

Obravnava odvisnika od alkohola v ambulanti

Avtor:

prim. prof. dr. Marjan Bilban, dr. med. spec. MDPŠ

ZVD Zavod za varstvo pri delu d.o.o.

DOKAZOVANJE ZLORABE ALKOHOLNIH PIJAČ

Poleg tega, da vsakega pacienta ob pregledu povprašamo tudi o njegovem odnosu do alkohola ter v določenih primerih, ko posumimo na tvegano ali škodljivo pitje alkohola ali celo zasvojenosti, izpolnimo tudi AUDIT (ali CAGE) vprašalnik, smo pri kliničnem pregledu posebej pozorni na različne spremembe, ki bi lahko bile posledica pitja alkohola (tako na telesnem kot tudi na duševnem in drugih področjih človekovega bivanja).

ALKOHOL – DRUŽINA – DELO

Prekomerno pitje je lažje prikriti v delovnem okolju kot v družini oz. se družinska disfunkcionalnost razvije pred poklicno disfunkcionalnostjo. Alkoholik na delovnem mestu v prvih letih svoje bolezni pogosto funkcionira hiperkompenzirano, uspešno skriva svoje probleme s pitjem, alkohol konzumira običajno po končanem delu ali po zaključku službenih obveznosti. Glede na vrstni red socialnih komplikacij se delovna disfunkcionalnost pojavi po družinski disfunkcionalnosti, a pred popolnim družbenim zlomom in v končnici resnih zdravstvenih komplikacij. Prav zaradi tega vrstnega reda so osebni zdravniki najpogosteje prvi, ki se srečajo s tovrstno problematiko in bi se morali dovolj zgodaj, dokler ima delo še terapevtski učinek, povezati z zdravnikom medicine dela ter skupaj pomagati bolniku.

ANAMNEZA

Pri pregledu moramo biti pozorni na znake pitja alkohola pred kratkim časom (zadah po alkoholu) in znake zastrupitve z alkoholom, abstinenčno krizo, pa tudi na znake upada splošnega funkcioniranja, kot sta slaba higiena in zanemarjenost. Težave zaradi pitja alkohola se lahko kažejo na številne načine, zato moramo pomisliti na možnosti škodljivega pitja alkohola pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo, dislipidemijo, putiko, težavami z želodcem, pankreatitisom, jetrno okvaro (že ob zvečanih jetrih), nekaterimi spremembami na koži (rdečica ali zabuhlost obraza, pajkasti nevusi na prsnem košu), pogostejšimi poškodbami (razvidnimi izbolniškegastaleža ali posledic, npr. brazgotin na koži), depresijo, anksioznostjo, nespečnostjo, motnjami v spolnem življenju, samomorilnimi težnjami, motnjami spomina, motnjami zbranosti, nerazložljivim slabim splošnim zdravstvenim stanjem, ponavljajočimi se krajšimi nejasnimi bolezenskimi stanji, znaki abstinenčnega

sindroma (tremor, razdražljivost, krči, slabost, bruhanje), težavami v družini, katere člani imajo ponavljajoče se telesne in duševne težave, težavami v družini in/ali na delovnem mestu, z drugimi oblikami zlorabe psihotropnih snovi, vključno s predpisanimi psihofarmakološkimi učinkovinami, in pri bolnikih, pri katerih zdravljenje neke bolezni ni tako uspešno, kot bi pričakovali (arterijska hipertenzija).

Pitje alkohola razdelimo v sledeče kategorije:

Manj tvegano pitje verjetno ne bo privedlo do težav in okvar zdravja.

Manj tvegano pitje je, če moški popije do 14 enot (140 g) tedensko (npr. 2 dcl vina dnevno) in ne več kot 5 enot (50 g) ob eni pivski priložnosti in ženska do 7 enot (70 g) tedensko (npr. do 1 dcl vina dnevno) in ne več kot 3 enote (30 g) ob eni pivski priložnosti.

Tvegano pitje je način pitja alkoholnih pijač, ki bo verjetno sčasoma privedel do težav, kar predstavlja povečano tveganje. Tak pivec pije preko meja manj tveganega pitja alkohola ter posledično nosi določena tveganja za pivčevo zdravje (moški več kot 40 g alkohola na dan in 140 g alkohola na teden in ženske več kot 20 g alkohola na dan in 70 g alkohola na teden).

Škodljivo pitje alkohola (F10.1 po MKB 10) je tisto, ko že lahko ugotovimo posledice oz. težave zaradi pitja alkohola, vendar še ni izražena odvisnost (moški več kot 60 g na dan in ženske več kot 40 g na dan). Povzroča škodo telesnemu in duševnemu zdravju ali pa kakšno drugo škodo (družbeno, ekonomsko ...). Epizode pretiranega pitja (včasih imenovane popivanje), ki so lahko posebej škodljive za zdravje, lahko definiramo kot uživanje več kot 60 g alkohola ob eni priložnosti.

Sindrom odvisnosti od alkohola (alkoholizem – F10.2 po MKB 10). Zasvojenost z alkoholom je skupek fizioloških, vedenjskih in kognitivnih fenomenov, pri katerih pitje alkohola postaja vse pomembnejša prioriteta v življenju posameznika. Okarakteriziramo jo s sledečimi pojavi:

- » povečana potrebna količina alkohola za doseg učinkov alkohola (za enak učinek se povečuje količina zaužitega alkohola);
- » pojav odtegnitvenega sindroma ob prenehanju oziroma zmanjšanju pitja;

- » posameznik nadaljuje s pitjem kljub prisotnosti škodljivih posledic;
- » opušta druge aktivnosti in se osredotoča na način, kako bo dosegel stanje opitosti;
- » izguba razsodnosti in kontrole pri porabi alkohola, tako pri njegovi količini kot času zauživanja alkohola;
- » močna želja ali občutek nuje za pitje alkohola (vsaj trije znaki šestih meril v zadnjem letu morajo biti pozitivni za potrditev odvisnosti).

Za odvisnost je značilno tudi dejstvo, da se pri odvisni osebi, ki je prekinila obdobje abstinence, s ponovnim uživanjem alkohola simptomi odvisnosti znova pojavijo v mnogo krajšem času (v tednih, mesecih) kot takrat, ko se je odvisnost od alkohola šele razvijala (v letih).

V novejšem času se bolj uporablja naslednja delitev:

DSM verzija V: (Diagnostic and Statistical Manual ZDA 2015)

Naslednji znaki kažejo, da ima nekdo motnjo zaradi rabe alkohola (kot tudi zaradi drugih snovi, ki zasvojijo):

1. pitje večje količine alkohola ali pitje dlje časa, kot bi si človek sam želel;
2. večkratni neuspešni poskusi zmanjšanja ali prenehanja pitja alkohola;
3. veliko časa, porabljenega za iskanje priložnosti za pitje alkohola, za pitje samo in za okrevanje po pitju;
4. občutke hlepenja po alkoholu in občutek siljenja k pitju alkohola;
5. zaradi pitja alkohola ni narejeno, kar bi moralo biti tako doma kot v službi ali šoli;
6. nadaljevanje s pitjem alkohola, čeprav to povzroča problem v medosebnih odnosih;
7. zaradi uživanja alkohola opuščanje pomembnih aktivnosti v službi, osebnih odnosih in prostem času;
8. ponavljajoče se pitje alkohola, čeprav to človeka spravlja v nevarnost;
9. nadaljevanje s pitjem alkohola kljub zavedanju, da obstaja telesni in duševni problem, ki ga je pitje alkohola povzročilo, in se lahko zaradi pitja le-ta še poslabša;
10. potreba po večji količini alkohola za doseganje istega učinka (razvoj tolerance za alkohol);
11. razvoj odtegnitvenih znakov, če se preneha s pitjem alkohola, medtem ko pitje alkohola te znake odpravi.

Dva ali trije znaki kažejo, da zagotovo obstaja motnja – problem z uživanjem alkohola, ki pa še ni zelo intenziven, je blag. Štirje ali pet znakov kažejo, da gre za resno motnjo; pravimo, da je zmerne oblike. Šest ali več znakov pove, da gre za zelo resno motnjo; pravimo, da gre za hudo motnjo.

LABORATORIJSKI IZVIDI

Zgodnje odkrivanje čezmernega uživanja alkohola je pomembno zaradi usodnih posledic, ki jih alkohol pusti na človeškem organizmu in psiho-socialnem življenju. Zato ne preseneča dejstvo, da številni raziskovalci že vrsto let vztrajno iščejo idealni diagnostični pokazatelj, s katerim bi zanesljivo potrdili diagnozo zlorabe alkohola. Tak parameter bi bil klinični ali biokemični fenomen, ki bi specifično koreliral z navzočnostjo etanola ali njegovimi metaboliti, bil v neposredni povezavi z množino zaužitega etanola, dovolj občutljiv za povezavo med popito količino alkohola ter psiho-somatskim tveganjem in končno bi moral imeti določeno kinetiko skozi abstinenco obdobje. Vendar do zdaj še niso odkrili tako idealnega pokazatelja.

CDT (carbohydrate deficient transferrin)

Opisanim kriterijem se najbolj približa določanje transferina z zmanjšanim deležem ogljikovih hidratov (CDT: carbohydrate deficient transferrin) v krvnem serumu preiskovancev.

V krvi oseb, ki zaužijejo najmanj 60 g čistega alkohola na dan (750 ml vina ali 1750 ml piva ali 180 ml žganja) zaporedoma 14 dni, so našli izooblike transferina z manjšim številom sialinskih kislin (asialo, disialo in trisialo transferini), ki jih imenujemo CDT. Prav razlike v nabojih desializiranih izooblik transferina so osnova metodologiji določanja CDT.

Nastanek CDT povezujejo z vplivom acetaldehida (prvega metabolita etanola) na encim glikoziltransferazo tako, da v jetrih nastajajo poleg normalnega transferina tudi transferinske molekule z zmanjšanim deležem ogljikovih hidratov (moten je prenos sialinske kisline na molekulo transferina).

