenakosti, pa po drugi strani alkohol dodatno prispeva tudi k neenakostim v zdravju. Tuje raziskave kažejo, da je alkoholu pripisljivo breme bolezni večje pri moških kot pri ženskah, čeprav so ženske bolj občutljive na posledice pitja,⁸ kar je posledica tega, da moški pijejo več alkohola kot ženske^{12,13} in ga tudi pogosteje uživajo na tvegan način.^{14,15} Jasne razlike v posledicah tveganega in škodljivega uživanja alkohola so tudi med socialno-ekonomskimi sloji prebivalstva, saj so le-te pogostejše med pripadniki nižjega socialno-ekonomskega sloja.¹⁶⁻²²

Namen naše raziskave je bil z nekaterimi epidemiološkimi podatki prikazati breme z

Tabela 1: Alkoholno neposredno pripisljivi vzroki (diagnoze MKB-10).²³

duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10.0–F10.9)
degeneracija živčevja zaradi alkohola (G31.2)
alkoholna polinevropatija (G62.1)
alkoholna miopatija (G72.1)
alkoholna kardiomiopatija (I42.6)
alkoholni gastritis (K29.2)
alkoholna bolezen jeter (K70.0–K70.9)
kronični alkoholni pankreatitis (K86.0)
oskrba matere zaradi poškodbe plodu zaradi alkohola (O35.4)
plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega uživanja alkohola (P04.3)
fetalni alkoholni sindrom (Q86.0)
prisotnost alkohola v krvi (R78.0)
toksični učinki alkohola (T51.0, T51.1, T51.9)
izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim (X45, X65, Y15)

alkoholom povezanih zdravstvenih posledic in ugotoviti, ali alkohol tudi v Sloveniji prispeva k neenakostim v zdravju, ter opredeliti skupine prebivalcev, ki imajo večje tveganje za z alkoholom povezane posledice. Testirali smo hipotezo, da imajo večje tveganje za posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji moški, prebivalci vzhodne Slovenije in prebivalci z nižjim socialno-ekonomskim položajem.

2. Metodologija

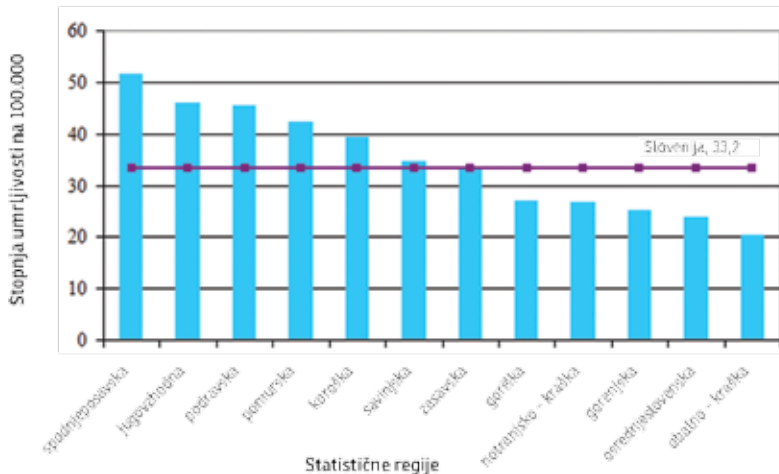
V prispevku podajamo analizo posledic tveganega in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji. Odločili smo se, da posledice prikažemo s pomočjo povprečne letne stopnje umrljivosti in hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov (bolezni in zastrupitve, ki nastanejo izključno zaradi uživanja alkohola) v Sloveniji v obdobju med letoma 2007 in 2009. V analizi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov smo združili diagnoze Desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10), ki so neposredno (stoodstotno) pripisljive alkoholu (Tabela 1).²³ Podatke

smo pridobili iz uradnih statističnih zbirk podatkov, ki jih upravlja Inštitut za varovanje zdravja RS: »Zdravniška poročila o umrlih osebah« (Baza umrlih) in »Evidenca bolezni, poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici« (BOLOB), obdelali pa smo jih s pomočjo statističnega programskega paketa SPSS™ v.18.0.

