

ALKOHOL V SLOVENIJI

TRENDI V NAČINU PITJA, ZDRAVSTVENE POSLEDICE ŠKODLJIVEGA PITJA, MNENJA AKTERJEV IN PREDLOGI UKREPOV ZA UČINKOVITEJŠO ALKOHOLNO POLITIKO



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE

90let

Z znanjem do boljšega zdravja.

ALKOHOL V SLOVENIJI

TRENDI V NAČINU PITJA, ZDRAVSTVENE POSLEDICE ŠKODLJIVEGA PITJA, MNENJA AKTERJEV IN PREDLOGI UKREPOV ZA UČINKOVITEJŠO ALKOHOLO NO POLITIKO

Urednice:

Maja Zorko, Tadeja Hočevar, Alenka Tančič Grum, Vesna Kerstin Petrič, Sandra Radoš Krnel, Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič

Recenzenti:

izr. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, mag. Marjetka Hovnik Keršmanc, viš. pred., Marijan Ivanuša

Oblikovanje:

Andreja Frič

Oblikovanje naslovnice:

Primož Roškar

Izdajatelj:

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2, Ljubljana

Elektronski vir:

www.ivz.si, www.infomosa.si

Kraj in leto izdaje:

Ljubljana, 2013

Za vsebino posameznega poglavja je odgovoren njegov avtor.

Knjigo je sofinanciralo Ministrstvo za zdravje.

Na podlagi Dvoletne pogodbe (2012–2013) o sodelovanju med Svetovno zdravstveno organizacijo in Ministrstvom za zdravje Republike Slovenije je tiskanje knjige omogočila Svetovna zdravstvena organizacija.

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.81(497.4)

ALKOHOL v Sloveniji : trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko / urednice Maja Zorko ... [et al.]. - Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013

ISBN 978-961-6911-19-1

ISBN 978-961-6911-20-7 (pdf)

1. Zorko, Maja, 7.5.1979-
267959296

ALKOHOL V SLOVENIJI

TRENDI V NAČINU PITJA, ZDRAVSTVENE POSLEDICE ŠKODLIVEGA PITJA, MNENJA
AKTERJEV IN PREDLOGI UKREPOV ZA UČINKOVITEJŠO ALKOHOLNO POLITIKO

UREDнице:

dr. Maja Zorko, Tadeja Hočevar, mag. Alenka Tančič Grum, Vesna Kerstin Petrič,
dr. Sandra Radoš Krnel, mag. Mercedes Lovrečič, dr. Barbara Lovrečič

RECENZENTI:

izr. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, mag. Marjetka Hovnik Keršmanc, viš. pred.,
Marijan Ivanuša



Ljubljana, 2013

AVTORJI POGLAVIJ

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

mag. Maja Bajt, univ.dipl. psih.

Tadeja Hočevnar, univ.dipl. kom.

dr. Helena Jeriček Klanšček, prof. sloven. jezika in dipl. pr., viš. pred.

dr. Barbara Lovrečič, dr. med., spec. soc. med. in spec. jav. zdrav.

dr. Sandra Radoš Krnel, dr. med.

mag. Alenka Tančič Grum, univ.dipl. psih.

dr. Maja Zorko, univ.dipl. psih., viš. pred.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in Zdravstveni dom Izola

mag. Mercedes Lovrečič, dr. med., spec. psih.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Nataša Blažko, univ.dipl. soc.

Vesna Kerstin Petrič, dr. med.

Zavod za zdravstveno varstvo Maribor

Sanja Vuzem, dr. med.

Zaščita dokumenta

© 2013 IVZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorja. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko pravno in kazensko zakonodajo.

ZAHVALE

Za podporo pri pripravi knjige se zahvaljujemo Mojci Gobec, generalni direktorici Direktorata za javno zdravje na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, in sodelavcem z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije - Mariji Magajne, vršilki dolžnosti direktorice, Heleni Jeriček Klanšček, vodji Oddelka za krepitev zdravja, Adi Hočevnar Grom, vodji Oddelka za analize zdravja, ter metodologoma Nataši Delfar in Alešu Korošču. Za podporo pri nastajanju knjige se zahvaljujemo tudi Marijanu Ivanuši, vodji Urada Svetovne zdravstvene organizacije, Slovenija. Radi bi se zahvalili tudi Petru Andersonu, Benu Baumbergu in Thomasu Baborju, ki so nam dovolili objaviti dele svojega raziskovanja.

Hvala tudi vsem sodelujočim avtorjem in recenzentom. Posebej bi se radi zahvalili oblikovalki Andreji Frič, ki je z vso potrpežljivostjo vnašala naše popravke.

KAZALO

PREDGOVOR.....	7
KNJIGI NA POT.....	9
RECENZIJE.....	11
POVZETEK.....	17
SUMMARY.....	20
1. RAZVOJ ALKOHOLNE POLITIKE	
Vesna Kerstin Petrič.....	24
1.1 Evropa: prva po porabi alkohola in škodi ter prva v ukrepanju.....	24
1.2 Razvoj sodobne alkoholne politike v Sloveniji.....	25
1.3 Izzivi za prihodnost.....	28
1.4 Literatura.....	30
2. TVEGANA IN ŠKODLJIVA RABA ALKOHOLA PREDSTAVLJATA VELIK ZDRAVSTVENI PROBLEM	
Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič.....	34
2.1 Stanje glede porabe alkohola med odraslimi in spremembe v obdobju 2000–2010.....	35
2.2 Pivske navade med odraslimi in spremembe v obdobju 2000–2010.....	37
2.3 Ključne ugotovitve.....	45
2.4 Literatura.....	46
3. OCENA ZDRAVSTVENIH POSLEDIC TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA V SLOVENIJI V OBDOBJU 2000–2010	
Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič.....	48
3.1 Umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji v obdobju 2000–2010.....	50
3.2 Hospitalizacije zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji v obdobju 2000–2010....	52
3.3 Razlike v umrljivosti in hospitalizacijah tudi med regijami v Sloveniji.....	55
3.4 Umrljivost zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze je v Sloveniji in v vseh slovenskih regijah višja od povprečja držav članic EU.....	56
3.5 Pasti interpretacije podatkov o umrljivosti in hospitalizacijah zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov.....	57
3.6 Ključne ugotovitve.....	58
3.7 Literatura.....	60
4. ALKOHOL IN SLOVENSKI MLADOSTNIKI V OBDOBJU 2002–2010	
Maja Zorko, Tadeja Hočevar, Alenka Tančič Grum, Maja Bajt, Helena Jeriček Klanšček.....	64
4.1 Kakšno je stanje pitja alkohola med mladostniki in kako se je spreminjalo v obdobju 2002–2010...	65
4.2 Neenakosti v pitju alkohola med mladostniki.....	74
4.3 Dostopnost alkohola, stališča do alkohola in nekatera mnenja mladih.....	75
4.4 Ključne ugotovitve.....	78
4.5 Literatura.....	79
5. MNENJE KLJUČNIH AKTERJEV O UKREPIH, IZVAJANJU IN VODENJU ALKOHOLNE POLITIKE V SLOVENIJI	
Sandra Radoš Krnel.....	82
5.1 Vpliv in pomembnost različnih ukrepov na zmanjševanje škode zaradi alkohola.....	83
5.2 Izvajanje ukrepov alkoholne politike.....	89
5.3 Vodenje alkoholne politike.....	95
5.4 Ključne ugotovitve.....	97
5.5 Literatura.....	98

6. PREDLOGI UKREPOV

Vesna Kerstin Petrič.....	102
6.1 Učinkovitost in cenovna učinkovitost ukrepanja.....	102
6.2 Predlogi ukrepov za Slovenijo.....	103
6.2.1 Vodenje, ozaveščanje in zavezanost k ukrepanju	104
6.2.2 Ukrepi v zdravstvu	106
6.2.3 Ukrepi v lokalni skupnosti in na delovnem mestu	108
6.2.4 Ukrepi na področju vožnje pod vplivom alkohola	109
6.2.5 Cene alkohola	111
6.2.6 Dostopnost alkohola	112
6.2.7 Tržno komuniciranje alkoholnih pijač	113
6.2.8 Zmanjšanje javnozdravstvenih posledic nezakonitega in neformalno pridelanega alkohola	115
6.2.9 Preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitve z alkoholom	116
6.2.10 Spremljanje in nadzor	117
6.3 Ključne ugotovitve	119
6.4 Literatura	120
7. PREGLED UČINKOVITOSTI UKREPANJA	
Maja Zorko, Maja Bajt, Tadeja Hočevnar, Nataša Blažko, Vesna Kerstin Petrič, Sanja Vuzem.....	126
7.1 Preglednica učinkovitosti ukrepanja.....	127
7.2 Literatura	134
SEZNAM SLIK	135
SEZNAM PREGLEDNIC	137
SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC	138
STVARNO KAZALO	140

PREDGOVOR

V Evropi popijemo dvakrat več alkohola kot v drugih delih sveta. Visoka poraba alkohola, predvsem pa njegova tvegana in škodljiva raba, se odražajo v velikem zdravstvenem, socialnem in ekonomskem bremenu za posameznika, njegove bližnje in za družbo. Z alkoholom je v Evropski uniji (EU) povezano kar 120.000 prezgodnjih smrti (pred 65. letom) na leto, ki bi jih bilo mogoče preprečiti. Zaradi alkohola prezgodaj umre eden od sedmih moških in ena od trinajstih žensk. Še posebej skrb vzbujajoče je, da je tvegana in škodljiva raba alkohola še vedno najpomembnejši vzrok za smrt pri mladih med 15. in 29. letom.

Visoka poraba alkohola in s tem povezana škoda je velik javnozdravstveni problem tudi v Sloveniji. Ob tradicionalno permisivnem pogledu na pitje in opijanje v našem okolju pri mladih na odnos do alkohola predvsem vplivajo tudi lahka dostopnost, spremenjen način življenja, globalizacija in agresivno tržno komuniciranje proizvajalcev in prodajalcev alkoholnih pijač. Mladi pri nas začnejo piti vedno bolj zgodaj in se v povprečju pogosteje opijajo kot v ostalih državah EU. Čeprav se nam poraba alkohola na prebivalca zadnjih 20 let zmanjšuje, so skrb vzbujajoči podatki, da smo še vedno visoko nad EU povprečjem glede alkoholne bolezni jeter in da so med regijami še vedno velike razlike v tveganju za smrt zaradi alkohola. Prebivalci vzhodne in jugovzhodne Slovenije imajo na primer skoraj dvakrat večje tveganje, da bodo umrli zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov.

Svetovna zdravstvena organizacija in Evropska komisija sta v zadnjih letih sprejeli pomembne strateške dokumente in priporočila, izvajanje alkoholne politike pa ostaja odgovornost države. Ključna je pripravljenost politike in družbe, da se s tem problemom sooči na način, ki je v prid zdravju in blaginji vseh, navkljub posameznim ekonomskim interesom. Vlaganje v preprečevanje tvegane in škodljive rabe alkohola je naložba v prihodnost, saj odpravljanje posledic družbo stane bistveno več kot ukrepi, s katerimi lahko škodo preprečimo. Napredek lahko pričakujemo samo ob celovitem pristopu, ki vključuje čim več dokazano učinkovitih ukrepov in aktivnosti ter povezuje različne akterje in resorje.