V zadnjem desetletju je bilo narejenih veliko raziskav o pomenu določanja transferina z zmanjšanim deležem ogljikovih hidratov (CDT) kot o biopokazatelju škodljive rabe alkohola. Zaradi dejstva, da je nastanek CDT neposredno odvisen od etanola ali njegovih metabolitov, so mu pripisovali veliko diagnostično vrednost (občutljivost 73 %, specifičnost 96 %).

Lažno pozitivne rezultate za % CDT so dobili pri osebah s primarno biliarno cirozo, s kroničnim aktivnim hepatitisom, pri genetskih D-oblikah transferina in pri osebah s CDG sindromom (glikoproteini z zmanjšanim deležem ogljikovih hidratov). Lažno negativne rezultate pa so beležili pri osebah, ki so pred odvzemom krvi uživale manj kot 60 g etanola na dan ali pa so uživale tako količino etanola na dan, vendar manj kot dva tedna. Glede na to, da je povišana vrednost za CDT neodvisna od tega, ali so jetra že okvarjena ali ne, je rezultat določitve % CDT pomemben za razlikovanje med alkoholno inducirano hepatopatijo ali jetrno boleznijo drugega izvora.

Podpora določanju % CDT v krvnem serumu za ugotavljanje zlorabe alkohola je dala s svojim priporočilom tudi organizacija FDA (Food and Drug Administration). Popularne jetrne encime (GGT, AST, ALT), ki so desetletja

služili kot biokemični pokazatelji škodljive rabe alkohola, FDA omenja le kot pokazatelje okvare jeter. Priporoča, da rezultate določitev GGT, AST in ALT upoštevamo skupaj z rezultatom določitve % CDT, ker se le-temu tako dvigne diagnostična občutljivost iz 73 % na 90 %.

Poleg določitve CDT in drugih novejših pokazateljev pri diagnozi škodljive rabe alkohola pomagajo nekateri rezultati rutinskih biokemičnih (GGT, AST, ALT, HDL-holesterol) in hematoloških preiskav (MCV) ter določanje koncentracije etanola in metanola v krvi.

GGT (gama glutamiltransferaza)

Koncentracija katalitične aktivnosti gama glutamiltransferaze (GGT) v serumu je povišana pri vseh jetrnih boleznih, kot soolestaza in ciroza različnega izvora, pri neoplazijah in pri toksičnih okvarah jeter zaradi alkohola, nekaterih zdravil ali kajenja tobaka. GGT ni samo jetrni encim, temveč ga najdemo tudi v ledvicah, pankreasu in prostati. Moški imajo skoraj za 50 % višje vrednosti GGT v serumu kot ženske, največ na račun GGT iz prostate. Enkratno čezmerno zaužitje alkohola nima vpliva na aktivnost GGT, pri kontinuiranem pitju alkohola pa je povečana aktivnost tega encima različna od osebe do osebe (občutljivost je le 50 %). Kinetika povečane aktivnosti GGT in ponovne normalizacije je v veliki meri odvisna od razsežnosti encimske indukcije in grobo korelira z okvaro jeter. Dva- do pettedenska abstinenca normalizira aktivnost GGT (če je le-ta pogojena z zlorabo alkohola).

AST (aspartat aminotransferaza) ALT (alanin aminotransferaza)

Prvi znak za propadanje jetrnih celic je povečana serumna koncentracija katalitične aktivnosti aspartat aminotransferaze (AST) in alanin aminotransferaze (ALT). Znano je, da so za okvaro jeter odgovorni različni povzročitelji, poleg tega na povečano aktivnost AST in ALT vplivajo tudi bolezni ostalih organov, zato so rezultati aktivnosti obeh encimov relativno nespecifični za diagnostiko alkoholizma. Pri alkoholni jetrni bolezni ima le razmerje aktivnosti AST:ALT, ki je večje od 2, diagnostično vrednost. Vzrok je alkoholna okvara mitohondrijev in gladkih mišic s sproščanjem AST v kri.

HDL-holesterol

Raziskave so pokazale, da je eden od nespecifičnih kazalnikov škodljive rabe alkohola povišana koncentracija HDL-holesterola. Visoke koncentracije HDL-holesterola v serumu preiskovanca zdravnika opozorijo, da je pri taki osebi pozoren na navade pitja alkohola.

MCV (medium volume eritrocite)

Srednji volumen eritrocitov (MCV) je pri velikem številu alkoholikov zvišan zaradi delovanja alkohola kot antagonist folatov. Povišane vrednosti MCV spremljajo tudi stanja s pomanjkanjem vitamina B12 ali folne kisline, jetrne bolezni, nekatera hematološka obolenja, hipotiroidizem, kajenje tobaka in jemanje antiepileptikov. Če povišani



Številni raziskovalci že vrsto let vztrajno iščejo idealni diagnostični pokazatelj, s katerim bi zanesljivo laboratorijsko potrdili diagnozo zlorabe alkohola.

vrednosti MCV botruje pitje alkohola, lahko pričakujemo normalizacijo po tri- do štirimesečni abstinenci (življenjska doba eritrocitov).

Etanol

Določanje koncentracije etanola v krvi, urinu ali izdihanem zraku ima pomen predvsem pri akutni intoksikaciji z alkoholom. Ker se alkohol po zaužitju hitro razgradi, enkratna določitev visoke koncentracije etanola v krvi ne more povedati ničesar o pogostnosti in trajanju škodljivega pitja alkohola. Če je koncentracija alkohola v krvi večja, kot bi ustrezalo klinični sliki opitosti, lahko posumimo na visoko toleranco in odvisnost od alkohola. O koncentraciji etanola v krvi in klinični sliki smo že razpravljali

Metanol

Običajno poleg etanola v krvi merimo tudi metanol, saj je najpogostejši spremljajoči alkohol in ga najdemo praktično v vseh alkoholnih pijačah. Po zaužitju alkoholne pijače se metanol absorbira nekoliko počasneje kot etanol ter se porazdeli po telesnih tekočinah in organih proporcionalno deležu vode v njih. Za presnovo metanola je pomemben encim alkoholdehidrogenaza. Večjo afiniteto do ADH-NAD

kompleksa ima etanol, zato presnova metanola poteče šele, ko pade koncentracija etanola v krvi pod 0,4 g/kg. Če prekinemo s pitjem alkoholne pijače za približno 24 ur, se za etanolom presnovi tudi metanol.

Kljub vsem pozitivnim lastnostim testa za določanje % CDT, ki predvsem po specifičnosti prekaša klasične laboratorijske preiskave (GGT, AST, ALT, MCV) kot potencialne indikatorje za škodljivo pitje alkohola, ne moremo uporabiti rezultata določitve % CDT kot edinega za ugotavljanje škodljive rabe alkohola. Raziskave so pokazale, da le kombinacija več laboratorijskih parametrov poveča diagnostično občutljivost in specifičnost, ki so posledično zdravniku v večjo pomoč pri izpeljavi diagnostike odvisnosti od alkohola. Željeno je, da tovrstno diagnostiko vodi usmerjeno izobražen zdravnik, ki lahko pravilno ugotovi tudi različne, z alkoholom povzročene bolezni, splošne okvare zdravja ali prizadetosti posameznih organov. Običajno zdravnik uporablja štiri osnovne diagnostične metode: anamnezo (razgovor), klinični pregled, laboratorijske preiskave, psihiatrično obravnavo (alkoholog). Nujno je, da zdravnik ne pozabi, da je treba diagnozo zlorabe alkohola ali odvisnosti od alkohola postaviti na podlagi skrbne anamneze in fizikalnega pregleda. Pri oceni bolnika v zvezi z odvisnostjo od kemične snovi se laboratorijske preiskave (tako biokemične kot hematološke, vključno z analizo urina) nikoli ne uporabljajo ločeno, ampak naj le podprejo ugotovitve iz anamneze in temeljitega fizikalnega pregleda bolnika. Zdravnik naj torej laboratorijske preiskave uporablja predvsem zato, da potrdi svoj klinični vtis o bolniku, in ne izključno na osnovi njihovih vrednosti.

V individualni diagnostiki pomenijo biokemični parametri dodatni diagnostični material, kljub temu, da sami zase niso specifični. Ob identifikaciji primerov v populaciji imajo večjo vrednost kot v diagnostiki posameznega primera. Ti postopki še vedno ne dajo specifičnega rezultata v skupini z alkoholom povzročenih okvar zdravja. V glavnem so pozitivni v primerih, ko tudi klinična diagnostika daje dovolj elementov, da se potrdi stanje, ko že obstajajo organski zapleti odvisnosti od alkohola. V diagnostičnem postopku zaostajajo za kompleksnimi diagnostičnimi postopki.

UKREPI

Kratki ukrepi so skupno ime za različne oblike svetovanja zdravnikov splošne/družinske medicine (in ne specialistov), ki so namenjeni pivcem, ki pijejo manj tvegano, tvegano oz. škodljivo (po vprašalniku AUDIT), torej niso zasvojeni z alkoholom. Ti ukrepi imajo za cilj zmanjšanje pitja in ne abstinence. Običajno so sestavljeni iz enega do štirih 5–15 minutnih razgovorov.

Kratki ukrepi se razlikujejo in so različno poimenovani glede na to, komu so namenjeni.

Informacija je namenjena pivcem, **ki pijejo manj tvegano**. Zdravnik pacienta pouči o mericah alkohola ter mu pove, koliko meric na dan/teden lahko spiže, da bo ostal v manj tveganem območju, poleg tega pa pove, kakšna so tveganja za zdravje ob presežku meje manj tveganega pitja (poškodbe, arterijska hipertenzija in srčno-žilne bolezni, jetrne bolezni, rak).