Pri primerjavi stopenj umrljivosti in hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov med spoloma in med kohezijskimi regijami smo iz starostnostandardiziranih stopenj izračunali hipotetično absolutno število primerov smrti oz. hospitalizacij, ki bi jih imeli v posamezni skupini prebivalstva, če bi njena starostna struktura ustrezala starostni strukturi standardne Evropske populacije. Ta števila smo uporabili za izračun relativnega tveganja in statistične značilnosti v programu StatCalc (test hi-kvadrat), dostopnem v sklopu programske opreme EpiInfo verzije 3.5.1.

Analizo umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov po socialno-ekonomskem položaju smo naredili z združitvijo slovenskih občin v pet skupin glede na koeficient razvitosti občin. S koeficientom razvitosti občin,* ki je razmerje med povprečno razvitostjo občin v državi in razvitostjo določene občine, opredeljujemo razvitost posamezne občine kot merilo za državno sofinanciranje investicij občin. Merila za razvitost občin so opredeljena v Zakonu o spremembah in dopolnitvah Zakona o financiranju občin.²⁴ Najmanj razvite občine (Skupina 1) so občine s koeficientom razvitosti, ki je manjši od 0,9 (te so upravičene do največjega sofinanciranja s strani države), nekoliko bolj razvite občine (Skupina 2) imajo koeficient razvitosti med 0,9 in 1,00, še nekoliko bolj razvite (Skupina

* Razvitost posamezne občine izračunamo ob upoštevanju kazalnikov razvitosti občine (bruto dodana vrednost gospodarskih družb na zaposlenega, osnova za dohodnino na prebivalca in število delovnih mest na število delovno aktivnega prebivalstva občine), kazalnikov ogroženosti občine (indeks staranja prebivalstva občine ter stopnja registrirane brezposelnosti in stopnja delovne aktivnosti na območju občine) ter kazalnikov razvojnih možnosti (kazalnik oskrbljenosti z dobrinami in storitvami javnih komunalnih služb, kazalnik opremljenosti s kulturno infrastrukturo, delež območij Natura 2000 v občini in kazalnik poseljenosti občine).²⁴



Slika 1: Starostnostandardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev na leto po statističnih regijah, Slovenija 2007–2009 (Vir: Baza umrlih).

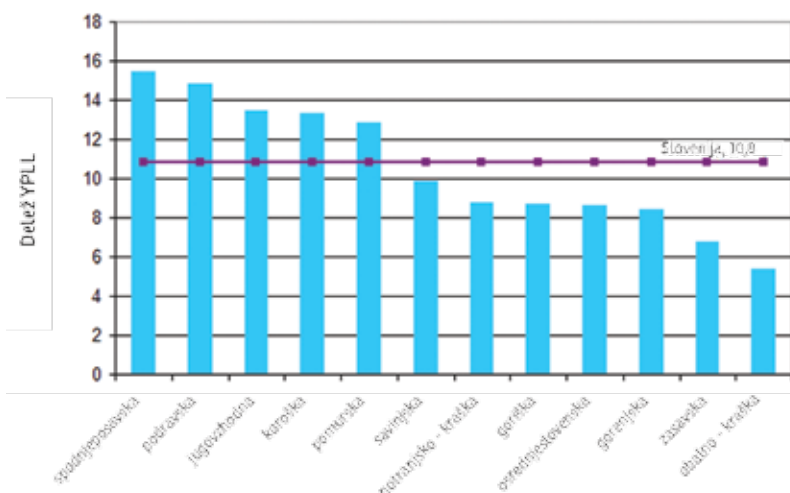
3) med 1,00 in 1,10, še nekoliko bolj (Skupina 4) med 1,10 in 1,20, najbolj razvite občine (Skupina 5) pa imajo koeficient razvitosti, ki je večji od 1,20. Za teh pet skupin občin smo izračunali starostnostandardizirano stopnjo umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v letih 2004–2008.