V zadnjih letih nam je v Sloveniji uspelo narediti nekaj pomembnih korakov v smeri celovite alkoholne politike. Z uveljavitvijo sprememb prometne zakonodaje, ki po novem vključuje tudi zdravstvene ukrepe, smo zmanjšali število prometnih nezgod, v katerih je udeležen alkohol. Z uvedbo referenčnih ambulant smo povečali kapacitete za preventivno obravnavo tistih, ki tvegano in škodljivo pijejo, in hkrati izšolali vse zdravnike v primarnem zdravstvu za svetovanje glede tvegane in škodljive rabe alkohola. Izboljšalo se je tudi sodelovanje stroke in nevladnih organizacij pri preprečevanju opijanja na množičnih prireditvah, kot so maturantska četvorka in smučarski skoki v

Planici. K boljšemu povezovanju vseh ključnih akterjev so pripomogle spletna stran www.infomosa.si ter nacionalne in regijske konference za izmenjavo dobrih praks in informacij, katerih pobudnik je Ministrstvo za zdravje. Sprejete so bile spremembe Zakona o varnosti in zdravju pri delu, ki zavezujejo delodajalca, da ukrepa v primeru rabe alkohola na delovnem mestu. V devetih slovenskih mestih so se odzvale lokalne skupnosti in sprejele učinkovit ukrep prepovedi pitja in opijanja na javnih mestih v okviru občinskih odlokov o javnem redu in miru. Ministrstvo za zdravje je v preteklem letu vzpostavilo tudi proces za pripravo regijskih akcijskih načrtov, s katerimi naj bi pri izvajanju alkoholne politike bolje povezali ključne akterje na lokalni ravni.

Eno od ključnih področij alkoholne politike je vsekakor spremljanje stanja in trendov porabe alkohola in pivskih navad, posledic škodljivega in tveganega pitja ter sprejemljivosti in učinkov sprejetih in izvajanih ukrepov in politik. Zato pozdravljamo knjigo o stanju na področju alkohola v Sloveniji, ki vključuje tako dragocene podatke in informacije kot tudi predloge za ukrepanje. Knjiga, ki je pred vami, pomembno prispeva k razumevanju problema in zato k bolj ciljanemu ukrepanju. Nadaljnji napredek na področju alkoholne politike lahko pričakujemo zgolj, če si bomo postavili jasne cilje in načrtovali ukrepe, ki bodo upoštevali prepoznane potrebe in bodo dokazano učinkoviti.



Tomaž Gantar,
Minister za zdravje

KNJIGI NA POT

Tvegano in škodljivo pitje alkohola sta globalna javnozdravstvena problema, saj za njunimi posledicami letno umre več milijonov ljudi, med katerimi je več sto tisoč mladih. Poleg mnogih nezgodaj izgubljenih življenj pa se posledice kažejo tudi v številnih boleznih, poškodbah in nasilju. Posledic alkohola pa ne nosi le posameznik, ampak tudi njegovi bližnji in družba kot celota.

Ta dognanja, ki so temeljila na proučevanju bremena bolezni, so vodila medicinske in druge strokovnjake ter organizacije civilne družbe, da so pripravili predloge za skupno ukrepanje, ki so se končno odrazili v pripravah alkoholnih politik, ki celovito urejajo sistem ukrepov za zmanjšanje bremena bolezni in stanj, povezanih s tveganim in škodljivim pitjem alkohola. Tudi Slovenija v teh pristopih ni zaostajala in se z nekaterimi aktivnostmi, kot je npr. Zakon o omejevanju porabe alkoholnih pijač, postavlja ob bok najbolj naprednim državam, ki so s celovitimi ukrepi pristopile k omejevanju škode zaradi alkohola.

Pri oblikovanju in udejanjanju celovite alkoholne politike je potrebno sodelovanje različnih deležnikov. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) ima v tem procesu pomembno vlogo, saj sodeluje pri nastajanju in izvedbi programov promocije zdravja, primarne in sekundarne preventive ter drugih programov, ki krepijo varovalne dejavnike ali pa zmanjšujejo že nastalo škodo zaradi alkohola. Predvsem pa IVZ s podatki o problematiki tveganega in škodljivega pitja (stanje, trendi, neenakosti) in o posledicah škodljivega pitja (umrljivost, hospitalizacije ipd.) med prebivalci Slovenije in med posebej ogroženimi skupinami prebivalstva oblikuje ključne informacije, ki so potrebne za oblikovanje teh programov.

Pričujoča knjiga predstavlja pomemben doprinos k razumevanju problematike, saj na enem mestu vključuje podatke o pitju in zdravstvenih posledicah alkohola, pregled preventivno-promocijskih programov, mnenja ključnih akterjev alkoholne politike o ukrepih alkoholne politike ter o izvajanju in vodenju alkoholne politike v Sloveniji, in poda tudi pregled ukrepov alkoholne politike z oceno njihove učinkovitosti. Na koncu pa izpostavlja tudi predloge za prednostno oblikovanje ukrepov v Sloveniji.

Zavedamo se, da ta knjiga ne more postreči z odgovori na vsa vprašanja, ki se postavljajo v zvezi s tveganim in škodljivim pitjem alkohola. Zato za prihodnje delo strokovnjakov s tega področja ostaja nekaj pomembnih izzivov. Knjiga obravnava le zdravstvene posledice škodljivega pitja alkohola, zato bo treba raziskati še druge. V knjigi je sicer podana ocena zdravstvenih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola, a bo za razumevanje celovitosti problematike treba pripraviti izračun bremena bolezni. Za

oblikovanje enotnih promocijskih in preventivnih programov bodo potrebni podatki o povezavah tveganega in škodljivega pitja alkohola z drugimi tveganimi vedenji, kot sta npr. kajenje, raba prepovedanih drog. Vsekakor mnogo izzivov za naslednjo knjigo, ki jo na IVZ že načrtujemo.



Marija Magajne,

v.d. direktorice Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije

RECENZIJE

izr. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, Psihiatrična klinika Ljubljana

Knjigo Alkohol v Sloveniji – trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko so pripravili priznani strokovnjaki s področja javnega zdravja in bolezni odvisnosti in na enem mestu z več zornih kotov obravnava nadvse pereč problem Slovenije. Zavedati se moramo dejstva, da imamo na eni strani skrajno toleranten odnos do pitja alkohola, na drugi strani pa so težave zaradi pretiranega pitja oziroma odvisnosti od alkohola globoko zanikane, bagatelizirane ali pa skrajno neprimerno stigmatizirane ter prežete z vrsto mitov, neresnic ali polresnic. Soočanje s problematiko alkohola je zato za posameznike, njihove družine, delovno okolje ter bivalno okolje zelo zapleteno in oteženo. Enako se tudi odločevalci na regionalni in nacionalni ravni soočajo s povsem enakimi težavami. Obstaja vrsta načinov, s katerimi se lahko upremo zanikanju, bagateliziranju, stigmatiziranju in mitom. Eden od načinov je stalno spremljanje stanja in objavljanje verodostojnih podatkov o posledicah pitja alkohola in o uspehih različnih preventivnih programov in politik. Podatki morajo biti stalno dostopni zainteresiranim javnostim. Zato je ta knjiga, ki prinaša vrsto podatkov, odločevalcem in javnostim lahko v veliko pomoč.

Knjiga je razdeljena na poglavja, ki sistematično opredelijo problematiko glede alkohola pri odrasli populaciji in posebej pri mladostnikih. Sledi poglavje o alkoholni politiki in predlogi ukrepov.

Zaskrbljujoče je, da poraba alkohola v Sloveniji znaša med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na odraslega prebivalca na leto, tako da se Slovenija po skupni (registrirani in neregistrirani) porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami EU. Ugodno je, da v Sloveniji beležimo trend naraščanja števila abstinentov in padanja deleža čezmernih pivcev ter trend padanja visoko tveganega opijanja. Umrljivost zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze je v Sloveniji in v vseh slovenskih regijah višja od povprečja držav članic EU. Velike razlike so med posameznimi statističnimi regijami. Slovenski mladostniki so po deležih tistih, ki tedensko pijejo pivo, vino in žgane pijače, nad mednarodnim povprečjem. Več kot četrtnina slovenskih 15-letnikov pije alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko, kar je nad mednarodnim povprečjem, izstopajo fantje. Možnosti za ukrepanje je veliko, saj je znano, da način preživljanja (prostega) časa pomembno vpliva na pitje alkoholnih pijač.

Posebej zaskrbljujoče je, da so stališča mladih glede pitja alkoholnih pijač precej tolerantna.

Knjiga predstavlja rezultate raziskave med deležniki alkoholne politike (stroka, vladne službe, nevladne organizacije, alkoholna industrija) o mnenjih glede vpliva različnih ukrepov na zmanjševanje škode zaradi alkohola, izvajanja in vodenja alkoholne politike.

Sledi poglavje s predlogi ukrepov, ki so nadvse pregledno urejeni v preglednico in so razdeljeni na posamezne sklope. Pri vsakem ukrepu je opredeljena učinkovitost, stroškovna učinkovitost in stanje ukrepa v Sloveniji. Pri vsakem posameznem ukrepu je z obarvanostjo polja prikazano, do katere mere je učinkovitost oziroma stroškovna učinkovitost podprta z raziskavami.

Knjiga je izvrstna tako po znanstveni kot tudi po strokovni strani in upam, da bo našla širok krog bralcev.

mag. Marjetka Hovnik Keršmanc, viš. pred., Zavod za zdravstveno varstvo Kranj

Ko je alkohol po naključju pred več kot 700 leti pred našim štetjem odkril arabski kemik v upanju, da je odkril eliksir življenja, še ni slutil posledic svojega odkritja za človeštvo. Brezbarvno tekočino, ki je pričarala prijetno počutje, je poimenoval al kohl (fina, plemenita snov). Toda že v času svojega življenja je lahko spoznal, da je to nevarna tekočina, ki uničuje ljudi in njihovo zdravje ter prinaša bedo, trpljenje in bolezen. Kljub temu je danes alkohol najbolj razširjena droga. Pitje alkohola je pogost spremljevalec različnih dogodkov, tako na osebni kot na družbeni ravni. Evropa je največja porabnica alkohola in hkrati tudi regija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki je najbolj obremenjena s posledicami tvegane in škodljivega pitja alkohola. Pitje alkohola močno prispeva k neenakostim v zdravju prebivalcev in je prepoznano kot eden vodilnih dejavnikov tveganja za breme bolezni in prezgodnjo umrljivost. A pri tem je pomembno vedeti, da na področju alkohola obstajajo učinkoviti ukrepi in politike za zmanjševanje škode.

Knjiga Alkohol v Sloveniji – trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko prinaša na enem mestu zbran obširen prikaz stanja na področju alkohola v Sloveniji, ki smo ga v našem prostoru že pogrešali.