Kratek nasvet je namenjen **tveganim pivcem**, izvaja ga osebni zdravnik, običajno traja okoli 5 minut. Vsebuje naslednje elemente:

- » podajanje povratne informacije pacientu glede na njegove težave/klinične znake/izpolnjega vprašalnika AUDIT. To pomeni seznanitev pacienta z realnim stanjem oz. realno stopnjo njegovega pitja alkohola. Zdravnik mora poudariti resnost trenutnega stanja;
- » poučevanje pacienta o tveganjih za zdravje v primeru, če bo le-ta nadaljeval z tveganim pitjem;
- » pomoč pacientu postaviti cilj – spremembo pivskega vedenja;
- » predstavitev mejnih vrednosti – koliko lahko pacient popije, da bo postal in ostal manj tvegan pivec (št. meric alkohola in koliko meric je v posamezni pijači);
- » spodbuda pacienta – zdravnik mora pacienta spodbujati, ne sme pa ga prekomerno prepričevati, saj lahko to pri pacientu povzroči odpor.

Pri izvajanju/podajanju kratkega nasveta naj se zdravnik drži naslednjih tehnik, ki pripomorejo k učinkovitosti:

1. Bodi empatičen in ne obsojaj! Zdravnik mora vedeti, da se tvegani pivci pogosto ne zavedajo mej tveganega pitja ter tveganj, ki jih takšno pitje prinese. Pogovor naj bo sproščen, zdravnik naj sprejema bolnika takšnega,



Kratki ukrepi so skupno ime za različne oblike svetovanja zdravnikov splošne/ družinske medicine (in ne specialistov), ki so namenjeni pivcem, ki pijejo manj tvegano, tvegano oz. škodljivo (po vprašalniku AUDIT), torej niso zasvojeni z alkoholom.

kot je, vključno z njegovim trenutnim pivskim vedenjem. Pacient se najbolje odziva na iskreno skrb zdravnika ter njegovo podporo za spremembo.

2. Biti čim bolj spodbudno motivacijski in direkten v smislu fokusa na možnost spremembe! Ker ima zdravnik pri pacientu posebno avtoriteto zaradi svoje izobrazbe in izkušenj, ga pacienti običajno spoštujejo. Zato naj bo zdravnik jasen v izražanju, objektivni in oseben.
3. V primeru odklonilnega zanikanja (pacienti zanikajo dejstvo, da pijejo preveč, ker še niso pripravljeni na spremembo pivskega vedenja – to je lahko dobra informacija za zdravnika) si lahko pomagamo z izvidi pregledov in preiskav – pacienta povabimo, naj razložijo neskladje med medicinskim izsledkom in njihovim lastnim mnenjem.
4. Spremljanje. Glede doseganja ciljev v zvezi z zmanjševanjem pitja je potrebno spremljanje s strani zdravnika.

KRATEK POSVET – SVETOVANJE ZA SPREMEMBO

Namenjen je pivcem, ki pijejo škodljivo. Pri kratkem posvetu se uporabljajo isti osnovni elementi kot pri kratkem nasvetu, a so cilji posveta širše zastavljeni in obsežnejši. Takšno posvetovanje zato tudi traja dlje časa in je sestavljeno iz več seans kot kratek nasvet. Zdravstveni delavci, ki se ukvarjajo s takšnim svetovanjem, morajo obvladati posebne tehnike poslušanja in motivacijskega razgovora.

Poleg elementov kratkega nasveta (z njimi začnemo) vsebuje kratek posvet še element ovrednotenja pripravljenosti pacienta za spremembo ter prilagoditev ukrepov glede na to pripravljenost.

Tretji element kratkega nasveta je spremljanje: potrebno je odkrivanje znakov za recidiv ter prepoznavanje situacij, ki bi lahko ogrozile nadaljevanje procesa zdravljenja. Smiselno bi bilo periodično spremljanje stopnje ogroženosti (v katero skupino pivcev spada pacient). Pri pacientih, ki ne sodelujejo ter bistveno ne spremenijo pitja, je treba razmisliti o napotitvi na specialistični nivo.

V praksi kratek posvet obsega več kratkih pogovorov (5–15 min). Zdravnik poskuša ugotoviti, na kateri stopnji pripravljenosti za spremembo je bolnik, ter mu poskuša pomagati, da napreduje na višjo stopnjo. Pomembno je, da se zdravnik izogiba prepričevanju ter ne hiti – prezgodaj nagovarja bolnika k spremembi. Bolnik mora najprej sam pri sebi dozoreti za spremembo, zdravnik pa lahko ta proces spodbuja in ga nekoliko pospeši. Pogosto je koristno postaviti s pacientom vmesne cilje – postopno zmanjševanje pitja na manj tvegano raven, saj se previsoki cilji pacientu sprva ne zdijo uresničljivi. Uporabna strategija je tudi vodenje pivskega dnevnika in s tem prepoznavanje nevarnih situacij, v katerih pacient pije več kot običajno. Za takšne situacije je smiselno vnaprej poiskati načine, kako se jim izogniti oz. kako reagirati. Smiselno je tudi poiskati zanimive dejavnosti, s katerimi pacienti nadomestijo soočanje s pivskimi situacijami.

KRATKE INTERVENCE V MEDICINSKIH KONTEKSTIH

V medicinskih kontekstih velja kot učinkovit model motivacije za opuščanje škodljive navade model **FRAMES** (okvirji), ki sloni na motivacijskem intervjuju. S pacientom vodimo razgovor z naslednjimi temami:

1. informacija glede osebnega tveganja zaradi uživanja psihotropnih substanc – PTS (*»Feedback«*) – npr. glede na vaše izvide bi vas želel informirati, da to in to predstavlja tveganje za vaše zdravje ...;
2. odgovornost pacienta za spremembo vedenja (*»Responsibility«*) – npr. ali ste morda razmišljali, da bi želeli bolje poskrbeti za ...?; Seveda se boste vi odločili, kaj želite narediti ...;
3. svetovanje (*»Advice«*) – pri škodljivem uživanju PTS svetujemo vsaj zmanjšanje uživanja, pri začetni odvisnosti svetujemo abstinenco;
4. ponudimo različni spekter možnosti, kako to doseči (*»Menu«*) – npr. po dosedanjih izkušnjah so drugi ljudje dosegli to spremembo tako, da so bodisi ..., bodisi ..., bodisi ..., ali vam je katera od teh možnosti blizu?;
5. izkazovanje empatije za pacientovo situacijo, razumevajoče poslušanje (*»Expressing Empaty«*);
6. podpora pacientovi samoučinkovitosti (*»Self-efficiency«*); vzbujanje upanja, da je pacient zmožen spremeniti svoje vedenje.

REHABILITACIJA ZELO DEPRIVIRANIH ALKOHOLIKOV

Profesionalna rehabilitacija pri teh osebah je pogosto nemogoča, ker je rezultat zdravljenja skoraj vedno vprašljiv, remisije pa neadekvatne, kar pomembno vpliva na usvajanje novih veščin in znanj, potrebnih za delo na drugem delovnem mestu. Alkoholik, ki dolgo niti slišati noče o kakršnem koli zdravljenju, ob socialnih zapletih pogosto poišče pomoč zdravnika. Prižene ga upanje, da se bo s primerno dolgim bolniškim staležem izognil disciplinskemu pregonu. Delodajalci neradi posegajo po odpustu z alkoholom zasvojenega delavca, še posebej tedaj, ko gre za delavca, ki je bil v preteklosti dober delavec. Svetujejo mu, naj se gre zdraviti, in če na to pristane, ne sprožajo disciplinskega postopka. Če pa so strožji, mu dajo vedeti, naj ne prihaja na delo, dokler ne bo ozdravljen. Tak bolnik običajno izsiljuje bolniški stalež, saj mu sicer grozi izguba službe. Do takega staleža, če ni zdravstvenih razlogov zanj, delavec tudi ni upravičen, kajti njegovih disciplinskih prekrškov ne more pokrivati s sredstvi ZZZS. Dekompenzacija na delovnem področju je najbolj običajen in zelo uporaben trenutek za začetek zdravljenja. Vedeti moramo, da dokler ga zaposlenost še skrbi, še obstaja možnost za rehabilitacijo.

ZAKONODAJA

Osnovni zakon, ki posega na to področje, je **Zakon o varnosti in zdravju pri delu**.

S tem zakonom se določajo pravice in dolžnosti delodajalcev in delavcev v zvezi z varnim in zdravim delom ter ukrepi za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. V temeljnih načelih tega zakona je zapisano, da je delodajalec dolžan zagotoviti varnost in zdravje delavcev v zvezi z delom. V ta namen mora delodajalec izvajati ukrepe, potrebne za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev, vključno s preprečevanjem nevarnosti pri delu, z obveščanjem in usposabljanjem delavcev, ustrezno organiziranostjo ter s potrebnimi materialnimi sredstvi.

Delavec ima pravico do dela in delovnega okolja, ki mu zagotavlja varnost in zdravje pri delu, delovni proces pa mora biti prilagojen telesnim in duševnim zmožnostim delavca. Delovno okolje in sredstva za delo morajo, glede na naravo dela, delavcu zagotavljati varnost in ne smejo ogrožati njegovega zdravja. Delavec mora spoštovati in izvajati ukrepe za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. Delo mora opravljati s takšno pazljivostjo, da s tem varuje svoje življenje in zdravje ter življenje in zdravje drugih oseb. Delavec mora upoštevati predpisane varnostne ukrepe. Če ne ravna v skladu s tem, se šteje, da ogroža svojo varnost in zdravje ter varnost in zdravje drugih delavcev in zaradi tega huje krši obveznosti iz delovnega razmerja, zaradi česar mu lahko delovno razmerje preneha.

51. člen ZVZD-1: (prepoved dela pod vplivom alkohola, drog in drugih substanc)

1. Delavec ne sme delati ali biti na delovnem mestu pod vplivom alkohola, drog ali drugih prepovedanih substanc.
2. Delavec ne sme delati ali biti pod vplivom zdravil, ki lahko vplivajo na psihofizične sposobnosti, na tistih delovnih mestih, na katerih je zaradi večje nevarnosti za nezgode pri delu tako določeno z izjavo o varnosti z oceno tveganja.
3. Delodajalec ugotavlja stanje iz prvega odstavka tega člena po postopku in na način, ki sta določena z internim aktom delodajalca.
4. Delodajalec mora odstraniti z dela, delovnega mesta in iz delovnega procesa delavca, ki je delal ali je bil na delovnem mestu v nasprotju z določili prvega in drugega odstavka tega člena.