3. Rezultati

3.1. Umrljivost

V Sloveniji je zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v letih 2007–2009 na leto v povprečju umrlo 811 oseb oz. 46,3 oseb na 100.000 odraslih prebivalcev, starih 15 let in več, od tega jih je skoraj 2/3 (v povprečju 509 oseb) umrlo pred 65. letom starosti. To je predstavljalo 4,4 % vseh smrti

Slika 2: Delež prezgodaj izgubljenih let življenja (YPLL) zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov smrti (glede na YPLL zaradi vseh vzrokov smrti v regiji) po statističnih regijah, Slovenija 2007–2009 (Vir: Baza umrlih).



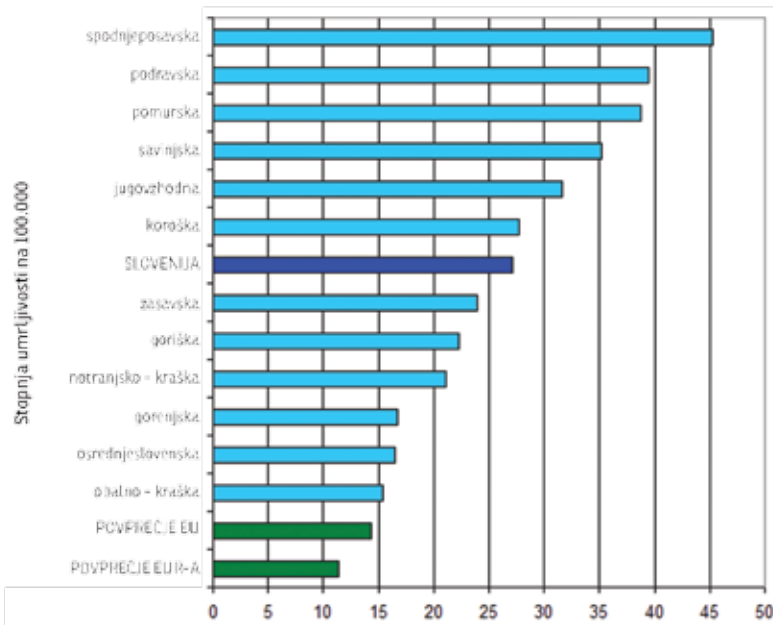
in kar 12,3 % vseh prezgodnjih smrti v državi v enem letu. Kar 74 % smrti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je bilo zaradi alkoholne bolezni jeter, 17 % pa zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola.

Starostnostandardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je bila večja pri moških, ki imajo 3,84-krat (95 % CI = 3,45–4,26; $p < 0,05$) večje relativno tveganje za smrt zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov kot ženske.

Razlike v umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov so tudi med slovenskimi regijami. Prebivalci vzhodne kohezijske regije (pomurska, podravska, koroška, savinjska, zasavska, spodnjeosavska, jugovzhodna Slovenija in notranjsko-kraška statistična regija) imajo 1,71-krat večje relativno tveganje (95 % CI = 1,56–1,88; $p < 0,05$) za smrt zaradi teh vzrokov kot prebivalci zahodne kohezijske regije (osrednjeslovenska, gorenjska, goriška in obalno-kraška statistična regija). Starostnostandardizirana stopnja umrljivosti zaradi teh vzrokov je bila v letih 2007–2009 najvišja v spodnjeosavski statistični regiji (51,5), kjer je bila za 2,5-krat višja kot v regiji z najnižjo stopnjo (obalno-kraška regija, 20,3). Nad slovenskim povprečjem (33,2) so bile tudi vse statistične regije vzhodne kohezijske regije, razen notranjsko-kraške (Slika 1). Statistične regije se razlikujejo tudi po deležu prezgodaj izgubljenih let življenja (izgubljena leta življenja zaradi smrti pred 65. letom starosti) zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov. V Spodnjeosavski regiji lahko od vseh prezgodaj izgubljenih let življenja alkohola neposredno pripišemo 15,4 %, kar je 2,9-krat več kot v obalno-kraški regiji (Slika 2).

Kljub razlikam med regijami podatki SZO kažejo, da je umrljivost zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze v vseh slovenskih regijah višja od povprečja držav članic EU in evropskih držav z zelo nizko umrljivostjo otrok in odraslih (EUR-A) (Slika 3).⁹

V Sloveniji obstajajo tudi jasne socialnoekonomske razlike v umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov. Prebivalci občin z najmanjšim koeficientom razvitosti imajo 2,08-krat večje relativno



Slika 3: Starostno-standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze na 100.000 prebivalcev na leto, Slovenija po statističnih regijah ter povprečje držav članic EU in držav EUR-A, 2004 (Vir: HFA-DB).