V uvodnem poglavju je predstavljen razvoj alkoholne politike v Evropi in v Sloveniji. Kot pomemben mejnik v razvoju sodobne alkoholne politike v Sloveniji je avtorica izpostavila sprejem Zakona o omejevanju porabe alkoholnih pijač (ZOPA) v letu 2003 ter v nadaljevanju predstavila še druge pomembne aktivnosti, dogodke in dosežke na področju preprečevanja in zmanjševanja škode zaradi alkohola ter izzive za prihodnost. V drugem poglavju avtorici opozarjata na tolerantni odnos slovenske družbe do alkohola, slabo ozaveščenost tako javnosti kot politike glede problematike, kar se posledično odraža na porabi alkohola in pivskem vedenju prebivalcev. Poraba alkohola na prebivalca je eden glavnih kazalnikov za spremljanje obsežnosti porabe alkohola v

populaciji in verjetnih trendov z alkoholom povezanih posledic. Avtorici prikazujeta in interpretirata spremembe porabe alkohola v obdobju 2000–2010 in poudarjata, da prikazani podatki odražajo le registrirano porabo alkohola ter opozarjata tudi na obsežno neregistrirano porabo alkohola iz domače proizvodnje, čezmejnega vnosa in tihotapljenja. Porabo alkohola v Sloveniji primerjata s porabo v drugih državah EU. Pri oceni pivskih navad odraslih prebivalcev sta avtorici izhajali iz epidemioloških podatkov, pridobljenih iz populacijskih raziskav v Sloveniji (Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001, 2004, 2008 ter Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007) ter pri interpretaciji rezultatov opozorili na omejitve posameznih raziskav. Pogostost in načine pitja sta povezali z demografskimi (spol, starost), socialno-ekonomskimi (izobrazba, družbeni položaj, bivalno okolje) in drugimi dejavniki (geografsko območje, zdravstvena regija). Na osnovi rezultatov v EU opravljene ankete o odnosu odraslih državljanov EU do pitja alkoholnih pijač, ki vključujejo tudi Slovenijo (Eurobarometer 2006, 2009), sta Slovenijo glede pivskih navad, poznavanja pravne ureditve, ki se nanaša na vožnjo in alkohol ter prepoznavanja škodljivih učinkov alkohola na zdravje, umestili v širši evropski kontekst. V tretjem poglavju sta avtorici na osnovi umrljivosti in bolnišničnih zdravljenj (hospitalizacij) zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov podali oceno zdravstvenih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola v obdobju 2000–2010 in pri interpretaciji trendov razpravljali o možnih vplivih. Vir podatkov so bile uradne statistične zbirke podatkov, ki jih upravlja Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (baza umrlih in BOLOB). Bralca pa sta avtorici opozorili na to, da so v Sloveniji zdravstvene posledice pitja alkohola večje, kot jih lahko uradno zaznavamo in spremljamo. Zdravstvene posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola, ki prispevajo k neenakostim v zdravju, so prikazane po spolu, starosti, regiji bivališča, indeksu razvoja. Na osnovi primerljivih podatkov glede posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola je podana primerjava Slovenije z drugimi državami članicami EU. Avtorice so v četrtem poglavju posebej obravnavale stanje in trende v pitju alkohola med slovenskimi mladostniki v obdobju 2002–2010. Pri tem so se opirale na mednarodno raziskavo Z zdravjem povezan vedenjski slog v osnovni šoli – HBSC (ki se v Sloveniji izvaja od leta 2002 vsaka štiri leta in proučuje pitje alkohola med slovenskimi 11-, 13- in 15-letniki) in Evropsko raziskavo o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – ESPAD (ki se v Sloveniji izvaja od leta 1995 dalje vsaka štiri leta med 15- in 16-letniki). Prikazane so razlike v pitju alkoholnih pijač med spoloma, starostnimi skupinami mladostnikov in primerjava z vrstniki iz drugih držav, ki so sodelovale v raziskavah. Neenakosti v pitju alkohola med mladostniki so avtorice ocenile glede na izbrane kazalnike neenakosti (subjektivno blagostanje družine, materialna premožnost družine, zaposlitveni status staršev, tip družine, učni uspeh, šolski program). Prikazale in komentirale so tudi nekatere dejavnike tveganja za pitje alkoholnih pijač med mladimi in razloge za pitje. Nekatere značilnosti alkoholne problematike med slovenskimi mladostniki (dostopnost alkohola, stališča do alkohola, mnenja glede alkoholne politike, viri informacij o alkoholu) so avtorice dopolnile s podatki iz kvalitativnih in kvantitativnih slovenskih raziskav, ki to tematiko obravnavajo. V petem poglavju je avtorica povzela ugotovitve raziskave, ki je bila opravljena v Sloveniji v letih 2008 in 2009 in je vključevala oceno vpliva in pomembnost različnih

ukrepov za zmanjševanje škode zaradi alkohola, izvajanja ukrepov alkoholne politike v Sloveniji v petih letih po sprejetju Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) ter vodenja alkoholne politike. Oceno so podale štiri skupine akterjev: država, stroka, nevladne organizacije in alkoholna industrija. Prikazane in komentirane so razlike v mnenjih med akterji. Sledi poglavje s predlogi ukrepov, v katerem je avtorica izpostavila poziv SZO državam članicam k izvajanju celovite alkoholne politike za zmanjšanje zdravstvene, socialne in ekonomske škode zaradi tvegane in škodljive rabe alkohola in predlog desetih specifičnih področij ukrepanja. Kot poudarja SZO, morajo ukrepi alkoholne politike temeljiti na znanstvenih dokazih o učinkovitosti in cenovni učinkovitosti. V okviru posameznih specifičnih področij ukrepanja so predstavljene prednostne naloge za Slovenijo. Poglavje je avtorica sklenila s ključnimi ugotovitvami za Slovenijo, v okviru katerih je opozorila na odsotnost celovite strategije in akcijskega načrta, omejene kadrovske kapacitete, premajhno povezanost izvajalcev, pomen spremljanja rabe alkohola, njenih posledic in izvajanja alkoholne politike ter nujnost vzpostavitve sistema vrednotenja programov in ukrepov alkoholne politike. Knjigo zaključuje pregled učinkovitosti ukrepanja, v katerem so avtorice na osnovi podatkov iz literature v preglednici predstavile področja ukrepov ter znotraj njih ocenjeno učinkovitost posameznega ukrepa in njegovo stanje v Sloveniji.

Knjigo je izdal Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, obsega 142 strani ter ima 39 slik in 6 preglednic. Avtorice, ki so sodelovale pri pripravi knjige, dobro poznajo področje alkohola, prihajajo pa z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ministrstva za zdravje Republike Slovenije in Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor.

Knjiga je pomemben doprinos k prepoznavanju alkohola kot pomembnega javnozdravstvenega problema v slovenskem prostoru in ponuja predloge ukrepov za zmanjševanje škode, povezane z alkoholom, z ocenjeno učinkovitostjo. Ker pa je alkoholna problematika zelo raznovrstna in obsežna, ob zdravstvenih posledicah tvegane in škodljivega pitja alkohola, na katere se je knjiga omejila, pogrešam posledice v prometu, na področju javnega reda in miru, na socialnem področju, v kazenskem sodstvu, posledice zaradi zmanjšane ali izgubljene delovne produktivnosti in splošno oceno bremena, ki ga družbi prinaša alkohol. To naj bo izziv za novo knjigo.

Knjiga Alkohol v Sloveniji – trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko bo lahko služila kot pomembno gradivo strokovnjakom in drugim akterjem, ki delujejo oziroma bi morali delovati na področju preprečevanja in zmanjševanja škode zaradi alkohola. Predvsem pa si želim, da bi našla pot do vseh tistih, ki lahko kakorkoli prispevajo k temu, da bi Slovenija pričela drseti po lestvici obremenjenosti zaradi alkohola navzdol in se uvrstila med evropske države, ki so manj obremenjene s posledicami tvegane in škodljivega pitja alkohola.

Marijan Ivanuša, vodja Urada Svetovne zdravstvene organizacije, Slovenija

Knjiga Alkohol v Sloveniji končno na enem mestu strukturirano združuje pregled ključnih epidemioloških podatkov o pitju alkoholnih pijač tako pri odraslih kot pri mladostnikih ter zdravstvene posledice pitja alkoholnih pijač in širok nabor možnih ukrepov.

Aktualni podatki o porabi alkohola, zdravstvenih posledicah zaradi pitja alkoholnih pijač ter o razširjenosti pitja med mladimi so več kot glasen poziv k izvajanju učinkovitih politik za zmanjševanje bremena zaradi alkohola. Poglavlje o mnenjih ključnih akterjev pomembno prispeva k razumevanju dosedanjega dela na področju alkohola v Sloveniji. S svojimi razumljivo podanimi rezultati slovenske raziskave in pojasnili na temelju mednarodnih dognanj daje jasne usmeritve glede prihodnjih ukrepov na področju omejevanja porabe alkohola in torej preprečevanja posledic pitja alkoholnih pijač.

Poglavja o tveganem in škodljivem pitju alkohola, zdravstvenih posledicah ter o alkoholu med mladostniki v Sloveniji predstavljajo pomembne epidemiološke podatke. Mestoma se zdi, da je za povprečnega bralca, tudi oblikovalca politik, teh podatkov celo preveč. Bogastvo podatkov je dragoceno in uporabno za strokovnjake; ostalim bralcem knjige pa bi ožji nabor podatkov in manjše število dobro oblikovanih zaključkov olajšal popotovanje od dokazov do ukrepov oziroma politik.

Ker so epidemiološki podatki praviloma na voljo z zamikom, so spoznanja ob nekaterih specifičnih (preteklih) dogodkih izjemno uporabna za aktualne in prihodnje odločitve (npr. vpliv gospodarske krize v devetdesetih letih na pitje oziroma posledice pitja alkohola in vzporednice s trenutno krizo). Nemara bi tovrstna analiza presegala okvirje pričujoče knjige, zagotovo pa bi doprinesla k razumevanju problematike alkohola v Sloveniji in širše.

Zdi se, da je za sprejemanje posameznih ukrepov ali celovitih politik vse pomembnejši tudi ekonomski vidik. Informacija o stroškovni učinkovitosti posameznih ukrepov, ki je predstavljena v tabelah s predlogi ukrepov, je izjemno dobrodošla za politične odločevalce, saj se na podlagi dokazov lahko odločijo za stroškovno bolj ali manj učinkovite ukrepe. Za začetek odločanja pa bi kot pomemben motivacijski dejavnik knjiga lahko podala informacijo o širših družbenih posledicah pitja alkohola skupaj z njihovimi stroški v Sloveniji. Skupni družbeni stroški pitja alkohola v EU so ocenjeni na 125 milijard evrov, nematerialni stroški pa kar na 270 milijard EU¹.

Knjiga v poglavju 7 v preglednici izjemno nazorno prikaže nabor možnih ukrepov, njihovo učinkovitost ter stanje glede izvajanja posameznega ukrepa v Sloveniji. Iz tabele sta razvidni tudi skladnost ali razhajanje glede učinkovitosti posameznega ukrepa in njegovega izvajanja v Sloveniji.

¹ World Health Organization. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol related harm). Geneva: World Health Organization, 2009.

Zaradi velikega pomena posledic pitja alkohola, se v zadnjih letih krepi teža znanstvenih dokazov s tega področja. Šesto poglavje sintetično poda to ključno informacijo o posameznih ukrepih. Tako publikacija postane neprecenljiv pripomoček vsem odločevalcem, ki si želijo zaustaviti alkoholno epidemijo v Sloveniji. Nenazadnje dobre javnozdravstvene politike temeljijo na dokazih, enako kot na dokazih temelji klinično zdravljenje. Danes si težko predstavljamo, da bi zdravnik začel zdravljenje, ne da bi za svojo doktrino imel na voljo celo vrsto znanstvenih dokazov. Prepričan sem, da bo tudi pričujoča knjiga pomembno prispevala h kulturi oblikovanja na dokazih temelječih javnozdravstvenih ukrepov in politik tako na področju alkohola kot tudi širše.