Zakon o delovnih razmerjih v poglavju o odgovornosti za delovne obveznosti govori, da je delavec disciplinsko odgovoren za kršitev delovnih obveznosti, ki jih določajo zakon, kolektivna pogodba oziroma splošni akt. Disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja se lahko izreče za vse hujše kršitve delovne obveznosti, določene z zakonom, kolektivno pogodbo oziroma splošnim aktom, če je bilo s storitvijo ali opustitvijo dejanja ogroženo življenje in zdravje delavcev ali drugih delovnih ljudi, povzročena ali bi lahko bila povzročena večja škoda, ogrožen ali bi lahko bil bistveno moten delovni proces v organizaciji oziroma pri delodajalcu ali kako drugače bistveno oteženo poslovanje organizacije oziroma delodajalca. Izvršitev disciplinskih ukrepov, denarne kazni in prenehanja delovnega razmerja se lahko pogojno odloži največ za dobo enega leta. Pogojno odložena izvršitev disciplinskega ukrepa se lahko preklic, če delavec v času iz prejšnjega odstavka stori hujšo kršitev delovne obveznosti ali če neupravičeno odkloni zdravljenje stanja zasvojenosti, ki je bilo razlog za ugotovitev njegove disciplinske odgovornosti. V poglavju o prenehanju delovnega razmerja piše, da delavcu preneha delovno razmerje tudi, če ob sklenitvi delovnega razmerja zamolči ali poda neresnične podatke, ki so pomembni za opravljanje dela, za katerega je sklenil delovno razmerje, in da mu delovno razmerje preneha, če mu je izrečen disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja.

Delavec mora vestno opravljati delo na delovnem mestu, za katerega je sklenil pogodbo o zaposlitvi v času in na kraju, ki sta določena za izvajanje dela, upošteva organizacijo dela in poslovanje pri delodajalcu. Delavec mora spoštovati in izvajati predpise o varnosti in zdravju pri delu ter pazljivo opravljati delo, da zavaruje svoje življenje in zdravje ter življenje in zdravje drugih oseb. V poglavju o izredni odpovedi piše, da lahko delodajalec delavcu izredno odpove pogodbo o zaposlitvi, če delavec krši pogodbeno ali drugo obveznost iz delovnega razmerja in ima kršitev vse znake kaznivega dejanja ter če delavec naklepno ali iz hude malomarnosti huje krši pogodbene in druge obveznosti iz delovnega razmerja.

Seveda pa je odgovornost za delovne obveznosti opredeljena tudi v internih pravilnikih o delovnih razmerjih. Tako je npr. v **Pravilnikih o delovnih razmerjih** lahko

zapisano, da se ukrep prenehanja delovnega razmerja izreče tudi za kršitve, če delavec krši predpise o varstvu pred požarom, eksplozijo, elementarnimi nesrečami, če krši predpise in opusti ukrepe za varstvo delavcev in če moti enega ali več delavcev v delovnem procesu, kar izrazito otežuje izpolnjevanje delovnih obveznosti. Ukrep prenehanja delovnega razmerja pa se lahko izreče tudi za naslednje kršitve: **prihajanje na delo v vinjenem stanju** ali pod vplivom prepovedanih drog, **uživanje alkohola ali prepovedanih drog med delom** ter povzročanje nereda ali pretepa. Delavca je mogoče začasno odstraniti z delovnega mesta, če je zoper njega uveden disciplinski postopek zaradi hujše kršitve delovnih obveznosti, za katero se lahko izreče ukrep prenehanja delovnega razmerja, ali pa, če s svojim ravnanjem ogroža svoje življenje ali zdravje ter življenje ali zdravje drugih oseb, materialna sredstva večje vrednosti ali če bi njegova prisotnost ogrozila nemoten in varen potek delovnega procesa ali poslovanja.

Vsak zaposleni mora imeti nedvoumno informacijo o tem, ali je uživanje alkoholnih pijač in/ali prepovedanih drog v njegovem podjetju dovoljeno ali ne. Če seveda dobro preberemo vso zakonodajo, je odgovor jasen in dileme več ne bi smelo biti. Pitje alkohola ali uživanje prepovedanih drog v delovnem procesu je absolutno prepovedano in tu ne more biti nikakršnih izjem, da se npr. dovoljuje pitje v sobi vodstvenih delavcev, pitje v obratu družbene prehrane ipd.

Natančno mora biti tudi dogovorjeno, kakšen je postopek ugotavljanja alkoholiziranosti na delovnem mestu. V nekaterih delovnih sredinah so že sprejeli posebne pravilnike o odreditvi in izvajanju preizkusa alkoholiziranosti v izdihanem zraku oziroma vpliva mamil ali psihoaktivnih sredstev. Seveda je najprej potrebna ustrezna pravna ureditev, torej ustrezen pravilnik o delovnih razmerjih, ki določa, kaj so hujše kršitve, ter da med njih uvršča tudi delo v vinjenem stanju ali pod vplivom psihoaktivnih snovi, prinašanje alkohola ali psihoaktivnih snovi na delo ali pomoč pri tem oziroma uživanje alkohola ali psihoaktivnih snovi med delovnim časom ter da se za tako hujšo kršitev lahko izreče ukrep prenehanja delovnega razmerja. Testiranje naj se izvede vedno, kadar obstaja sum na alkoholiziranost oziroma vpliv psihoaktivnih sredstev, pri vsaki nezgodi pri delu, pa tudi pri nevarnih dogodkih, ki so imeli za posledico le materialno škodo. Preizkus vedno zahteva nadrejeni delavec, ki je tudi odgovoren za varnost in zdravje pri delu vseh svojih podrejenih. Nadrejeni delavec svojo zahtevo tudi sporoči ustreznemu izvajalcu analize. Ustrezni izvajalec je pooblaščen delavec, ki ima za to ustrezno izobrazbo in pooblastilo. Lahko je to pogodbeni služba varovanja, lahko pa pri tem sodeluje tudi zdravnik medicine dela. Pri preizkusu naj bi bil vedno prisoten nadrejeni, ki je tudi zahteval preizkus, delavec, ki izvaja preizkus (služba varovanja itd.), v primeru, ko gre za nezgodo pri delu, pa tudi varnostni inženir oziroma delavec, ki je pooblaščen za varstvo pri delu. Za sam preizkus je potrebno, da so izdelana stroga navodila, ki jih vsi delavci poznajo, in da se vodi zapisnik, ki ga na koncu vsi, vključno s preizkušancem, tudi podpišejo. Če delavec odkloni podpis zapisnika iz razloga, da se ne strinja z rezultatom, se šteje, da je pod vplivom alkohola oziroma pod vplivom psihoaktivnih snovi. Prav tako se tudi šteje, da je delavec pod vplivom alkohola, če kaže znake alkoholiziranosti in odkloni preizkus. Za izvajanje preizkusa alkoholiziranosti

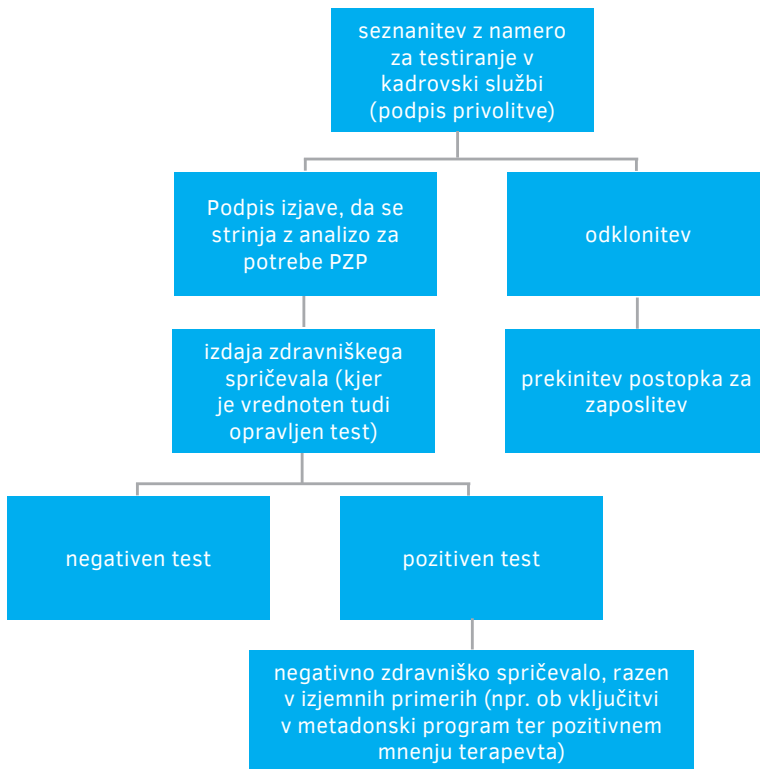
Osnovni zakon, ki posega na to področje, je Zakon o varnosti in zdravju pri delu.

oz. vpliva mamil oz. psihoaktivnih snovi v podjetjih, kjer nimajo ustrezno izobraženih delavcev oz. strokovnega osebja, se sklenejo pogodbe s pooblaščenimi organizacijami za opravljanje teh storitev. Če se s preizkusom ugotovi, da je delavec pod vplivom alkohola, ali z zdravniškim pregledom, da je pod vplivom mamil ali psihoaktivnih snovi, se delavcu ne dovoli opravljati dela oz. ga nadaljevati in se ga začasno odstrani z delovnega mesta, zoper njega pa poda zahteva za uvedbo postopka zaradi hujše kršitve delovnih obveznosti. Vinjeno osebo moramo odstraniti z delovnega mesta ter poskrbeti za varno pot do doma. Zavedati se je namreč treba, da vinjene osebe ne smemo odstraniti z delovnega mesta, ne da bi poskrbeli za njeno varnost na poti domov. Najpomembnejše je, da podjetje določi nekoga, ki ga pospremi do doma in na ta način prepreči morebitno nadaljnjo škodo, ki bi jo lahko alkoholizirani povzročil s svojim nekontroliranim ravnanjem. Delavca, ki uživa alkohol dolgotrajno in prekomerno, usmerimo na zdravljenje in mu po uspešno opravljenem zdravljenju pomagamo pri nadaljnji rehabilitaciji.