Slika 4: Starostno-standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev na leto po skupinah občin od najnižjega (1) do najvišjega (5) koeficienta razvitosti občin, Slovenija 2004–2008 (Vir: Baza umrlih).

tveganje (95 % CI = 1,78–2,43; $p < 0,05$) za smrt zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov kot prebivalci občin z najvišjim koeficientom razvitosti. Starostnostandardizirana stopnja umrljivosti se zmanjšuje s povečevanjem koeficienta razvitosti (Slika 4).

3.2. Hospitalizacije

V letih 2007–2009 je bilo v Sloveniji na leto v povprečju 3.799 hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov, kar je 1,3 % vseh primerov hospitalizacij v Sloveniji v enem letu. Stopnja hospitalizacij je bila 213,1 na 100.000 odraslih prebivalcev na leto. Najpogostejši vzrok, ki je predsta-

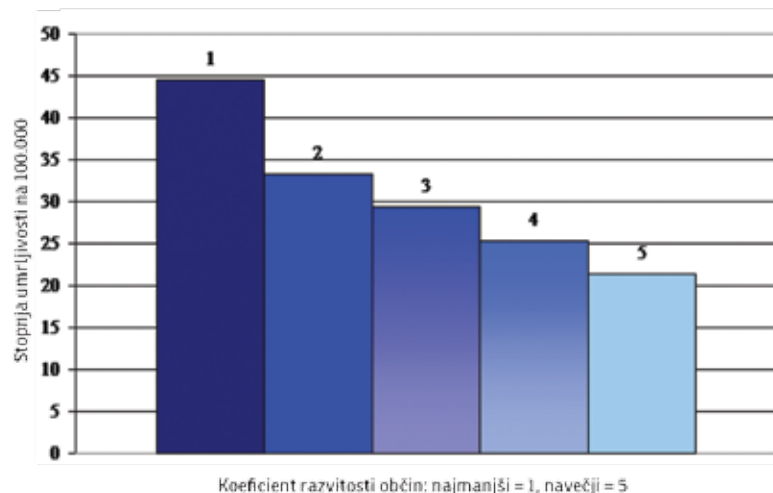
vljal 65,6 % primerov hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov, so duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, sledi alkoholna bolezen jeter (29,0 %). Hospitalizacije zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov so v povprečju letno prispevale 3,8 % vseh bolnišničnih dni (90.589 bolnišničnih dni), povprečno trajanje hospitalizacije zaradi teh vzrokov pa je bilo 24 dni.

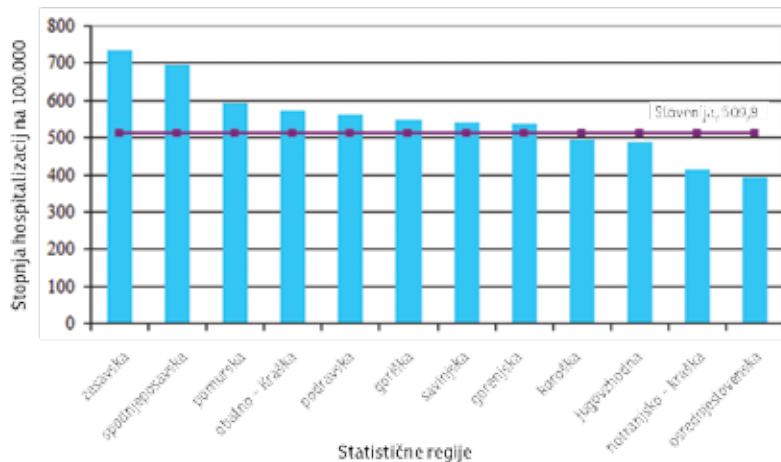
Starostnostandardizirana stopnja hospitalizacij je bila večja pri moških, ki imajo 3,14-krat (95 % CI = 3,00–3,28; $p < 0,05$) večje relativno tveganje za hospitalizacijo zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov kot ženske.