POVZETEK

V zadnjem desetletju je v evropskem prostoru izšlo veliko publikacij, knjig in poročil, ki so opozorile na dejstvo, da sta tvegano in škodljivo pitje alkohola velika javnozdravstvena problema. Tovrstni viri so podali tudi na dokazih temelječe predloge za učinkovito ukrepanje, kar je pripomoglo k razvoju evropske in slovenske alkoholne politike. V slovenskem prostoru do sedaj še nismo imeli knjige, ki bi problematiko alkohola opisala celostno. Zato želimo s knjigo, ki je pred vami, pregledno podati informacije o tem, kako sta se razvijali evropska in slovenska alkoholna politika, kakšno breme predstavljata v Sloveniji tvegana in škodljiva raba alkohola med odraslimi in med mladostniki ter kakšen je odnos ključnih akterjev do alkoholne politike. Knjigo sklenemo s pregledom učinkovitih ukrepov in s stanjem posameznih ukrepov v Sloveniji. Knjiga je namenjena vsem, ki delujejo na področju alkoholne problematike in tudi širše – vsem, ki se ukvarjajo z zdravjem posameznika in populacije.

V nadaljevanju predstavljamo nekaj ključnih ugotovitev knjige.

Zaradi novih spoznanj o posledicah škodljivega pitja in učinkovitih načinov ukrepanja alkoholna politika v Evropi vse bolj pridobiva na pomenu. V zadnjih letih sta se mobilizirali stroka in civilna družba, posledično se je odzvala tudi politika (strategije, konference, medsektorsko in mednarodno povezovanje akterjev). V omenjene mednarodne procese se ves čas aktivno vključuje tudi Slovenija – izvajati so se začele raziskave, sledile so spremembe zakonodaje ter nacionalne in regijske konference o alkoholni problematiki, ki so povezovalе akterje in postavljale prioritete in izzive za alkoholno politiko v Sloveniji.

Registrirana poraba alkohola se je v obdobju 2000–2010 v Sloveniji gibala med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na odraslega prebivalca na leto. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) se Slovenija po skupni (registrirana in neregistrirana) porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami Evropske unije (EU). Beležimo trend naraščanja abstinentov in padanja čezmernih pivcev ter trend padanja visoko tvegane opijanjanja. Moški tako v EU kot v Sloveniji pijejo alkoholne pijače pogosteje in v večjih količinah v primerjavi z ženskami. Prebivalci iz vzhodne Slovenije v večjem deležu čezmerno pijejo alkohol in se visoko tvegano opijajo kot prebivalci iz zahodne Slovenije.

Delež alkoholu pripisljivih smrti in izgubljenih zdravih let življenja je največji v evropski regiji SZO (največja poraba alkohola na prebivalca na svetu). Primerljivi podatki Slovenijo uvrščajo v vrh držav članic EU tudi po posledicah škodljivega pitja alkohola; nad povprečje držav članic EU se uvrščajo vse slovenske regije. V Sloveniji zaradi alkoholu

neposredno pripisljivih vzrokov na področju umrljivosti opazamo naraščajoči trend, umrljivost narašča na račun umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter. Na področju hospitalizacij je zaznati padajoči trend, a v zadnjih letih so hospitalizirani zdravstveno bolj prizadeti. Med vzroki za smrt je na prvem mestu alkoholna bolezen jeter, pri hospitalizacijah pa duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola. Alkohol tudi v Sloveniji prispeva k neenakostim v zdravju: bolj prizadeti so moški, prebivalci vzhodne kohezijske regije in prebivalci spodnjeposavske regije. Ocenjujemo, da so posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola večje, kot jih lahko uradno zaznavamo in spremljamo.

Problem tveganega pitja alkohola je velik tudi med slovenskimi mladostniki. Več kot ¼ slovenskih 15-letnikov pije alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko, kar je nad mednarodnim povprečjem. Slovenski 15-letniki so nad mednarodnim povprečjem tudi po opitosti ter v prvem poskusu pitja v starosti 13 let ali manj. Raziskave kažejo, da se dekleta v deležu opitih približujejo fantom. Mladim je alkohol relativno enostavno dostopen; večja dostopnost alkohola doma, pitje staršev in slab starševski nadzor pa so dejavniki tveganja za pitje alkoholnih pijač. Stališča mladih glede pitja alkoholnih pijač so precej tolerantna, pri čemer so mladi do učinkovitosti alkoholne zakonodaje skeptični.

Pri načrtovanju, oblikovanju, vodenju in izvajanju alkoholne politike sodelujejo številni akterji, ki imajo različna mnenja glede pomembnosti in vpliva različnih ukrepov alkoholne politike. Analiza mnenj akterjev nam omogoča pripravo predloga ukrepov alkoholne politike, ki bo upošteval, na katerih področjih alkoholne politike je soglasje o izvajanju posameznih ukrepov največje in na katerih področjih so največja nasprotovanja. Slovenski udeleženci raziskave so v primerjavi z akterji na nivoju EU višje ocenjevali vpliv in pomembnost ukrepov, povezanih z informiranjem in izobraževanjem, nižje pa vpliv in pomembnost ukrepov, povezanih z zakonodajo. Po mnenju akterjev so bile v največji meri izvajane aktivnosti s področja vožnje pod vplivom alkohola. Vodenje alkoholne politike pa so udeleženci ocenili kot neučinkovito.

Za boljše rezultate potrebujemo v Sloveniji celovito alkoholno politiko, ki bo vključevala dokazano učinkovite ukrepe in bolje povezala stroko in nevladne organizacije pri njihovem izvajanju. Celovita alkoholna politika vključuje ukrepe na vseh področjih tvegane in škodljive rabe alkohola, od tvegane in škodljive rabe pri posamezniku ter posameznih skupinah prebivalstva v vseh starostnih obdobjih do tvegane in škodljive rabe v različnih življenjskih okoljih in v različnih okoliščinah. Upošteva družbeni kontekst (ekonomske, socialne, kulturne in druge značilnosti), izkorišča vse družbene potencialne in vključuje vse ključne partnerje v družbi, vključno s civilno družbo in lokalno skupnostjo. Najbolj cenovno učinkoviti ukrepi, ki jih predlaga Svetovna zdravstvena organizacija, so ukrepi za omejevanje vožnje pod vplivom alkohola, ukrepi omejevanja dostopnosti alkohola z davki in omejevanjem dostopnosti v smislu starostnih omejitev za nakup in omejitev glede časa in lokacije prodaje, ukrep kratkega svetovanja tveganim pivcem v primarnem zdravstvu ter ukrepi, ki omejujejo oglaševanje alkohola. Ob teh ukrepih Slovenija potrebuje strategijo oziroma akcijski načrt z jasnimi cilji ter

prednostnimi nalogami za izvajanje alkoholne politike, ki mora zagotavljati potrebno infrastrukturo v podporo izvajanju z ustreznimi kadrovskimi in finančnimi viri ter sistemom upravljanja in spremljanja napredka.

Upamo, da bo pričujoča knjiga pripomogla k razvoju slovenske alkoholne politike, in si želimo, da bi prispevala k bolj kritičnemu odnosu vseh nas do alkohola. Le tako bomo stopili korak dlje na poti reševanja alkoholne problematike in izboljševanja zdravja prebivalcev Slovenije.

SUMMARY

Many publications, books and reports have been published in Europe over the last decade emphasising hazardous and harmful alcohol consumption as a major public health problem. These sources also provided the evidence-base for effective action that contributed to the development of European and Slovenian alcohol policy. Until now, no book has been published in Slovenia that would represent the alcohol issue holistically. Therefore, the purpose of this book is to provide – in a transparent manner – information on the development of European and Slovenian alcohol policy, the burden of hazardous and harmful alcohol consumption among adults and adolescents in Slovenia and the stakeholders' opinion on various measures of alcohol policy in Slovenia. Finally, this book also provides a review of effective measures and the status of individual measures introduced in Slovenia. It is intended for anyone working in the area of alcohol problems and beyond – to all those dealing with individual and population health.

Here are some of the key findings of this book.

Alcohol policy in Europe is increasingly gaining importance due to the new findings about the consequences of harmful alcohol consumption as well as due to the evidence on effective intervention. In recent years, experts and civil society have been mobilized and consequently politics responded (strategies, conferences, cross-sectional and international networking). Slovenia has been actively involved in these international processes all along – researches were followed by changes to legislation and various national and regional conferences on alcohol issues that connected experts and established priorities and challenges for alcohol policy in Slovenia.

Between 2000 and 2010, the recorded pure alcohol consumption in litres per capita (age 15+) in Slovenia ranged from 10.3 to 13.5. According to the World Health Organization (WHO), Slovenia ranks fifth among the EU Member States in joint (recorded and unrecorded) per capita pure alcohol consumption. There is an upward trend of abstainers and a decrease in hazardous drinkers as well as a decrease in heavy episodic drinking. In both the EU and Slovenia, men drink alcohol more frequently and in greater quantities than women. Eastern Slovenia is clearly more exposed to a larger proportion of hazardous drinking and heavy episodic drinking than western Slovenia.

The proportion of deaths attributable to alcohol and years of healthy life lost are the highest in the WHO European Region (the highest pure alcohol consumption per capita in the world). Comparable data for Slovenia about the consequences of harmful alcohol consumption places Slovenia at the top among the EU Member States; all Slovenian

regions rank above the EU Member States average. In Slovenia, an upward trend is recorded in alcohol-attributable mortality; the mortality rate is increasing due to alcohol-induced liver cirrhosis. A downward trend is recorded in the area of hospitalizations, but in recent years the health of hospitalized people is more affected than before. Alcoholic liver disease ranks first among all causes of death, whereas among those hospitalized, mental and behavioural disorders due to alcohol prevail. Alcohol in Slovenia contributes to inequalities in health: men, residents of the eastern cohesion region and residents of the Spodnje-posavska region are most affected. It is estimated that the effects of hazardous and harmful alcohol consumption are much greater than we can officially register and monitor.

Hazardous alcohol consumption also represents a considerable problem among Slovenian adolescents. More than ¼ of Slovenian 15-year-olds drink alcohol at least once a week, which is above the international average. Slovenian 15-year-olds also rank above the international average in terms of being drunk at least twice in their lifetime and in having had a first drinking attempt at the age of 13 years or younger. Research shows that in the proportion of drunkenness girls are nearing boys. For young people, alcohol is relatively easily accessible; risk factors for drinking alcoholic beverages are increased availability of alcohol at home, parents' unhealthy drinking habits and poor parental control. The views of young people regarding alcohol consumption are quite tolerant, and at the same time they are sceptical about the effectiveness of alcohol legislation.

A number of stakeholders with various opinions on the importance and impact of alcohol policy measures are involved in the planning, management and implementation of alcohol policy. Analysis of these various opinions enables the preparation of action plans that would take into account in which areas consensus has been reached and in which of them the divergences are most striking. Compared to other players at the EU level, Slovenian participants have assessed the impact and importance of information and education-related measures higher than legislation-related measures. According to the stakeholders' opinion, most of the activities were carried out in the sphere of drunk-driving countermeasures. Participants evaluated alcohol policy management as ineffective.

For achieving better results, Slovenia needs a comprehensive alcohol policy that will include evidently effective measures and better connect experts and non-governmental organizations in their efforts. A comprehensive alcohol policy includes measures in all areas of harmful and hazardous alcohol consumption, from harmful and hazardous individual consumption and consumption of particular groups of the population of all ages to harmful consumption in various environments and under various circumstances. It takes into account the social context (economic, social, cultural and other characteristics), utilizes all the social potential and involves all key partners in society, including civil society and the local communities. The most cost-effective interventions proposed by the World Health Organization are: (I) drink-driving countermeasures, (II)

restricting alcohol availability through taxes, limiting accessibility in terms of age restrictions for buying and restrictions on sales, time and location, (III) brief intervention with at-risk drinkers, accompanied by (IV) restrictions in marketing. Besides these measures, Slovenia needs a strategy or rather an action plan with clear objectives and priorities for the implementation of alcohol policy, which should provide the necessary infrastructure in terms of relevant human and financial resources as well as support in the areas of system management and progress monitoring.