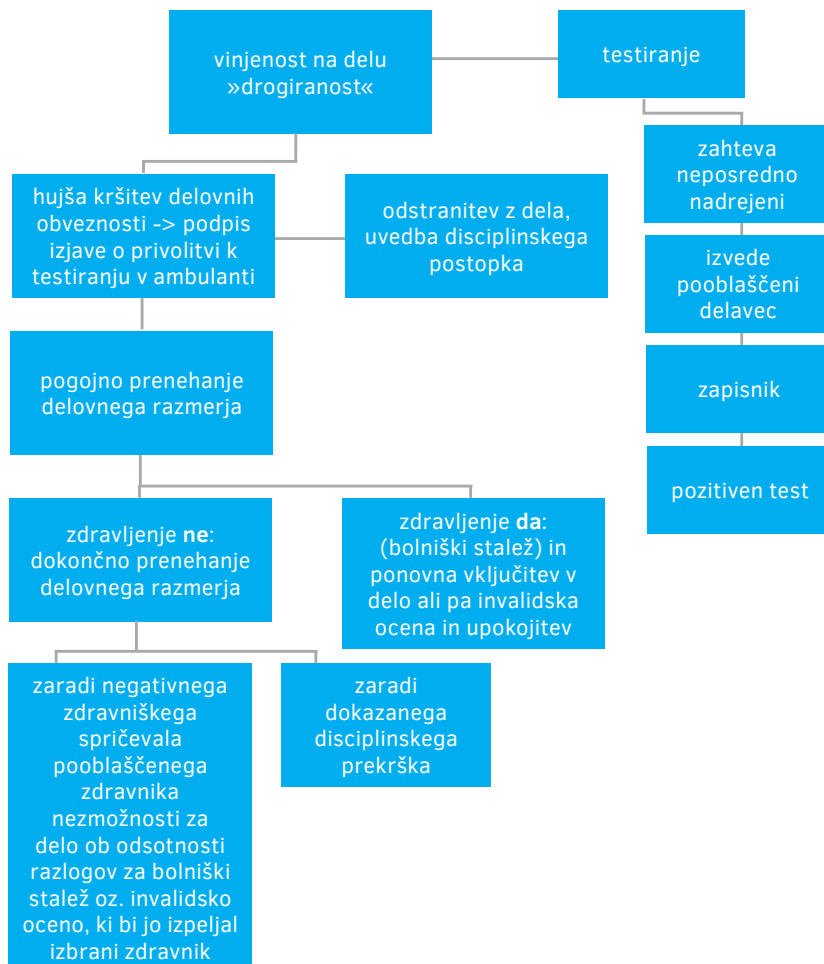
Enako se postopa tudi v primeru odklonitve preizkusa z alkotestom ali zdravniškega pregleda. Postopki preizkušanja alkoholiziranosti oz. dela pod vplivom mamil ali drugih psihoaktivnih snovi in rezultati teh postopkov so zaupnega značaja, zato je potrebno ravnati v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov.

Še posebej v zadnjih letih se vse bolj uporabljajo tudi postopki za testiranje na psihoaktivne substance oz. mamila. Ta postopek se najpogosteje uporablja že pri sprejemu na delo. Pri sprejemu na delo kandidat za delo opravi razgovor v kadrovske službi, kjer že izve za sklep podjetja o testiranju na psihoaktivne substance oz. mamila zaradi same narave dela. Če kandidat te pogoje sprejme, opravi na naslednji stopnji pregled v ambulanti medicine dela. Pred samim pregledom izpolni vprašalnik, ki vsebuje tudi vprašanja o uživanju psihoaktivnih zdravil in mamil. Nato v poteku samega pregleda pri zdravniku prebere in podpiše izjavo, da je seznanjen z odvzemom telesnih tekočin v namen omenjenega testiranja in da se z njim strinja. Z rezultati testiranja podjetje ni seznanjeno, vendar se v primeru pozitivnega izvida delavcu ne izda pozitivnega zdravniškega spričevala. V primeru, da se pacient s postopkom ne strinja in ne podpiše izjave, je to praktično enako pozitivnemu izvidu in ne dobi pozitivnega zdravniškega spričevala.

Slika 1: Algoritem predhodnega testiranja na psihoaktivne snovi (droge)



Slika 2: Algoritem testiranja zaposlenega na alkohol in/ali druge psihoaktivne snovi



JEMANJE ZDRAVIL IN PITJE ALKOHOLNIH PIJAČ

Akutna doza alkohola (ena sama pijača ali več pijač zapovrstjo v nekaj urah) lahko zavira razgradnjo zdravila, ker tekmuje z zdravilom za iste encime, ki so potrebni za razgradnjo obeh. Ta učinek alkohola podaljša in poveča razpoložljivost zdravila, s tem pa je pacient potencialno izpostavljen večjemu tveganju za škodljive stranske učinke zdravila. Nasprotno pa lahko kronično (dolgotrajno uživanje alkoholnih pijač) aktivira encime za razgradnjo alkohola ter s tem zmanjša razpoložljivost zdravila in posledično tudi njegov učinek. Ko so encimi enkrat aktivirani, ostanejo aktivirani tudi, če alkohola ni v krvi, in vplivajo na razgradnjo nekaterih zdravil še nekaj tednov po prenehanju pitja alkoholnih pijač. Zato bo oseba, ki je dolgo časa uživala alkoholne pijače, verjetno potrebovala večjo dozo zdravila kot oseba, ki alkohola ni uživala, da bi dosegla zdravilni učinek zdravila. Encimi, ki se aktivirajo pri kroničnem uživanju alkoholnih pijač, lahko spremenijo nekatera zdravila v strupene kemične snovi, ki lahko poškodujejo jetra in druge organe. Alkohol lahko okrepi zaviralni učinek sedativov in narkotikov v možganih, na mestu učinkovanja. Alkohol tako poveča sedativni (pomirjevalni) učinek pomirjeval in uspaval (zdravila iz skupine benzodiazepinov, barbituratov, antihistaminikov), močnih analgetikov (zdravila proti hudim bolečinam), nekaterih zdravil za zdravljenje povišanega krvnega tlaka in mišičnih relaksantov ter zdravil za zdravljenje duševnih motenj. Pri čezmernem uživanju alkohola je ta učinek lahko povečan celo do te mere, da izzove komo ali celo smrt. Zato ob jemanju teh zdravil ne smemo piti alkohola. Še posebej je potrebna pazljivost pri kombinaciji benzodiazepinov in alkohola. Tako alkohol kot benzodiazepini delujejo na isti efektorski sistem, da povzročajo sedacijo v centralnem živčnem sistemu, zato je sinergistični učinek pričakovan. Kot posledico hkratnega uživanja opazimo zaspanost in nepazljivost, zato se poveča možnost nezgod tako doma kot v prometu ali v delovnem okolju. Še posebej je ogrožena populacija starostnikov. Odvisniki pogosto jemljejo benzodiazepine zaradi anksioznosti in nespečnosti ter jutranji kozarček, brez katerega ne zmorejo funkcionirati. Pri opioidnih analgetikih zasledimo tako farmakodinamične in farmakokinetične interakcije z alkoholom. Kombinacija alkohola in metadona lahko povzroči zastoj dihanja in smrt. Akutna izpostavljenost alkoholu upočasni

metabolizem metadona in tako poveča njegove toksične učinke. Kombinacija alkohola s fenotiazini kot tudi ostalimi atipičnimi antipsihotiki poleg zaviralnega učinka na centralni živčni sistem poveča možnost pojava ekstrapiramidnega sindroma pri prvih in ortostatske hipotenzije pri drugih. Klinično pomembna je tudi farmakokinetična interakcija med inzulinom in alkoholom. Alkohol poveča izločanje inzulina in zmanjšuje glukoneogenezo, zato je potrebno paciente opozoriti na razvoj hipoglikemije ob kombinaciji alkohola in inzulina. Vnašanje alkohola pri diabetikih je povezano z nepredvidenim nihanjem serumske glukoze in tudi zato je smiselno priporočilo pacientom, da uporabo alkohola močno omejijo. Posamezniki, ki pijejo alkohol in jemljejo sulfonilureje, lahko razvijejo intoleranco na alkohol, ki se kaže kot občutek vročine, slabost, tahikardija in rdečica. V primeru akutnega vnašanja alkohola in paracetamola pride do tekmovanja med spojinama za isti encimski sistem in tako nastaja zelo reaktiven presnovek, ki je vzrok za hepatotoksičnost in nefrotoksičnost paracetamola. Alkoholiki pogosto jemljejo tudi antidepresive. Biorazpoložljivost tricikličnih antidepresivov se poveča ob akutnem vnašanju alkohola, kronično uživanje alkohola pa povečuje sposobnost eliminacije teh učinkovin.

DROGE

Če so pitje alkoholnih pijač, zloraba in celo odvisnost od njih zaradi dolgoletne tradicije in relativne popustljivosti do teh oseb v naši družbi dokaj sprejemljivi in večinoma pomilovanja vredni, pa odvisnost od drog ocenjujemo bistveno strožje oziroma z osebami, za katere menimo, da so odvisne, ne želimo imeti ničesar.