Razlike v starostnostandardiziranih stopnjah hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov obstajajo tudi med slovenskimi regijami. Prebivalci vzhodne kohezijske regije imajo 1,18-krat večje relativno tveganje (95 % CI = 1,14–1,23; $p < 0,05$) za hospitalizacijo zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov kot prebivalci zahodne kohezijske regije. Starostnostandardizirana stopnja hospitalizacij je bila v letih 2007–2009 najvišja v zasavski (733,2) in spodnjeposavski statistični regiji (695,4), najnižja pa v osrednjeslovenski regiji (389,8) (Slika 5).

4. Razpravljanje

V Sloveniji posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola spremljamo s podatki o umrljivosti in hospitalizacijah zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov. Ti so v Sloveniji v letih od 2007 do 2009 povzročili 811 smrti na leto, od tega skoraj dve tretjini smrti pred 65. letom starosti, 3.799 hospitalizacij in 90.589 bolnišničnih dni. Poleg alkohola neposredno pripisljivih vzrokov pa lahko številne bolezni in poškodbe alkohola pripišemo le v določenem deležu (alkohol je le eden od možnih vzrokov; npr. prometne nezgode in druge poškodbe, pri katerih je vzrok alkohol), vendar pa pri teh udeležbe alkohola v uradnih bazah podatkov v večini primerov ne spremljamo, zato jih nismo vključili v našo analizo. Na število hospitalizacij oziroma smrti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov vplivajo





Slika 5: Starostnostandardizirana stopnja hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev na leto po statističnih regijah, Slovenija 2007–2009 (Vir: BOLOB).

tudi drugi dejavniki, kot je npr. ugotavljanje in beleženje alkohola kot vzroka s strani zdravnikov pri postavljanju diagnoze ter kodiranje osnovnega vzroka smrti. Zdravniki se pri postavljanju z alkoholom povezane diagnoze srečujejo z različnimi težavami, kot je odpor do beleženja alkohola kot vzroka zaradi strahu pred stigmatizacijo bolnikov in njihove družine, nepoznavanje pивske zgodovine umrlega oz. bolnika ter pomanjkanje laboratorijskih testov za ugotavljanje kroničnega uživanja alkohola². Alkoholu neposredno pripisljive diagnoze tako pogosto zavajajo kot neopredeljene (npr. neopredeljena jetrna ciroza namesto alkoholne). Posledično lahko domnevamo, da so posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola večje, vendar pa jih zaradi subjektivnosti zgoraj naštetih parametrov težko ocenimo.

Primerljivi podatki Slovenijo uvrščajo v vrh držav članic EU tako po porabi alkohola kot tudi po posledicah tveganega in škodljivega uživanja alkohola.^{10,11} Nad povprečje držav članic EU se uvrščajo vse slovenske regije.⁹ To je med drugim tudi posledica zelo velike dostopnosti alkoholnih pijač v Sloveniji, saj je Slovenija vinorodna dežela, prisotno pa je tudi dolgoletno izročilo pridelovanja piva in žganja.²⁵ Poleg registrirane porabe je v Sloveniji še večji problem obsežna neregistrirana poraba alkohola iz domače proizvodnje. Tudi okolje je v Sloveniji zelo naklonjeno pitju alkohola in opijanju,²⁶ stališča in navade pa ljudi še spodbujajo k pitju alkohola.²⁷ Javnost je tudi slabo ozaveščena