Hopefully this book will contribute to the development of Slovenian alcohol policy and help to develop a more critical attitude towards alcohol in us all. This way, we will take a step further down the road towards solving alcohol issues and improve the health of the Slovenian population.

RAZVOJ ALKOHOLNE POLITIKE

Vesna Kerstin Petrič

1

1. RAZVOJ ALKOHOLNE POLITIKE

Alkoholna politika v Evropi in tudi globalno vse bolj pridobiva na pomenu. To lahko pripišemo vrsti raziskav in poročil o bremenu bolezni ter socialne in ekonomske škode zaradi tvegane in škodljive rabe alkohola, ki so bila objavljena v zadnjem desetletju (1, 2). Nova spoznanja so vplivala, da sta se na tem področju predvsem v Evropi, ki nosi večji delež omenjenega bremena, mobilizirali stroka in civilna družba in posledično se je odzvala tudi politika.

1.1 Evropa: prva po porabi alkohola in škodi ter prva v ukrepanju

V evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) sta poraba čistega alkohola na prebivalca in breme bolezni, povezanih z alkoholom, še enkrat večja od povprečja v svetu. Alkoholom lahko pripišemo kar 8 odstotkov vsega bremena bolezni, kar je v letu 2003 znašalo za Evropsko unijo (EU) 125.000 milijard evrov oziroma 1,3 odstotka bruto domačega proizvoda, vključno z 59 milijardami evrov izgube zaradi zmanjšane produktivnosti kot posledice odsotnosti z dela, nezaposlenosti in izgube delovnih dni zaradi prezgodnje smrti (2).

SZO Urad za Evropo je leta 1992 pripravil prvi akcijski načrt za področje alkohola. V Parizu je bila leta 1995 sprejeta Evropska listina o alkoholu (3), ki je opozarjala na pravico ljudi do zaščite pred negativnimi posledicami rabe alkohola in pozivala države k ukrepanju. Eden pomembnejših mejnikov političnega procesa v Evropi je Ministrsko zasedanje SZO o alkoholu in mladih v Stockholmu leta 2001, na katerem so bili mladostniki izpostavljeni kot ena najbolj ranljivih skupin. Na zasedanju je bila sprejeta Deklaracija o mladih in alkoholu (4), ki je pozivala k ukrepanju mednarodne inštitucije in države članice SZO. Kot posledica deklaracije so bila v Evropi sprejeta priporočila in številne nacionalne zakonodaje za preprečevanje pitja alkohola med otroki in mladostniki. Na ravni Sveta EU je bilo, na primer, junija 2001 sprejeto Priporočilo glede uživanja alkohola pri mladih, še posebej otrocih in mladostnikih (5), ki Evropsko komisijo (EK) in države članice EU poziva k raziskovanju različnih vidikov uživanja alkohola med mladostniki in k razvijanju, izvajanju in vrednotenju aktivnosti krepitve zdravja in preprečevanja bolezni, ki so namenjene otrokom, mladostnikom, njihovim staršem, učiteljem in skrbnikom.

Rezultat zasedanja v Stockholmu so bili tudi junija 2001 in ponovno junija 2004 sprejeti sklepi Sveta EU, v katerih se Evropski komisiji nalaga, da čim prej sprejme ukrepe in strategije za zmanjšanje škode zaradi alkohola (6). V letu 2006 je bila tako sprejeta Strategija za pomoč državam članicam EU pri zmanjševanju škode zaradi alkohola (7), v številne preventivne in raziskovalne projekte pa je bilo vloženih tudi veliko sredstev Evropske skupnosti. Ključni cilji strategije so bili predvsem: zaščita mladih, otrok in nerojenega otroka; zmanjšanje poškodb in smrti zaradi z alkoholom povezanih nezgod; preprečevanje škode, povezane z alkoholom, pri odraslih in zmanjšanje negativnih učinkov

na delavnem mestu; izobraževanje, vzgoja in dvig ozaveščenosti o učinkih tvegane in škodljive rabe alkohola in o ustreznih vzorcih pitja; razvoj in vzdrževanje skupne baze dokazov na ravni EU. Za boljše povezovanje v okviru EU in izmenjavo informacij in dobrih praks so bile vsaki dve leti organizirane konference o alkoholni politiki (Varšava 2004, Helsinki 2006, Barcelona 2008, Bruselj 2010 in Stockholm 2012). Nov zagon so dobile tudi mreže strokovnih in nevladnih organizacij, kar je pospešilo tako nastajanje in izvajanje različnih programov kot politično mobilizacijo za podporo alkoholni politiki.

Tak razvoj dogodkov v Evropi je vplival na procese na globalni ravni. Leta 2010 je bila v Ženevi sprejeta Globalna strategija SZO o zmanjševanju škode, ki nastane zaradi tvegane in škodljive rabe alkohola (8). Za izvajanje Globalne strategije v Evropski regiji je bil sprejet Evropski akcijski načrt SZO za obdobje od 2012 do 2020 (9), ki naj bi evropskim državam pomagal pri uresničevanju alkoholne politike in bil hkrati tudi podlaga za spremljanje napredka na tem področju. Pripravljena je bila vrsta analiz o učinkovitosti in cenovni učinkovitosti posameznih ukrepov, na podlagi katerih se bo lahko politika lažje odločala pri postavljanju prioritet (6, 10–13). SZO in EK sta v sodelovanju vzpostavili Evropski informacijski sistem na področju tvegane in škodljive rabe alkohola, katerega rezultat so poročila o alkoholu, ki vključujejo podatke tako o rabi alkohola in s tem povezani škodi kot tudi o ukrepanju na tem področju (14–16).

1.2 Razvoj sodobne alkoholne politike v Sloveniji

V omenjene mednarodne procese se je ves čas aktivno vključevala tudi Slovenija. Po konferenci v Stockholmu smo leta 2003 sprejeli Zakon o omejevanju porabe alkoholnih pijač (ZOPA) (17), ki je bistveno prispeval k omejevanju dostopnosti do alkoholnih pijač, še posebej za mlade. Žal nam takrat ni uspelo ohraniti prepovedi oglaševanja alkoholnih pijač iz prejšnje države in je to samo deloma omejeno z Zakonom o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS) (18).

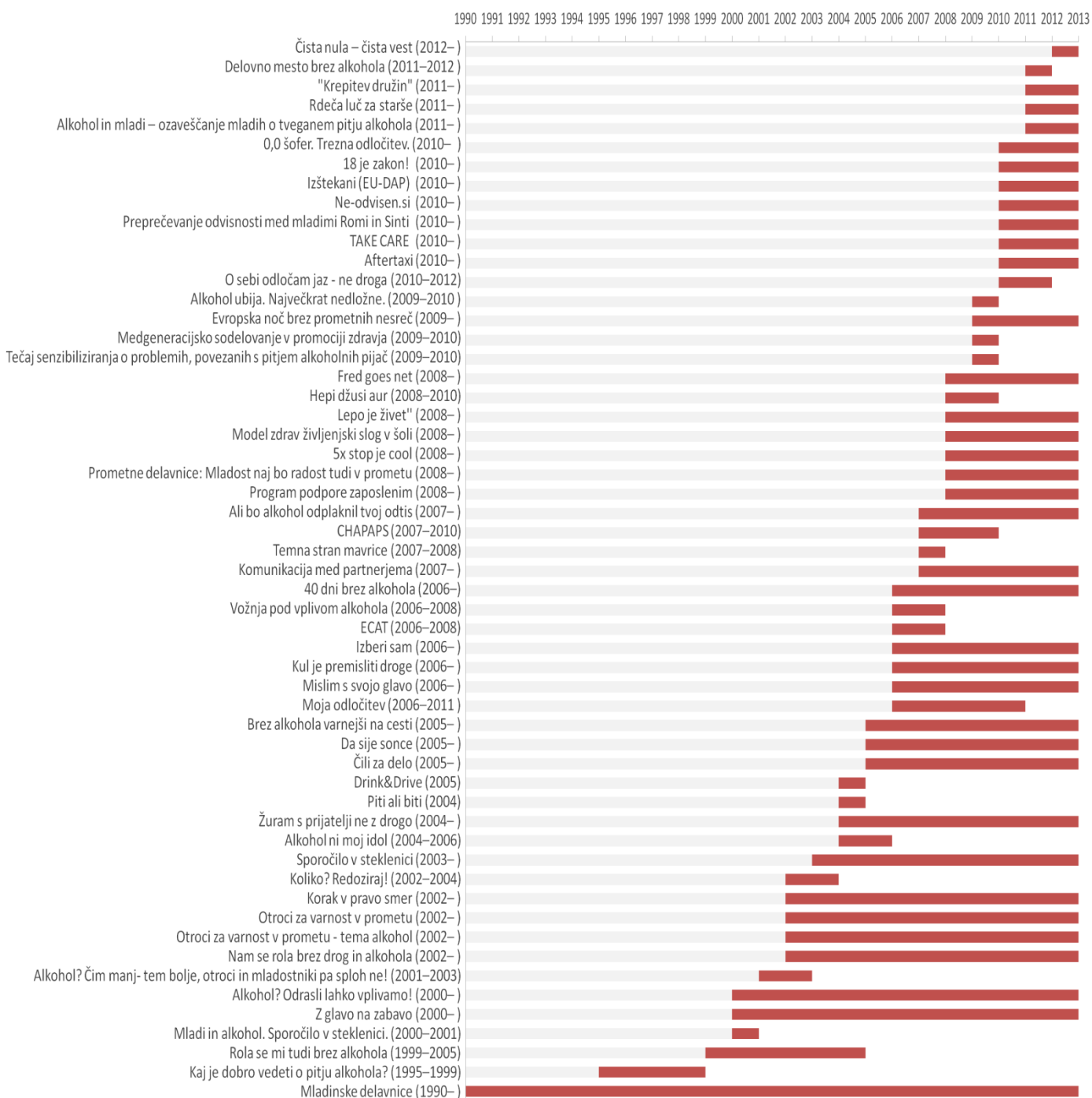
Republika Slovenija je bila v času predsedovanja EU leta 2008 skupaj s Španijo organizator 3. Evropske konference o alkoholni politiki v Barceloni, katere ključna tema je bila izgradnja mednarodnih kapacitet in kapacitet na ravni države za izvajanje alkoholne politike (19). Pobudo konference o vzpostavljanju forumov, ki bi omogočali strokovno razpravo o alkoholni politiki, smo posvojili tudi v Sloveniji in novembra 2012 na Bledu organizirali že II. nacionalno konferenco o alkoholni politiki, ki je bila nekakšen "dogodek po dogodku" po Evropski konferenci oktobra 2012 v Stockholmu. Prva nacionalna konferenca je potekala kot odmev na Evropsko konferenco v Bruslju novembra 2010 na Brdu pri Kranju. V sklepih do sedaj izvedenih nacionalnih konferenc so bili poudarjeni: nujnost zagotavljanja podatkov, informacij in analiz; mobilizacija skupnosti za alkoholno politiko; razvoj kapacitet in povezovanje med vsemi ključnimi akterji predvsem v zdravstvu, socialnem varstvu in med nevladnimi organizacijami; nujnost sprejema celovite politike na tem področju v državi (20, 21).