Že odvisni od alkohola si bo vse do trenutka, ko propade, oziroma ko se vda želji, da bi prenehal s pitjem, prizadeval obdržati delo, medtem ko za osebo, odvisno od drog,

nekako velja, da delo in služba nista v skladu s stereotipom zasvojenega uživalca. Nekdo, ki je zelo zasvojen in ki je globoko v vlogi uživalca, tudi težko obdrži službo. Delo je pri njem na drugem mestu, saj ima preveč opraviti z nakupom droge. Tudi dostopnost do alkohola je bistveno lažja, legalizirana, alkohol je praviloma tudi cenejši. Vendar tudi uživalci, ki delajo, niso redki. Kako je njim uspelo zadržati zaposlitev? Nekaterim delo uspeva, ker so samostojni, ker na delovnem mestu ni večje kontrole oziroma je delo nezahtevno. Lahko tudi, da si delodajalci nekatere napake razlagajo drugače, so do njih tolerantni ali pa imajo zaradi tega določene koristi (delavca, ki se boji odpusta, še bolj izkoriščajo). Druga možnost je uspešno prikrievanje: na delovnem mestu ni pod zaznavnim vplivom drog, »snifanje« namesto injiciranja, prenašanje krize na delovnem mestu, prikrievanje zunanjih znakov. Ob tem mora biti uživalec vedno na preži in živeti dvojno življenje (izraziti razcep med javno in zasebno identiteto ter nadzor nad razmerjem in stičnimi točkami med obema). Posledice te taktike so tudi omejevanje in kontroliranje uživanja ter velika motiviranost in zainteresiranost za ohranitev delovnega mesta.

Zaposlitev za zaposlene uživalce je predvsem osnova za preživetje, občasnim uživalcem in zasvojenim pa pomeni tudi možnost nakupa droge. Globoko zasvojenim seveda plača ni dovolj, vendar jo vzdržujejo tudi zato, ker jim zagotavlja neko osnovno socialno varnost (pa tudi zdravstveno varstvo). Drugim uživalcem delo ni vrednota, ne skrbita jih socialna varnost in pokojnina, redno delo se jim zdi preveč omejujoče, ali pa so službe, ki bi jih lahko dobili, nezanimive in premalo plačane. Nekateri opravljajo tudi priložnostna dela, ki so lahko dobro plačana in se podajo njihovemu življenjskemu slogu. Nekateri imajo za svojo zaposlitev celo kriminalne dejavnosti.

Tabela 4: Tveganje ob jemanju zdravil in sočasnem pitju alkoholnih pijač

Zdravila za zdravljenje	Zdravilo	Možne posledice sočasnega uživanja alkohola
strahu, zaskrbljenosti	benzodiazepini	zaspanost, vrtoglavica, povečana nevarnost prevelikega odmerka, zmanjšanje sposobnosti za vožnjo in upravljanje s stroji
motenj strjevanja krvi	antagonisti vitamina K	občasno pitje: notranje krvavitve; kronično pitje: nasproten učinek z nastajanjem krvnih strdkov, kapi in srčnih infarktov
prehlada, kašlja, gripe, alergije	antihistaminiki s sistemskim delovanjem, opijski alkaloidi, derivati piperazina	povečan učinek alkohola, zaspanost, vrtoglavica, povečana nevarnost prevelikega odmerka, zmanjšanje sposobnosti za vožnjo in upravljanje s stroji
depresije	neselektivni zaviralci privzema monoaminov in triciklični antidepresivi	zaspanost, vrtoglavica, povečana nevarnost prevelikega odmerka, povečan učinek alkohola
sladkorne bolezni	antidiabetiki na osnovi metformina	padec sladkorja v krvi (hipoglikemija), lahko se pojavijo tudi hitro bitje srca, hitre spremembe krvnega tlaka, krči, koma
zgage, prebavnih motenj	antagonisti H2 histaminskih receptorjev in propulzivi	povečan učinek alkohola, poveča tudi zaspanost in zmanjša sposobnost za vožnjo in upravljanje s stroji
okužb	sistemsko zdravljenje okužbe z Mycobacterium tuberculosis, sulfonamidi in metronidazol	hitro bitje srca, hitre spremembe krvnega tlaka, zmanjšana sposobnost za vožnjo in upravljanje s stroji, poškodbe jeter
bolečin (glavobol, mišične bolečine), artritis, povišane telesne temperature	acetilsalicilna kislina, NSAID in paracetamol	draženje želodca, krvavitve, ulkusi, poškodbe jeter
nespečnosti	benzodiazepini in benzodiazepinom sorodna zdravila (zolpidem)	zaspanost, vrtoglavica, koma, zastoj dihanja, zmanjšana sposobnost za vožnjo in upravljanje s stroji

Ocenjevanje delazmožnosti oseb, odvisnih od alkohola, je že dolgo časa naše vsakdanje delo (tako zaradi tradicije kot tudi zaradi razsežnosti problematike). Ocenjevanje oseb, ki jemljejo ali so celo odvisne od prepovedanih drog, pa je bistveno novejšo in dokaj redko vprašanje. Pri osebah, odvisnih od alkohola, ki opravljajo dela, kjer s svojo dejavnostjo ne ogrožajo življenja in zdravja sebe in sodelavcev, delazmožnosti ne omejujemo. Če pa gre za nevarnejša, bolj izpostavljena in odgovorna dela, se običajno odločimo za omejitve. Te običajno izhajajo iz posledic okvar oziroma zmanjšane funkcije (zmogljivosti) prizadetih organov ali organskih sistemov. Ob tem pa seveda vztrajamo, da je opitost na delu (po črki zakona) stvar reda ter discipline in ne stvar medicine. Ko je človek zaradi odvisnosti toliko propadel, da pri njem ne ugotavljamo več delazmožnosti, predlagamo invalidsko upokožitev (to se običajno zgodi v drugi polovici ali najpogosteje šele v zadnji četrtini delovnega obdobja, za razliko od odvisnih od prepovedanih drog, kjer se to zgodi že bistveno prej).

Opitost ali celo odvisnost od alkohola tradicionalno socialno sprejemamo in celo varujemo (kar nedvomno izhaja iz mnenj delodajalcev, ki jih zahtevamo ob napotitvi k alkoholologu), pri odvisnih od drog pa je situacija povsem drugačna – teh oseb se večina delodajalcev boji in ne želi imeti z njimi ničesar.

DROGE IN DELOVNA ZMOŽNOST V TUJIH RAZISKAVAH

Roberts ocenjuje, da obstaja kar 3,6-krat večja verjetnost za nezgodo pri uporabnikih nedovoljenih psihoaktivnih substanc. V letu 2000 ocenjuje škodo teh nezgod v ZDA na 81 milijard dolarjev, vendar pri tem ugotavlja, da kar 86 % te škode odpade na alkohol in le 14 % na prepovedane droge.

Spicer ocenjuje, da je tveganje poškodbe v primeru uživalca nedovoljenih drog (in alkohola) 1,35-krat večja ($p = 0,015$), za resne težave v obnašanju pa kar 2,19-krat večja ($p < 0,001$).

Bratzke navaja, da so prepovedane droge vzrok številnih nezgod v delovnem okolju, česar pa statistike ne dokazujejo, ker ni ustreznih prijav.

Reynolds v svoji raziskavi predlaga obravnavo delazmožnosti oseb, odvisnih od prepovedanih drog, na treh nivojih:

- » » klasični« pregled z oceno zmožnosti za predlagano delo;
- » priprava koncepta zdravljenja in kontrol (monitoring);
- » delavce in delodajalce motivirati, da bodo v primeru ugotovitve odvisnosti poskrbeli za postopek zdravljenja in rehabilitacije ter da uspešno rehabilitiranih ne bodo odpuščali z dela.

Lawental meni, da je za vsakega uživalca prepovedanih drog po testiranju potrebno ugotoviti, ali je oziroma ni odvisen od drog (ali je le priložnostni uživalec), ali je (če je odvisen) pripravljen na rehabilitacijo in ali gre za osebo, ki bi ji rehabilitacija pomagala. Primerjal je tudi uspeh skupine, ki je bila prisiljena (zaradi nekega vzroka) v rehabilitacijo, in tistih, ki so se zanj odločili prostovoljno. Presenetljivo so rezultati prve skupine bistveno boljši – v veliko večjem deležu so končali rehabilitacijo, ves čas so abstinirali, medtem ko druga skupina ni imela tako trdnega motiva, med njimi pa je bilo tudi precej nezaposlenih.

Osterloh meni, da so najboljši programi za testiranje na prepovedane droge tisti, ki so napisani v naprej in se z njimi vsi strinjajo (kako in koga se testira, kakšne so posledice, ukrepi, rešitve). Ključna testiranja običajno niso tako uspešna in lahko pride do nezadovoljstva med delavci, goljufij ... Delavci so že ob prihodu na delo seznanjeni z dejstvom, da so prepovedane droge v podjetju prepovedane in da bodo lahko testirani (in se s tem ob podpisu pogodbe o delu strinjajo).

OCENJEVANJE DELAZMOŽNOSTI PRI ODVISNIKIH OD DROG

Ocenjevanje delazmožnosti oseb, odvisnih od alkohola in/ali drog ter psihoaktivnih zdravil, je prav gotovo zelo zahtevno in sila občutljivo delo, kjer na naše odločitve preži ogromno pasti in o katerem prav gotovo nimamo ne dovolj znanja ne dovolj izkušenj, še manj pa kakšnih ustaljenih (doktrinarno sprejetih) vzorcev, ki bi se izkazali kot zelo uporabni in bi jih zato svetovali tudi drugim. Večina delodajalcev meni, da o odvisnosti od alkohola ve precej in da že imajo v velikem deležu zgrajene vsaj neke osnovne vzorce obnašanja in ukrepanja, področje drog pa je povsem nepoznano (skoraj namenoma prezrto) in o njem ne vedo oziroma celo ne želijo vedeti skoraj nič. Osebe, odvisne od alkohola, prepoznajo oziroma poznajo, osebe, odvisne od drog, pa so v velikem deležu skrite, nepoznane ali pa tako socialno propadle, da stika z delovnim okoljem niti ne iščejo več.

Ocenjevanje delazmožnosti ni prepuščeno zgolj specialistom medicine dela, prometa in športa (ki se resda z njim srečujejo vsakodnevno), pač pa tudi izbranim zdravnikom – specialistom družinske medicine in drugim strokovnjakom – v primeru odvisnosti predvsem tudi psihiatrom (specializiranim za področje odvisnosti).