o negativnih učinkih alkohola na zdravje. Zato je potrebno oblikovati bolj odgovoren odnos do alkohola v družbi. Ob ozaveščanju splošne javnosti in političnih odločevalcev o tveganjih, povezanih z uživanjem alkohola, ter koristih učinkovitih ukrepov za zmanjševanje bremena z alkoholom povezanih posledic je potrebno tudi ustvariti okolje, ki bo ljudem olajšalo odločitev za zdrav življenjski slog in predvsem zmanjšati dostopnost alkoholnih pijač.^{28,29} Za zmanjševanje z alkoholom povezanih posledic je zelo pomembno tudi zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega uživanja alkohola, saj osebe, ko še niso zasvojene, ob primerni spodbudi in podpori veliko lažje spremenijo pivske navade kot že zasvojeni. Družinski zdravnik lahko s kratkimi nasveti in svetovanjem pivcem, ki še niso zasvojeni, učinkovito zmanjšuje posledice, saj ocenjujemo, da eden od osmih tveganjih ali škodljivih pivcev, ki so deležni kratkih ukrepov, zmanjša pitje alkohola na količino z majhnim tveganjem (še več pa jih o tem prične razmišljati in lahko porabo zmanjša kasneje) in da v enem letu preprečimo eno smrt, če je kratkih ukrepov v povprečju deležnih 282 tveganjih ali škodljivih pivcev.³⁰ Z vzgojo otrok in mladih za sprejemanje zdravih odločitev, s krepitvijo varovalnih dejavnikov ter programi, ki vplivajo na mladostnikovo zaznavanje razširjenosti in sprejemljivosti pitja med vrstniki, lahko vplivamo na zmanjševanje pitja med mladimi.

Z našo raziskavo smo potrdili hipotezo, da alkohol tudi v Sloveniji prispeva k neenakostim v zdravju, saj ugotavljamo statistično značilne razlike v posledicah tveganega in škodljivega uživanja alkohola med spoloma, med slovenskimi regijami in med različnimi socialno-ekonomskimi sloji prebivalstva. Večje tveganje za smrt in za hospitalizacijo zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov imajo moški in prebivalci vzhodne kohezijske regije, prav tako je večje tudi tveganje za smrt zaradi teh vzrokov pri prebivalcih občin z najnižjim socialno-ekonomskim položajem, merjenim s koeficientom razvitosti občin. Med statističnimi regijami po obravnavanih kazalnikih posledic izstopa Spodnjeposavska regija.

Razlike v posledicah, povezanih z alkoholom, med spoloma so, tako kot ugotavljajo tuje raziskave,¹²⁻¹⁵ tudi v Sloveniji povezane s pivskim vedenjem, saj je pri slovenskih moških tveganje za čezmerno pitje in tudi za visoko tvegano opijanje večje kot pri ženskah.³¹ Že med mladostniki pijejo dečki alkohol pogosteje kot dekleta. Prej tudi pričnejo piti ter se prvič opijejo pri nižji starosti v primerjavi z deklicami.²⁹ Ugotavljamo tudi pomembne razlike med slovenskimi regijami, ki bi jih kazalo bolje raziskati. Vsaj delno so razlike povezane s pivskimi navadami, saj prebivalci vzhodne kohezijske regije v večjem deležu pijejo čezmerno in se visokotvegano opijajo.³³ Na večje tveganje za posledice lahko vplivajo tudi drugi dejavniki, kot je npr. lažja dostopnost alkohola ali slabša kakovost doma izdelanega alkohola, ki lahko predstavlja tveganje za zdravje zaradi večje vsebnosti etanola, kontaminacije z metanolom ali s svincem ali vsebnosti nekaterih alkoholov, ki jih povezujejo z višjo stopnjo alkoholne bolezni jeter.²⁸ Vendar v Sloveniji nimamo učinkovitega nadzora nad domačo proizvodnjo in tudi ne podatkov o količini in kakovosti doma proizvedenega alkohola. Razlike med regijami bi lahko bile povezane tudi z razlikami v socialno-ekonomskem položaju, saj ugotavljamo, da so, tako kot drugod po svetu,¹⁶⁻²² tudi v Sloveniji posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola pogostejše med pripadniki nižjega socialno-ekonomskega sloja. Tudi v raziskavi Slovensko javno mnenje (1999) so ugotovili, da med odraslimi prebivalci Slovenije, ki so verjetno že odvisni od alkohola, izstopajo osebe brez izobrazbe in osebe iz spodnjega družbenega razreda.³⁴ Zato bi lahko pričakovali večje posledice v manj razvitih slovenskih regijah. Posledice so pri prebivalcih z nižjim socialno-ekonomskim položajem pogostejše deloma zaradi njihovih pivskih navad, saj tuje raziskave kažejo, da je nižji socialno-ekonomski položaj v razvitih državah večinoma povezan z večjim deležem tveganega pitja, predvsem visoko tveganega opijanja, med moškimi pa tudi čezmernega pitja.^{8,35-39} Pripadniki nižjega socialno-ekonomskega sloja so tudi bolj občutljivi za posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola zaradi bolj nevarnega