V zagovorništvo, razvoj in izvajanje alkoholne politike se je v preteklih letih vključila vrsta nevladnih organizacij, ki v sodelovanju z vladnimi inštitucijami delujejo predvsem na področjih zmanjševanja pitja alkohola med otroki in mladostniki, zmanjševanja škodljivega in tveganega pitja alkohola nasploh, preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola in zmanjševanja škode. Slovenija (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije) je v letih 2007 do 2010 vodila evropski projekt o izgradnji kapacitet za izvajanje alkoholne politike (22), ki ga je sofinancirala Evropska komisija. Eden od pomembnejših rezultatov tega projekta za Slovenijo je bila izgradnja naših lastnih kapacitet, saj so se vrata do znanja in evropskih partnerjev široko odprla več mladim strokovnjakom in nevladnim organizacijam. Tako je že leta 2009 nevladni inštitut Utrip prevzel vodenje projekta Evropske skupnosti (»Club Health«), v katerem so se razvijala orodja za delo z mladimi, ki prosti čas zvečer in ponoči preživljajo v klubih in pogosto tvegano in škodljivo pijejo (23). Mladim slovenskim aktivistom je uspel naskok na vodstvo Evropske mreža mladih za alkoholno politiko (angl. APYN – Alcohol Policy Youth Network) (24), kjer imamo Slovenci predsednika te organizacije, uspešno pa smo se vključili tudi v vrsto drugih mednarodnih projektov, ki jih sofinancira Evropska skupnost.

V okviru Sveta za alkoholno politiko smo se v Sloveniji uspešno usklajevali glede varnosti v cestnem prometu in v letu 2011 ob restriktivnih ukrepih uspeli uvesti tudi alternativne oblike obravnave vožnje pod vplivom alkohola, kot so svetovanje pri izbranem zdravniku in terapevtske delavnice (ZPrCP) (25, 26). Enotna sporočila vseh ključnih akterjev (promet, policija, pravosodje, zdravstvo, nevladne organizacije) o nesprejemljivosti vožnje pod vplivom alkohola in velika medijska podpora sta že v prvem letu izvajanja nove zakonodaje pokazala odlične rezultate. Zmanjšalo se je tako število naključno odkritih alkoholiziranih voznikov kot število žrtev nezgod z udeležbo alkohola (27). Spremembe zakonodaje so vplivale tudi na večje potrebe po zagotavljanju svetovanja o tveganem in škodljivem pitju alkohola pri izbranem zdravniku, na kar je zdravstvo odgovorilo s sprejetimi smernicam za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in ukrepanje ter z usposabljanjem vseh zdravnikov v primarnem zdravstvenem varstvu za to storitev na podlagi že prej v mednarodnem projektu pripravljenih priročnikov (28, 29).

Kot enega bolj pomembnih rezultatov lahko štejemo tudi vzpostavitev spletnega portala MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola (www.infomosa.si) (30), ki vsem zainteresiranim omogoča pridobivanje informacij o dogajanju na področju alkoholne politike doma in v tujini ter predstavitev lastnih aktivnosti in mnenj.

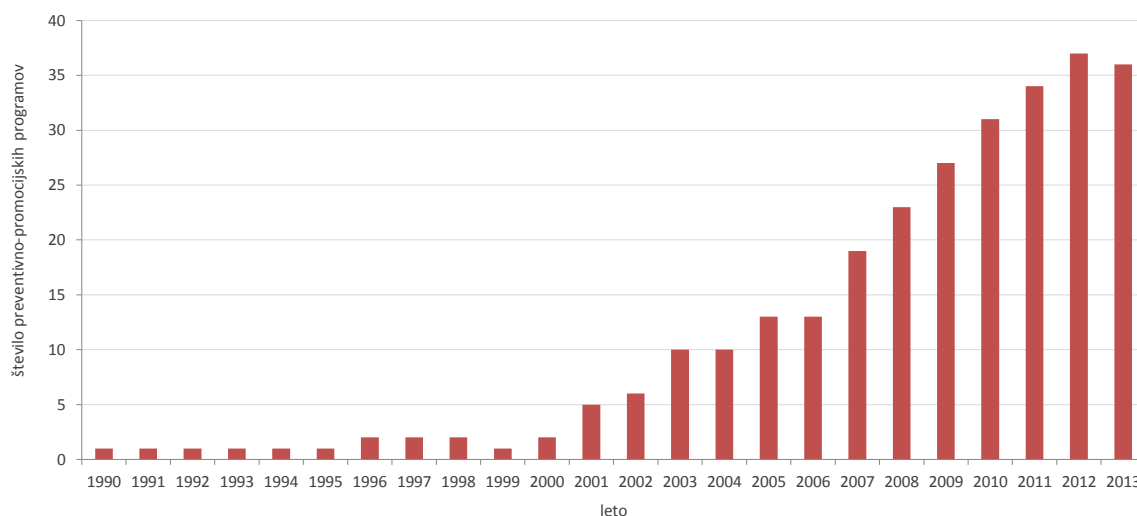
V okviru MOSE je bil narejen pregled preventivno-promocijskih programov, akcij in kampanj, ki so se v Sloveniji izvajale ali se še izvajajo z namenom preprečevanja tveganega in škodljivega pitja alkohola. Ta pregled kaže, da je bilo med letoma 1990 in 2013 v Sloveniji izvajanih 55 preventivno-promocijskih programov, kampanj in akcij (slika 1.1).



Vir: Zorko M, Hočevar T, Kamin T. (2013). Pridobljeno 29. 6. 2013 s spletne strani: <http://www.infomosa.si/doc/casovnica.pdf>

Slika 1.1: Časovni trak (začetek, konec oziroma trajanje) preventivno-promocijskih programov, akcij in kampanj s področja alkoholne problematike v Sloveniji

Porast programov je viden po letu 2006, trenutno pa se izvaja 36 programov (slika 1.2). Večina jih je namenjena mladostnikom in vključuje seznanjanje o škodljivih posledicah tvegane pitja alkohola in o varni vožnji.



Vir: Zorko M, Hočevar T, Kamin T. (2013). Pridobljeno 29. 6. 2013 s spletne strani: <http://www.infomosa.si/doc/casovnica.pdf>

Slika 1.2: Število preventivno promocijskih programov, akcij in kampanj s področja problematike alkohola po posameznih letih

V zadnjih desetih letih je bila v podporo alkoholni politiki v Sloveniji opravljena tudi vrsta raziskav o tvegani in škodljivi rabi alkohola v odrasli populaciji in posebej med mladimi, o dejavnikih tveganja in tistih dejavnikih, ki mlade varujejo pred prezgodnjo iniciacijo v tvegano vedenje, povezano z alkoholom, ter tudi o mnenjih in odnosu različnih ključnih akterjev alkoholne politike (31–47)².

1.3 Izzivi za prihodnost

Kljub opisanemu napredku pa tvegana in škodljiva raba alkohola v Sloveniji ostajata eden ključnih javnozdravstvenih problemov. Ob tem pogosto tudi v stroki še vedno nismo presegli prepričanja, da problem alkohola lahko rešimo tako, da spremenimo družino, mlade ali kulturo pitja. SZO v svoji Strategiji za alkoholno politiko v Evropski regiji iz leta 2006 (48) poudarja, da so eden največjih izzivov alkoholne politike simbolizem in pozitivni aspekti, povezani z alkoholom. Po drugi strani gre za dobro, ki je predmet ekonomskih in fiskalnih interesov, kar predstavlja dodatno oviro za uveljavljanje ukrepov, kot sta zmanjšanje dostopnosti in prepoved oglaševanja, ki učinkovito vplivata na zmanjševanje porabe in škode.

Za spremenjen odnos do alkohola in s tem zmanjšanje z alkoholom povezane škode bo zato nujno dokazano učinkovite ukrepe povezati v celovito alkoholno politiko. Sprejeti bomo morali pogumne politične odločitve in, kot je zapisano v Strategiji SZO za alkoholno politiko v Evropski regiji, "oblikovati javnozdravstvene politike za zmanjševanje škode zaradi alkohola na podlagi interesov zdravja, brez vmešavanja interesov trga". Odgovornost države je, da svojim državljanom zagotovi

² Pregled raziskav je dostopen na http://www.infomosa.si/baze_podatkov/raziskave/seznam.html.

največjo možno raven varovanja pred z alkoholom povezano škodo, četudi na račun posameznih ekonomskih interesov.

Globalna strategija SZO za zmanjševanje škodljive rabe alkohola (8) med ključne izzive za uspešno uveljavljanje alkoholne politike prišteva predvsem globalizacijo trgov; vključevanje in podporo drugih resorjev; prepoznavanje alkoholne politike kot ene ključnih prioritet na politični ravni; usklajevanje različnih interesov (zaposlovanje, fiskalni prilivi); upoštevanje neenakosti v zdravju, ki so povezane z alkoholom; zagotavljanje prilagojenih ukrepov, ki upoštevajo različne okoliščine; in vzpostavitev ustrezne informacijske podpore.

Nekaj specifičnih izzivov za alkoholno politiko v Sloveniji so na I. in II. nacionalni konferenci o alkoholni politiki prepoznali tudi slovenski strokovnjaki in predstavniki nevladnih organizacij, in sicer:

- zagotavljanje rednega spremljanja in poročanja o tvegani in škodljivi rabi alkohola, njenih posledicah in o učinkovitosti ukrepanja,
- boljše povezovanje vseh ključnih akterjev pri načrtovanju, zagovorništvu in izvajanju celovite alkoholne politike,
- zagotavljanje motivacije, usposobljenosti in ustreznih pogojev za delo zdravstvenih delavcev, da bodo lahko čim boljše uresničevali svoji vlogi izvajalcev in zagovornikov alkoholne politike,
- sprejem nacionalnega in regijskih akcijskih načrtov za zmanjševanje tvegane in škodljive rabe alkohola, ki bodo temeljili na dokazano učinkovitih ukrepih ter spodbujali k sodelovanju države, stroke in civilne družbe, tako na nacionalni kot lokalni ravni,
- poenotenje kriterijev oziroma sprejem smernic za prepoznavanje dobrih praks in kakovostnih programov za preprečevanje tvegane in škodljive rabe alkohola,
- zagotavljanje dovolj sredstev za programe prepoznavanja in obravnave tvegane in škodljivega pitja alkohola in vzpostavitev formalne povezave tako med institucijami znotraj sistema kot tudi z institucijami drugih strok na nacionalni in lokalni ravni,
- boljša izkoriščenost različnih profilov za izvajanje preventivnih pregledov s svetovanjem v zdravstvu, predvsem višjih medicinskih sester in patronažne službe, ter vzpostavitev novih interdisciplinarnih modelov in mrež za bolj učinkovito obravnavo tveganih in škodljivih pivcev (povezovanje socialnega in zdravstvenega sistema),
- vzpostavitev celovitih in dolgoročnih programov pomoči za z alkoholom zasvojene posameznike in njihove svojce, ki bodo dostopni tudi specifičnim skupinam prebivalcev (npr. starejšim, mladim) ter
- zagotovitev ekonomske ocene bremena, ki ga za družbo in posameznika predstavlja tvegana in škodljiva raba alkohola, ter novejših podatkov o tvegani in škodljivi rabi alkohola v različnih skupinah prebivalstva (npr. ženske, mladi, starejši) s predlogi specifičnih ukrepov.