Ocenjevanje delazmožnosti oseb, ki jemljejo oziroma so odvisne od alkohola in/ali prepovedanih drog, je izjemno zahtevno opravilo. Poleg ocenjevanja zmogljivosti posameznih organov ali organskih sistemov in človeka kot celote je potrebno upoštevati še premorbidno osebnostno strukturo odvisne osebe, sodelovanje oziroma kritičen odnos do zdravljenja, uvid v bolezen (vzroke in posledice), trenutne psihofizične sposobnosti, nagnjenost k uživanju še drugih prepovedanih drog in/ali alkohola ter zdravil (predpisanih ali nepredpisanih), motivacijo za delo, izobrazbo, starost, poklic in delovno mesto oziroma okolje (obremenitve, škodljivosti in tveganja), pa tudi odnos delodajalca, njegovo sodelovanje in morda celo pomoč pri rehabilitaciji odvisne osebe itd. Tako začasno (bolniški stalež) kot trajno (invalidnost) delanezmožnost vedno ocenjujemo individualno. Tak način edini omogoča, da se izognemo na eni strani nepotrebnemu kratenju pravic odvisne osebe in nižanju njegovega samospoštovanja, na drugi strani pa možnosti, da bi odvisna oseba s svojim delom ali celo že s svojo prisotnostjo v delovnem okolju ogrožala sebe in druge.

NEPRIMERNA DELOVNA MESTA ZA ODVISNIKA

Katera so tista delovna mesta, za katera menimo, da za uživalce prepovedanih drog ali celo za zasvojene niso primerna? To so vsa dela s povečanim tveganjem v vseh oblikah, delo v prometu (tudi internem), dela v vojski, policiji, na področju varovanja premoženja, na višini, dela z nevarnimi snovmi, stroji, orodji ali napravami, dela, ki so povezana z veliko odgovornostjo,



nočno delo, dela, kjer obstajajo večje obremenitve delovnega okolja (izrazito neustrezni mikroklimatski pogoji, visok hrup, izpostavljenost škodljivim emisijam) ter dela, ki bi jih opravljali povsem sami, izolirani od družbe.


Taka delovna mesta so neprimerna, razen ob dokazani stabilni remisiji oz stabilni abstinenci z vključitvijo v podaljšano zdravljenje (klub). Trimesečna abstinenca pomeni zgodnjo remisijo, dvanajstmesečna pa stabilno remisijo. Polna rehabilitacija se oceni po 4+ letih.

Prav gotovo pa so tudi za te osebe primerna različna manj zahtevna dela, dela v skupini, po možnosti pod nadzorom, in v dnevni izmeni, različna pisarniška – tudi zahtevnejša dela, delo v naravi itd.

Pri ocenjevanju delazmožnosti moramo vedno tehtati med zmogljivostjo posameznih organov in organskih sistemov oziroma človeka kot celote na eni strani in zahtevami delovnega okolja. Pri tem torej ni najpomembnejša diagnoza oziroma terapija (npr. oseba na vzdrževalnem metadonskem programu). Ocenjujemo človeka kot celoto oziroma njegovo funkcioniranje (testiranje v času pregleda in aktualno funkcioniranje – mnenje delodajalca, upravnega organa ...). Prav zaradi tega še enkrat ponavljam, da je vsaka ocena individualna in da ne morejo biti izdelana enotna merila, kot bi to npr. želeli pravniki: do katerega »centimetra« je nekdo nezmožen in od katerega je zmožen za neko delo. Pri ocenjevanju delazmožnosti je še kako pomembno tudi sodelovanje terapevta, izbranega zdravnika, delodajalca in predvsem pacienta samega. Prav gotovo se moramo zavedati, da ocenjevanje delazmožnosti ne pomeni izključevanja (torej iskanja nečesa, da bomo pacienta lahko zaključili kot delanezmožnega), pač pa ravno obratno – gre za iskanje najmanjših možnih zmogljivosti in potrebnih pozitivnih lastnosti in zmogljivosti, da prosilca še lahko ocenimo pozitivno ter da mu omogočimo delo in mu s tem tudi bistveno povečamo možnosti resocializacije.

Prav gotovo je ocenjevanje delazmožnosti tudi izredno uporaben trenutek, da delavca usmerimo na zdravljenje in celostno rehabilitacijo. Prosilec za delo je mnogokrat še dovolj motiviran oziroma ni toliko propadel, da rehabilitacija ne bi bila več možna. Zato je ta trenutek prav gotovo potrebno izrabiti in poskusiti z nečim, kar se je mogoče tako prosilcu za delo kot tudi njegovim sotovarišem zdelo neuresničljivo.

Morda bo ravno redna zaposlitev tista, ki bo odvisniku pomagala, da se reši iz okov omame. Ozdravljeni in resocializirani odvisniki so lahko izredno dobri delavci, celo iz lastnih izkušenj vem, da poskušajo »nadoknaditi« leta, ki so jih z zasvojenostjo izgubili, da so lahko vzor poštenosti, prizadevnosti in tovarištva, zato se tudi trud okrog njihove zaposlitve (oziroma ocene delazmožnosti) izplača in je mnogokrat bogato poplačan (seveda pa tudi izigran in »vržen proč«).

Toda ali ni naše poslanstvo služiti človeku in tudi tistemu nebogljenu odvisniku, ki je prepričan, da je cel svet pozabil nanj?! 

LITERATURA

- Bilban M. Ocenjevanje delazmožnosti. Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola in drog ter pri epilepsiji. ZZZ – SZD – Združenje za medicino dela, prometa in športa, Rogaška Slatina, 2000: 7–15
- Žvan V. Psihiatrični bolnik in njegova delazmožnost. Tomori M., Zihner S. Psihijatrija. Litterapicta, MF UL Ljubljana, 1999: 483–5
- Košek M. Preprečevanje čezmernega pitja alkohola v splošni – družinski medicini, Preventiva v splošni medicini, Sekcija za splošno medicino SZD, Ljubljana 1996
- Zorec Karlovšek M. Are the Methadone Treated Drivers too often checked by Police Officers? Proceeding of the 3rd European Academy of Forensic Science Meeting, 2003, Turkey in Forensic Science International, Vol. 136 / Suppl 1 (2003): 308–10
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu Ur.list RS 43/2011
- Zakon o delovnih razmerjih Uradni listu št. 42/2002 in 103/2007
- Jakopič J. Pitje alkoholnih pijač, odvisnost od alkohola in delo, Delo in varnost 42 (1997) 5; 239–45
- Jakopič J. Delo z odvisnimi od alkohola je pogosto (navidezno ali pa tudi zares) strokovno napačno; Medicina odvisnosti, Zbornik I, Slovenska konferenca o medicini odvisnosti, Republiški strokovni kolegij za psihijatrijo – delovna skupina za odvisnost od alkohola, Ljubljana 1996; 91–111
- Čebašek Travnik Z. Evropska listina o alkoholu: Ali jo bomo v Sloveniji lahko uresničevali?, ISIS 1996; 6:57–8
- Čebašek Travnik Z., Hovnik Keršmanc M. Nimamo alkoholne politike: Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnih od alkohola in drog ter pri epilepsiji; ZZZ – Združenje za medicino dela, prometa in športa, Rogaška Slatina, 2000: 39–47
- Flaker V. Delo in stigma: Socialne posledice uživanja heroina. Odvisnost, Odsev se sliši, Ljubljana, 2002; 1–2: 44–53
- Roberts S, Fallon LF Jr. Administrative issue related to addiction in the workplace. Occup. Med 2001, 16 (3): 509–15
- Spicer RS, Miller TR, Smith GS. Worker substance use, Workplace problems and the risk of occupational injury: a matched case – control study. J Stud. Alcohol. 2003, 64 (4): 570–8
- Bratzke H, Albers C. Drugs and occupational accident. Versicherungsmedizin, 1996, 48 (1): 4–6
- Reynolds NT. A more comprehensive psychiatric fitness – for – duty evolution. Occup. Med 2002, 17 (1): 105–18
- Lawental E, McLellan AT, Grissom GR, Brill P, O'Brian C. Coerced treatment for substance abuse problems detected through workplace urine surveillance; is it effective? J Subst. Abuse. 1996, 8 (1): 115–28
- Osterloh JD, Becker CE. Chemical dependency and drug testing in the workplace. Department of Laboratory Medicine, Yale University. West J Med, 1990, 152:506–13
- Keith Hellawell, UK Anti-drugs coordinator, HSE Health and Safety Executive, HSE Books, PO Box 1999, Sudbury, UK
- Žuškin E in ostali. Odvisnost o alkoholu – posledice za zdravlje i radnu sposobnost. Arh Hig Rada Toksikol 2006; 57:413–26
- Torre R. Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara. HSKLA Zagreb, 2006, 51
- Midford R, Welender F, Allsop S. Preventing Alcohol and Other Drug Problems in the Workplace. Stockwell T, Grituenevald PJ, Tombourou JW, Loxley W. Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice. John Wiley and Sons, AU, p.p. 191–05
- Šarić M, Pleština R. Bolovanje. IMI, Zagreb 1982
- Kržan M. Farmakologija etanola in njegov vpliv na zmožnost za delo. Delo in varnost 51/2006/3: 16–19
- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia, 2005.
- Li G, Kely PM, Smith GS at all. Alcohol and injury severity: reappraisal of continuing controversy. J Trauma 1007; 42: 652–9