pivskega okolja, slabšega splošnega zdravstvenega stanja, prehranskega stanja ali življenjskih razmer.^{20,40-42} Domnevamo tudi, da po pojavu simptomov kasneje zmanjšajo pitje ali prenehajo piti kot pripadniki višjega sloja.²⁰ Po drugi strani lahko tudi posledice tveganega in škodljivega pitja prispevajo k nazadovanju v službi, dolgotrajni bolniški odsotnosti, invalidski upokojitvi in posledično nižjemu dohodku, ki povzroči zdr posameznika po socialno-ekonomski lestvici. Nekateri vzroki, kot so določene osebnostne lastnosti, vedenjske motnje ali težke življenjske izkušnje, pa so lahko skupni tveganeemu pitju in manjši zmožnosti za uspešno kariero.²⁰

5. Zaključek

Z našo raziskavo ugotavljamo, da je tvegano in škodljivo uživanje alkohola v Sloveniji pomemben javnozdravstveni problem. Z alkoholom je povezan tudi delež prezgodnjih smrti delovno aktivnega prebivalstva, pomembno pa prispeva tudi k neenakostim v zdravju. Zato je potrebno oblikovati bolj odgovoren odnos do alkohola v družbi, uvesti dokazano učinkovite ukrepe za zmanjševanje posledic tveganega pitja in zagotoviti učinkovit nadzor nad njihovim izvajanjem. Posebno pozornost je potrebno nameniti skupinam z večjim tveganjem (moškim, prebivalcem vzhodne Slovenije in prebivalcem iz nižjih socialno-ekonomskih slojev) ter raziskati vzroke za njihovo večjo ogroženost, pri tem pa oblikovati usmerjene pristope za zmanjševanje z alkoholom povezanih posledic.