Ob izzivih se kot pomembna priložnost kaže predvsem povečevanje baze znanja v podporo na dokazih utemeljenem odločanju in vedno večja povezanost raziskovalcev, strokovnjakov in nevladnih organizacij v mednarodnem prostoru in v Sloveniji.

1.4 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. *The Lancet* 2009; 373(9682): 2223-33.
2. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: A public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
3. Svetovna zdravstvena organizacija. European Charter on Alcohol. Paris: WHO/Europe, 1995. Pridobljeno 15. 6. 2013 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79406/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf.
4. Svetovna zdravstvena organizacija. Declaration on Young People and Alcohol. Copenhagen: WHO/Europe, 2001. Pridobljeno 29. 05. 2013 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/88589/E73074.pdf.
5. Evropska komisija. Council Recommendation (2001/458/EC of 5 June 2001) on the drinking of alcohol by young people in particular children and adolescents), Brussels: European Commission, 2001. Pridobljeno 15.6. 2013 s spletne strani: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:161:0038:0041:EN:PDF>.
6. Evropska komisija. Council Conclusions (2001/C 175/01 of 5 June 2001) on a Community strategy to reduce alcohol-related harm. Brussels: European Commission, 2001. Pridobljeno 15. 6. 2013 s spletne strani: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2001:175:0001:0002:EN:PDF>.
7. Evropska komisija. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions an EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Brussels: European Commission, 2006. Pridobljeno 15. 06. 2013 s spletne strani: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0625:FIN:EN:PDF>.
8. Svetovna zdravstvena organizacija. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO, 2010. Pridobljeno 30. 04. 2013 s spletne strani: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf.
9. Svetovna zdravstvena organizacija. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: WHO, 2012.
10. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2003.
11. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2010.
12. Svetovna zdravstvena organizacija. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol related harm. Copenhagen: WHO, 2009.
13. Svetovna zdravstvena organizacija. Handbook for action to reduce alcohol related harm. Copenhagen: WHO, 2009.
14. Svetovna zdravstvena organizacija. European status report on alcohol and health. Copenhagen: WHO, 2010. Pridobljeno 28. 4. 2013 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf.
15. Svetovna zdravstvena organizacija. Alcohol in the European Union. Copenhagen: SZO, 2012.
16. Svetovna zdravstvena organizacija. Status report on alcohol and health in 35 European countries. Copenhagen: WHO/Europe, 2013.
17. Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA). Uradni list RS, št. 15/2003.
18. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS-A). Uradni list RS, št. 42/2002.
19. 3. evropska konferenca o alkoholni politiki. Barcelona, 2008. Pridobljeno 28. 06. 2013 s spletne strani: <http://www.dss3a.com/btg/>.
20. I. nacionalna konferenca o alkoholni politiki. Brdo pri Kranju, 2010. Pridobljeno 28. 06. 2013 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/sektor_za_krepitev_zdravja_in_zdrav_zivljenjski_slog/alkohol/prva_nacionalna_konferenca_o_alkoholni_politiki/.
21. II. nacionalna konferenca o alkoholni politiki. Bled, 2012. Pridobljeno 28. 06. 2013 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article//6560/.
22. Building capacity for alcohol policy project 2008 – 2011. Pridobljeno 28. 06. 2013 s spletne strani: http://www.eurocare.org/eu_projects/building_capacity.
23. Club health project 2009 -2012. Pridobljeno 28. 06. 2013 s spletne strani: <http://club-health.eu/about/>
24. APYN – Mreža mladih za alkoholno politiko (angl. The Alcohol policy youth network). Pridobljeno 28. 06. 2013 s spletne strani: <http://www.apyn.org/>.
25. Zakon o pravih cestnega prometa (ZPrCP). Uradni list RS, št. 109/2010.
26. Petrič VK. Obravnava tveganega in škodljivega pitja ter odvisnosti od alkohola v zdravstvu v kontekstu celovite alkoholne politike. 5. dnevi prekrškovnega prava – DPP 2010; 5: 36 – 47.
27. Agencija za varnost v prometu. Pridobljeno 28. 06. 2013 s spletne strani: http://www.avp-rs.si/images/dokumenti/SARK/statistika/analiza_varnosti_CP.pdf.

28. 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. Slovenski prevod: Kolšek M, editor. Alkohol in osnovno zdravstvo – Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.
29. Gual A, Anderson P, Segura L, Colom J. Alcohol and primary health care: training programme on identification and brief interventions. Slovenski prevod: Kolšek M, editor. Alkohol in osnovno zdravstvo – Priročnik za poučevanje odkrivanja ter ukrepanja ob tveganem in škodljivem pitju alkohola. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.
30. Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola (MOSA). Pridobljeno 1. 7. 2013 s spletne strani: www.infomosa.si.
31. 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.
32. Ramovš J, Ramovš K. Varovalni dejavniki pred škodljivim pitjem mladih. Končno poročilo raziskovalnega projekta Varovalni dejavniki pred zlorabo alkohola med mladimi. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2011.
33. Boben D, Sorko N. Sodobni pristopi s področja motivacije posameznikov za krepitev zdravega življenjskega sloga: analiza nekaterih ključnih dejavnikov pitja alkohola odraslih prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, 2013.
34. Radoš Krnel S. Management interesnega vidika alkoholne politike v Republiki Sloveniji. Doktorska disertacija. Koper: Fakulteta za management, 2012.
35. Bajt M, Zorko M. Uživanje alkoholnih pijač med mladostniki – izsledki fokusnih skupin. Pridobljeno 11. 3. 2012 s spletne strani: http://www.zdravjevsoli.si/attachments/article/173/fokusne%20porocilo_alkohol.pdf.
36. Boben – Bardutzky D, Boben D, Čebašek – Travnik Z, Levačič M, Sorko N, Zorko M. Odraščanje: z ali brez alkohola?: rezultati raziskave med slovenskimi osnovnošolci. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, 2009.
37. Kovše K, Hočevnar T. Pitje alkoholnih pijač. In: Jeriček Klanšček H, Rožkar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, editors. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 216-27.
38. Jeriček Klanšček H, Rožkar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.
39. Zorko, M in Bajt M. Trendi v pitju alkohola. In: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M. Spremembe v vedenjih povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.
40. Kolšek, M. Pogostost pitja in pивske navade osnovnošolcev v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2000.
41. Boben – Bardutzky D, Boben D, Čebašek – Travnik Z, Levačič M, Sorko N, Zorko M. Pot v odraslost – z ali brez alkohola?: rezultati raziskave o odnosu srednješolcev do alkohola. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, 2010.
42. Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T. HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.
43. Zalta A, Kralj A, Zorc J, Lenarčič B, Medarič Z, Simčič B. Mladi in alkohol v Sloveniji. Koper: Univerza na Primorskem Znanstveno-raziskovalno središče Koper, 2008. Pridobljeno 20. 11. 2012 s spletne strani <http://www.zrs.upr.si/media/uploads/files/Mladi%20in%20alkohol%20v%20Sloveniji.pdf>.
44. Stergar E, Pucelj V, Scagnetti N. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – Slovenija 2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
45. Stergar E. Razširjenost uživanja alkoholnih pijač med srednješolci. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2001.
46. Artnik B, Bajt M, Bilban M, Borovničar A, Brguljan J, Djomba JK et al. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.
47. Zaletel – Kragelj L, Fras Z, Maučec Zakotnik J, editors. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004.
48. Svetovna zdravstvena organizacija. Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 2006.

**TVEGANA IN ŠKODLJIVA RABA
ALKOHOLA PREDSTAVLJATA VELIK
ZDRAVSTVENI PROBLEM**

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

2

2. TVEGANA IN ŠKODLJIVA RABA ALKOHOLA PREDSTAVLJATA VELIK ZDRAVSTVENI PROBLEM

V Sloveniji prevladuje tolerantan odnos do alkohola, saj je vinorodna dežela z dolgoletnim izročilom pridelovanja piva in žganja, okolje in družbena klima sta pitju alkoholnih pijač naklonjena in ga spodbujata, dostopnost (predvsem cenovna) alkoholnih pijač je velika, ozaveščenost javnosti in politike o tej problematiki pa je slaba in v povojih, kar vse posledično vpliva na veliko količino popitih alkoholnih pijač v Sloveniji (1, 2).

Izsledki raziskav kažejo, da sta čezmerno pitje alkohola in visoko tvegano opijanje v Sloveniji pomembna javnozdravstvena problema (3). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) se Slovenija uvršča med sedem držav z najmanjšim deležem moških na svetu, ki v zadnjem letu niso pili alkohola (4). Podobno so leta 1999 ugotovili, da je večina polnoletnih prebivalcev Slovenije pila alkoholne pijače. Takih, ki v zadnjem letu niso pili alkoholnih pijač, je bilo 15,1 % (9,6 % moških in 19,4 % žensk) in le 5 % je bilo popolnih abstinentsov (še nikoli v življenju niso popili niti kozarca alkoholne pijače) (5). Okoli 11 % odraslih prebivalcev je bilo verjetno že odvisnih od alkohola, in sicer vsak peti odrasli moški in vsaka petindvajseta odrasla ženska. Med njimi so izstopale osebe brez izobrazbe in osebe, ki se uvrščajo v čisto spodnji družbeni razred (5). Bolezensko stanje odvisnih od alkohola negativno vpliva nanje in na njihove svojce: prizadene njihovo zdravstveno in socioekonomsko stanje, negativno vpliva na družinsko in družbeno okolje. Upoštevajoč, da sindrom odvisnosti od alkohola (SOA) prizadene tako posameznike kot tudi njihove svojce ter širšo družbo, je delež Slovencev, prizadetih zaradi te problematike, bistveno večji.

V Sloveniji imamo v obdobju 2000–2010 na voljo nekaj lastnih epidemioloških raziskav o pitju alkohola med odraslimi prebivalci. Poleg tega lahko s pomočjo podatkov o porabi alkohola na prebivalca posredno ocenjujemo tvegano³ in škodljivo⁴ pitje alkohola, saj je poraba alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, eden od glavnih kazalnikov za spremljanje obsežnosti porabe alkohola v populaciji in verjetnih trendov z alkoholom povezanih posledic (1).

Pomembne informacije o pivskih navadah, o povezanosti pogostosti in načina pitja s socialno-demografskimi in drugimi dejavniki pridobivamo v Sloveniji s pomočjo populacijskih raziskav (1). V obdobju 2000–2010 sta bili v Sloveniji izvedeni dve epidemiološki populacijski raziskavi s podatki o pivskem vedenju odraslih, in sicer Z zdravjem povezan življenjski slog (angl. Countrywide Integrated – Noncommunicable Diseases Intervention – CINDI) (izvedena v letih 2001, 2004 in 2008⁵ in je zajemala prebivalce Slovenije, stare 25–64 let oziroma v letu 2008 25–74 let) ter Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (angl. European Health Interview Survey – EHIS) (izvedena leta 2007 in je

³ Tvegano pitje alkoholnih pijač predstavlja način pitja alkohola s tveganjem, da bo sčasoma pripeljalo do zdravstvenih ali drugih posledic (3).

⁴ Škodljivo pitje alkoholnih pijač predstavlja način pitja alkohola, ki je že pripeljal do zdravstvenih ali drugih posledic, vendar še ni izražen SOA (3).