30. Zink BJ, Sheinberg MA, Wang X at all: Acute ethanol intoxication in a model of traumatic brain injury with hemorrhagic shock: effects on early physiological response. *J Neurosurg* 1998; 89(6): 983–90
31. McDonough KH, Giaimo ME, Miller HI at all. Low - dose ethanol alters the cardiovascular, metabolic and respiratory compensation for severe blood loss. *J Trauma* 2002; 53(3): 541–8
32. Garisson HG, Hansen AR, Cross RE at all. Effects of ethanol on lactic acidosis in experimental hemorrhagic shock. *Ann Emerg Med* 1984; 13(1): 26–9
33. Vollrath M. Detecting intoxicated drivers in Germany – estimating the effectiveness of police tests. *Accid Anal Prev* 2000; 32: 665–72
34. Massie DL, Campbell KL, Williams AF. Traffic accidents involvement rates by driver age and gender. *Accid Anal Prev* 1005; 27: 73–87
35. Zorec K.M, Bilban M. O deležu čezmernih uživalcev alkohola med vozniki motornih vozil. Strokovni posvet o medicini prometa. Ljubljana SZD SMD 1998: 189–93
36. Baker SP, Chen LH. Driver risk factors for fatal injury on weekend nights: analysis of alcohol and racial differences. *Annu Proc Assoc Adv Automat Med* 2002; 46: 179–91
37. Skog OJ. Alcohol consumption and mortality rates from traffic accidents, accidental falls and other accidents in 14 European Counties. *Addiction* 2001; 96(1): 149–58
38. Baker SP, Braver ER, Chen LH at all. Drinking histories of fatally injured drivers. *Inj Prev* 2002; 8: 221–6
39. Evans L. Traffic safety and driver. New York: Van Nostrand Reinhold, 1991: 153–237
40. Gjerde H, Beylich KM, Morland J. Incidence of alcohol and drugs in fatally injured car drivers in Norway. *Accid Anal Prev* 1993; 25:479–83
41. Grunewald PJ, Stockwell T, Beel A, Dyskin EV. Beverage sales and drinking and driving: the role of on-premises drinking places. *J Stud Alcohol* 1999 Jan; 60(1): 47–53
42. Jakopič J. Odvisnost od alkohola in delazmožnost. Duševne motnje in zmožnost za delo. Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1997:90–05
43. Bilban M, Jakopič J. Duševne motnje in sposobnost za vožnjo motornih vozil v cestnem prometu. Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1997:106–26
44. Zador PL. Alcohol – Related Risk of Fatal Driver Injuries in Relation to Driver Age and Sex. *J Stud. Alcohol* 1991, 52:302–10
45. Zador PL, Krawchuk SA, Voas RB. Alcohol –related relative risk of driver fatalities and driver involvement in fala crashes in relation to driver age and gender: An update using 1996 data. *J Stud Alcohol* 2000; 61(3): 387–95
46. Denny RC. Alcohol and Accidents, Sigma Press, Wilmslow 1986
47. Jakopič J. Ocenjevanje delazmožnosti odvisnih od alkohola, ZSD – ZMD, Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola in drog ter pri epilepsiji. Rogaška Slatina 2000, 49–62
48. Berlag H, Erkens M, Althoff H. Zur Korrelation zwischen Höhe der BAK um Wiederholte Anfälligkeit. *Blutalkohol* 1994, 31:343–50
49. Jakopič J. Varnost cestnega prometa in problemi, ki so v zvezi s pitjem alkoholnih pijač. Strokovni posvet o medicini prometa, SZD-SMD, Rogaška Slatina, 1998, 119–29
50. Jakopič J. Alkoholik kot kršilec člena 152. zakona o temeljnih varnosti cestnega prometa. Magistrska naloga, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1983
51. Jakopič J. Alkoholik v cestnem prometu: Vpliv psihoaktivnih snovi na varnost v cestnem prometu. UKC-UIIMDPŠ Ljubljana, 1986, 106–119
52. Cydulka RK, Hamoldy MR, Barnoski A, Fallon W, Emerman CL. Injured intoxicated drivers: citation, conviction, referral and recidivism rates. *Ann Emerg Med* 1998 Sep; 32(3 Pt 1): 349–52
53. Rus M.M, Jakopič J. Vožnja pod vplivom alkohola in prometna varnost: kaznovati ali zdraviti z alkoholom nezasvojene in zasvojene voznike. *Zdrav Vestn.* 2010; 79(7–8): 582–92
54. Mancino M, Cunningham MR, Davidson P, Fulton RL. Identification of the motor vehicle accident victim who abuses alcohol and opportunity to reduce trauma. *J Stud Alcohol* 1996 Nov; 57(6): 652–8
55. Bilban M. Ocenjevanje delazmožnosti in škodljiva raba alkohola v medicini dela. ZSD – ZMD. Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola in drog ter pri epilepsiji. Rogaška Slatina 2000, 63–72
56. Bilban M. Zdravstveni pregledi kandidatov za voznike in voznikov motornih vozil v Sloveniji. Strokovni posvet o medicini prometa. SZD-SMD, Rogaška Slatina, 1998, 73–88
57. Jakopič J. Pitje alkoholnih pijač, odvisnost od alkohola in delo, Delo in varnost 42 (1997) 5; 239–245
58. Kolšek M, ur. Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi (Evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu PHEPA), UL MF Katedra za družinsko medicino 2006
59. Kolšek M. ur. Priročnik za poučevanje odkrivanja ter ukrepanja ob tveganem in škodljivem pitju alkohola (Evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu PHEPA), UL MF Katedra za družinsko medicino 2006
60. Eurocare –Evropska zveza za alkoholno politiko: 10 pozivov k ukrepanju; 4th European Alcohol Policy Conference Bruselj 2010
61. Bilban M, Vrhovc S, Zorec K.M. Blood biomarkers of alcohol abuse. *Arh hig rada toksikol*, 2003; 54 (4): 253–9
62. Bilban M. Testiranje na prisotnost alkohola in /ali drog v podjetju. *ZZS Isis* 2003; 12(2): 44–8
63. Bilban M. Vpliv alkohola na voziško zmožnost. UL MF Memorialni sestaneak akademika Milčinskega ISM, Ljubljana 2010
64. Bilban M. Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola in drog. *Odvisnosti*, 2005; 6 (2–3): 26–36
65. Bilban M. Alkoholizem v delovnem okolju. *ZVD Delo in varnost* 2009; 54 (4): 10–15
66. Zorec K.M, Budihna M, Stanovnik L. Zdravila in prometna varnost. ZSD-SZD Sekcija za medicino dela: Strokovni posvet o medicini prometa, Rogaška Slatina 1998:167–179
67. Erjavec F, Budihna M, Est M. Medsebojno delovanje zdravil, MF UL, Ljubljana, 1981
68. Bilban M. Alkohol in voziška zmožnost. *ZVD Delo in varnost* 2009; 54 (4): 20–8
69. Milič J, Pišljarič M. Diagnosticiranje odvisnosti od alkohola na različnih nivojih zdravstva. *Medicina odvisnosti* 2005, Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2005
70. Zorec K.M. Ali sem zaradi bolezni ali zdravil, ki jih jemljem, slab voznik? FORTOX, Ljubljana, 2007.
71. Pisk N. (urednica): Zdravila in prometna varnost. Slovensko farmacevtsko društvo Sekcija farmacevtov javnih lekarn, Ljubljana, 2007
72. Zorec K.M, Budihna M, Stanovnik L. Zdravila in prometna varnost, Zdravila in prometna varnost, ISM MFUL, Ministrstvo za promet, Direktorat za promet, FORTEX, Ljubljana 2007: 228–243
73. Zorec K.M. Stanje pod vplivom mamil in zdravil – toksikološka preverjanja in mejne vrednosti. Strokovni posvet o medicini prometa, SZD-ZMD, Rogaška Slatina, 1995: 175–80
74. Čebašek T.Z. Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. Tomori M, Zihlerl S: Psihatrija, Litterapicta Ljubljana, UL MF, Ljubljana, 1999: 137–68
75. Kopčavar GN. Bolezni odvisnosti pori zdravnikov. Cedilnik GE. Zdravje zdravnikov – učno gradivo 30 učna delavnica, Družinska medicina 2013, letnik 11, suplement 4, 2013
76. Kolšek M. Pitje alkohola. Švab I, Rotar PD. Družinska medicina Združenje zdravnikov družinske medicine, Ljubljana 2012: 101–12
77. Lovrečič B, Lovrečič M. Alkohol. Tomšič S, Kofol BT, Korošec A, Zakotnik MJ. Izzivi v izbolšanju vedenjskega sloga in zdravja, CINDI, NIJZ 2014: 63–70
78. Rus MM. Odvisnost od psihoaktivnih snovi. Pregelj P, Plesničar KB, Tomori M, Zalar B, Zihlerl S. Psihatrija, MF Ljubljana in PK Ljubljana, Ljubljana 2013: 164–95
79. Sedlak S, Zaletel M, Kosesnik K, Zorko M. Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji, NIJZ Ljubljana 2015
80. Zorko M, Hočvar T, Tančič GA, Petrič UK, Radoš S, Lovrečič M, Lovrečič B. Alkohol v Sloveniji, IVZ RS Ljubljana 2013
81. Zorko M, Bajt M, Trendi v pitju alkohola. Jeriček KM, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M, Spremembe v vedenju povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji, IVZ RS, Ljubljana 2012
82. Rehm J, Shield KD, Rehm ML, Gruel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health 2012
83. Šešok N, Sedlak S, Simončič D. Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2005, IVZ RS, Ljubljana 2006
84. An Employer's Guide to Employee Assistance Programs, dosegljivo na: <https://www.easna.org/documents/PS2-NBGRRecommendationsforDefiningandMeasuringEAPs.pdf>
85. An Employer's Guide to Workplace Substance Abuse: Strategies and Treatment Recommendations, dosegljivo na: <http://www.workplacemalhealth.org/Business-Case/An-Employers-Guide-to-Workplace-Substance-Abuse-Strategies-and-Treatment-Recommendations.aspx>
86. Alcohol policy aims to reduce use and harm, Ministry of social affairs and health of Finland, dostopno na: <http://stm.fi/en/alcohol-policy>
87. National Counsel of alcoholism and drug dependence, dostopno na:
88. <https://ncadd.org/about-addiction/addiction-update/drugs-and-alcohol-in-the-workplace>
89. Canadian center of occupational health and safety, dostopno na:
90. <https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/substance.html>
91. <http://www.mdguidelines.com/alcoholism>
92. http://www.wold.med.bg.ac.rs/dloads/nastavni_mednicinarada/2010/predavanja/ORS%20za%20studente,%20%20%20%20%20endokrina%20%20%20%20%20oboljenja.pdf
93. Radovanović M, Rus makovec M (ur). Vodič po zdravljenju odvisnosti od alkohola, UPK Ljubljana 2016 (v tisku)

Zahvaljujem se prof. dr. Maji Rus Makovec, dr. med, specialistki psihiatrije adiktologinji za strokovni pregled članka in koristne pripombe.