Literatura

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet* 2009; 373: 2223–33.
2. World Health Organization. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Rehm J, et al. On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences. *Addiction* 1996; 91: 1615–21.
4. Bondy SJ. Overview of studies on drinking patterns and their reported consequences. *Addiction* 1996; 91: 1661–74.
5. Puddey IB, et al. Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors—A review. *Addiction* 1999; 94: 649–63.
6. World Health Organisation. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organisation, 2011. Dosegljivo 19.2.2011 na URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf.
7. Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini 2009–2014 (ReNPPND0914). UL RS 41/09.
8. Baumberg B, Anderson P. Alcohol in Europe—Report for European Commission. England: Institute of Alcohol Studies, 2006.
9. World Health Organization. European Health For All database 2010. Geneva: World Health Organization; 2010. Dosegljivo na: <http://data.euro.who.int/hfad/>
10. World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization; 2010. Dosegljivo na: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH>.
11. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. Dosegljivo na: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
12. Leifman HA. Comparative Analysis of Drinking Patterns in 6 EU Countries in the Year 2000. *Contemporary Drug Problems* 2002; 29: 501–48.
13. Mäkelä P, Gmel G, Grittner U, Kuendig H, Kuntzsch S, Bloomfield K, et al. Drinking and Gender Differences in Drinking in Europe: a Comparison of Drinking Patterns in European Countries. In: Bloomfield K, Ahlström S, Allamani A, Beck F, Helmersson Bergmark K, Csemy L, et al., eds. *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. Project Final Report*. Berlin: Charite Campus Benjamin Franklin; 2005.
14. Bloomfield K, Ahlström S, Allamani A, Choquet M, Cipriani F, Gmel G, et al. Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries. Berlin: Free University of Berlin (Institute of Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology); 1999. Dosegljivo na: <http://www.medizin.fuberlin.de/statistik/Gender&Alcohol/>
15. Ramstedt M, Hope A. The Irish drinking habits of 2002: Drinking and drinking-related harm, a European comparison. Dublin: Department of Health and Children; 2003.
16. Romelsjo A, Lundberg M. The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden. *Addiction* 1996; 91: 1307–23.
17. Leclerc A, Lert F, Fabien C. Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequality measures. *International Journal of Epidemiology* 1990; 19: 1001–10.
18. Lundberg O, Osterberg E. Klass och alkohol. Bidrar klasskillnader i alkoholrelaterad dödlighet till dödlighetsskillnaderna i Sverige? *Alkoholpolitik, Tidskrift för nordisk alkoholforskning* 1990; 7: 196–204.
19. Makela P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use to Socio-economic variation in mortality: register based follow up study. *British Medical Journal* 1997; 315: 211. Dosegljivo na: <http://www.bmj.com/content/315/7102/211.full>.
20. Mäkelä P. Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction* 1999; 94: 867–86.
21. Loxely W, Toumbourou JW, Stockwell T, Haines B, Scott K, Godfrey C, et al. The prevention of substance use, risk and harm in Australia. Canberra: National Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health; 2004.
22. Schmidt LA, Mäkelä P, Rehm J, Room R. Alcohol: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organisation; 2010.
23. Centers for disease control and prevention. About Alcohol Related Disease Impact (ARDI). Alcohol-Related ICD Codes. Atlanta: Centers for disease control and prevention; 2004. Dosegljivo na: <https://apps.nccd.cdc.gov/ardi/AboutARDICrosswalk.htm>
24. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o financiranju občin. Ur l RS 57/08.
25. Albreht T. Alkohol kot eden ključnih javnozdravstvenih problemov – od zavedanja o njegovi pomembnosti do pravih poti rešitve. *Zdrav Vest* 2011; 80: 227–229.
26. Ramovš J, Ramovš K. Pitje mladih: raziskava o pitju alkohola med mladimi v luči antropoloških spoznanj o omamah in zasvojenostih. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2007.
27. Kolšek M. Pogostnost pitja alkohola in piske navade osnovnošolcev v Sloveniji [doktorsko delo]. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2000.
28. World Health Organisation. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009. Dosegljivo 22. 2. 2011 na http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf.
29. Radoš Krnel S, Albreht T, Omerzu M, Švab I, Markič M. Mnenje akterjev o izvajanju aktivnosti na področju alkoholne politike v Sloveniji. *Zdrav Vest* 2011; 80: 458–468.
30. Kolšek M, urednik. Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi: alkohol in osnovno zdravstvo: evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v

- osnovnem zdravstvu (PHEPA). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino; 2006.
31. Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuš M, Jeriček Klanšček H. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011.
 32. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T, eds. HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2007.
 33. Kovše K, Truden Dobrin P. Epidemiološke raziskave o pivskem vedenju v Sloveniji. Dosegljivo na <http://www.ivz.si/>.
 34. Hovnik-Keršmanc M, Čebašek-Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999: rezultati raziskave. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2000.
 35. Mäkelä P, Holmila M, Kaukonen O. Päihtet ja päihdepolitiikka [Alcohol, drugs and policy]. In: Kangas I, eds. Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita; 2002.
 36. Knupfer G. The prevalence in various social groups of 8 different drinking patterns, from abstaining to frequent drunkenness: analysis of 10 U.S. surveys combined. *British Journal of Addiction* 1989; 84: 1305–18.
 37. Greenfield T, Midanik L, Rogers J. A 10-year national trend study of alcohol consumption, 1984–1995: is the period of declining drinking over? *Am J Pub Health* 2000; 90: 47–52.
 38. Midanik L, Clark W. The demographic distribution of US drinking patterns in 1990: description and trends from 1984. *Am J Pub Health* 1994; 84: 1218–22.
 39. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'gender, culture and alcohol problems: a multi-national study'. *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41: i26–i36.
 40. Menke R, Streich W, Rossler G, Brand H. Report on Socio-Economic Differences in Health Indicators in Europe: Health Inequalities in Europe and the Situation of Disadvantaged Groups. Bilthoven, the Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2003.
 41. Mezey E. Dietary fat and alcoholic liver disease. *Hepatology* 1998; 28: 901–5.
 42. Menke R, Streich W, Rossler G, Brand H, eds. Report on Socio-Economic Differences in Health Indicators in Europe: Health Inequalities in Europe and the Situation of Disadvantaged Groups. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2003.