⁵ Podatkov za leto 2012 v času priprave knjige še ni na voljo, zato napoved trenda po letu 2008 ni možna.

zajemala prebivalce Slovenije, stare 15 let in več). S tema populacijskima raziskavama lahko pridobimo podatke za izračun kazalnikov, ki nam omogočajo vpogled v pивske navade odraslih, in sicer delež: abstinentov, manj tveganih oziroma zmernih pivcev, čezmernih pivcev in prebivalcev, ki se visoko tvegano opijajo (1).

Poleg v Sloveniji opravljenih epidemioloških populacijskih raziskav so nam na voljo tudi izsledki v EU opravljenih anket o odnosu odraslih državljanov EU do pitja alkoholnih pijač, ki vključujejo tudi Slovenijo (Eurobarometer 2003⁶ (6), 2006 (7), 2009 (8)). Ti nam omogočajo vpogled v pивske navade; oceno prevalence pitja alkoholnih pijač, spremljanje trenutnega in občasnega pitja alkohola ter trende in primerjave z drugimi EU državami.

Namen poglavja je s pomočjo epidemioloških podatkov prikazati pивske navade odraslih prebivalcev Slovenije v obdobju 2000–2010. S pomočjo podatkov IVZ⁷ prikazujemo stanje in spremembe (trende) na področju porabe alkohola in pivskih navad odraslih prebivalcev Slovenije v obdobju 2000–2010, pri čemer je izpostavljeno tudi količinsko pitje alkohola v enoletnem obdobju (v gramih). Zaradi različne vsebnosti alkohola v različnih alkoholnih pijačah popiti alkohol merimo v gramih ali v standardnih enotah. V Evropi ena standardna enota⁸ vsebuje 10 g alkohola (10). Za boljše razumevanje obsega problema so predstavljeni tudi izsledki opravljenih anket o odnosu odraslih državljanov EU do pitja alkoholnih pijač, ocene prevalence pitja alkoholnih pijač, spremljanje trenutnega in občasnega pitja alkohola ter primerjava Slovenije z EU oziroma drugimi državami.

2.1 Stanje glede porabe alkohola med odraslimi in spremembe v obdobju 2000–2010

Podatki odražajo registrirano porabo alkohola

Pri interpretaciji podatkov o porabi alkohola je potrebna določena previdnost. Podatki odražajo registrirano porabo alkohola, ki pa ne vključuje domače proizvodnje, čezmejnega vnosa in tihotapljenja, skratka neregistrirane porabe alkohola (pri vinu s podatki delno zajamemo tudi neregistrirano porabo). Zato je poraba alkohola dejansko večja, kot kažejo podatki o registrirani porabi (1, 11). Pri interpretaciji podatkov o porabi alkohola moramo upoštevati tudi, da podatki o registrirani porabi ne odražajo nujno samo popitega alkohola, vsi kupljeni alkoholni izdelki se namreč ne popijejo nujno v istem letu (velja npr. za kvalitetna vina; nekateri prodajalci lahko naredijo zalogo alkoholnih pijač pred povišanjem davkov) (1). Tudi pri interpretaciji trendov porabe alkohola moramo biti previdni, saj trenda registrirane in neregistrirane porabe alkohola nista nujno vzporedna oziroma sta lahko v določenih okoliščinah celo nasprotna (npr. pri ukrepu, ki zmanjša dostopnost alkohola iz registrirane proizvodnje, hkrati pa ne zagotovi ustreznega nadzora neregistrirane, se lahko prva sicer zmanjša, vendar se na njen račun poveča slednja) (1, 11).

⁶ Raziskava EU v letu 2003 je bila opravljena le v 15 državah takrat članicah EU, zato v nadaljevanju navajamo le tiste izsledke, ki so med različnimi obdobji primerljivi, nam omogočajo vpogled v spremembe ali vključujejo tudi prebivalce Slovenije.

⁷ Registrirana poraba alkohola, CINDI, EHIS.

⁸ Za alkoholne pijače, ki jih najpogosteje pijemo v Sloveniji, je ena standardna enota (10 g čistega alkohola): 250 ml piva s 5 % alkohola, 250 ml sadjevca (mošt, jabolčnik) s 5 % alkohola, 100 ml vina z 12 % alkohola, 50 ml likerja s 25 % alkohola oziroma 30 ml žgane pijače s 40 % alkohola (9).

Registrirana poraba alkohola se v Sloveniji giblje med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na odraslega prebivalca na leto; največ se popije piva, sledijo vino in žgane pijače

V Sloveniji je v obdobju od leta 2000 do leta 2010 znašala registrirana⁹ letna poraba alkohola med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na odraslega prebivalca (starega 15 let in več); beležimo trend nihanja registrirane letne porabe alkohola; povprečen odrasel Slovenec je v tem obdobju količinsko popil največ piva¹⁰, sledili so vino¹¹ in žgane pijače¹² (1, 11).

Poleg registrirane porabe alkohola predstavlja v Sloveniji veliko težavo tudi obsežna neregistrirana poraba alkohola iz domače proizvodnje (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 (4). Ocenjena raven neregistrirane porabe alkohola v Sloveniji je bila tako po novejših izračunih (2005) med 5 in 7 litri na prebivalca, po nekoliko starejših (1994) pa celo med 7 in 8 litri (2, 12).

Slovenija se po skupni (registrirani in neregistrirani) porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami EU

EU predstavlja regijo, kjer se popije največ alkohola na svetu, in sicer v povprečju 11 litrov čistega alkohola na odraslo osebo (staro 15 let in več) na leto, kar predstavlja 2,5-krat več, kot je ostalo svetovno povprečje (13). Najvišje vrednosti porabe alkohola na odraslega prebivalca v Evropi so bile dosežene sredi sedemdesetih let prejšnjega stoletja, takratna poraba je bila ocenjena na 15 litrov na odraslo osebo na leto. Raven porabe alkohola v obdobju 1960–1980 je v srednji in severni Evropi naraščala, v južni Evropi (državah pridelovalkah vina) pa je dosledno padala. V zadnjih štiridesetih letih smo bili priča izenačevanju glede porabe alkohola med državami starimi članicami EU (za EU-15 znaša 11,5 l) in novimi članicami EU (za EU-10 znaša 10,5 l), tako je povprečna poraba alkohola v novih članicah glede na pretekle podatke trenutno najbližje tisti v starih članicah, čeprav med samimi državami ostajajo precejšnje razlike (13).

Malo manj kot polovica vsega popitega alkohola v letu 2002 se je popila s pivom (44 %), sledila sta vino (34 %) in žganje (23 %). Znotraj starih članic EU (EU-15) se v zadnjih štiridesetih letih pojavlja harmonizacija z vidnim izenačevanjem, in sicer v severnih in osrednjih delih EU večinoma pijejo pivo, medtem ko v južni Evropi pijejo večinoma vino (13).

Čeprav je neregistrirana poraba alkohola težko izmerljiva, se ocenjuje, da sta ilegalna pridelava in čezmejni vnos alkohola najvišja v vzhodni Evropi (še posebej v baltskih državah, Bolgariji, na Poljskem in v Sloveniji), kjer dosega 5 litrov na odraslega prebivalca na leto (13). Upoštevajoč vse vrste porabe alkohola, podatki za leto 2002 kažejo, da je v povprečju odrasli prebivalec EU popil 13 litrov alkohola na leto, pri čemer EU-10 prekašajo EU-15 za dodatna 2 litra na osebo na leto (13).

⁹ Podatke o registrirani porabi alkohola na prebivalca v Sloveniji izračunavamo iz podatkov o proizvodnji (industrijski in kmetijski), uvozu, izvozu in zalogah alkoholnih pijač. Porabo alkohola izražamo v litrih čistega alkohola na prebivalca, zato je treba litre posamezne pijače pretvoriti v litre čistega alkohola (1).

¹⁰ Leta 2010: 91,8 litra piva ali 44,5 % registrirane porabe alkohola; najvišji delež registrirane porabe alkohola je znašal 68,6 % leta 2003, najnižji pa 36,5 % leta 2004.

¹¹ Leta 2010: 44,0 litrov vina ali 46,9 % registrirane porabe alkohola; najvišji delež registrirane porabe alkohola je znašal 54,6 % leta 2004, najnižji pa 34,6 % leta 2003.

¹² Leta 2010: 2,2 litra žgane pijače ali 8,6 % registrirane porabe alkohola; najvišji delež registrirane porabe alkohola je znašal 10,1 % leta 2005, najnižji pa 2,7 % leta 2000.

Slovenija se 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 (4). S podatki o registrirani porabi alkohola na prebivalca sicer ne dobimo informacij o tem, kakšen je vzorec pitja v populaciji (npr. ali se alkohol v veliki meri pije v večjih količinah ob posameznih priložnostih – kot opijanje ali je poraba bolj enakomerno porazdeljena čez leto) (1, 11), vendar lahko s pomočjo podatkov o porabi alkohola na prebivalca posredno ocenjujemo tvegano in škodljivo pitje alkohola (1).

2.2 Pivske navade med odraslimi in spremembe v obdobju 2000–2010

Z anketami pridobivamo subjektivne ocene o pivskih navadah

S pomočjo anket pridobivamo podatke, ki temeljijo na subjektivnih ocenah sodelujočih anketirancev; objektivnih metod, s katerimi bi merili pivske navade, še ni na razpolago. Primerljivost podatkov, pridobljenih s pomočjo različnih anket, je pogosto ovirana ali nemogoča zaradi razlik v metodologiji, načinu ali obdobju anketiranja, časovnem intervalu, izbranem vzorcu ..., zato je pri interpretaciji potrebna previdnost. Pri ocenjevanju pivskih navad (javnomnenjske ankete) je treba upoštevati tudi različne vzorce pitja alkoholnih pijač, lokacijo pitja alkohola (npr. dom, gostinski lokali ...), čas pitja (obroki, vikendi ...), kontekst pitja (posebne priložnosti, obroki ...).

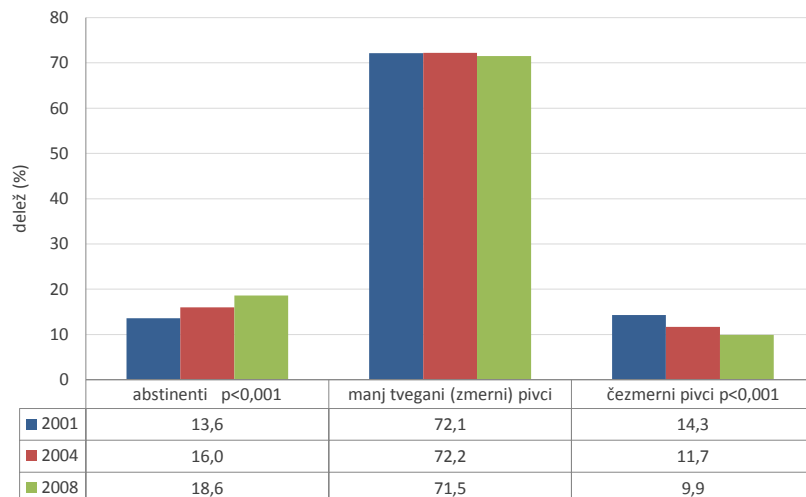
Za klinično oziroma diagnostično odkrivanje in potrjevanje škodljivega in tveganega pitja alkohola ter SOA so zato poleg ustrezne tehnike pogovora in uporabe vprašalnikov (angl. The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT, CAGE) pomembne tudi laboratorijske preiskave. Tudi sama presnova etanola je hitra in skoraj popolna v primerjavi s številnimi drugimi psihoaktivnimi snovmi in ne poznamo popolnoma specifičnih označevalcev¹³, ki bi potrjevali spremembe, povezane s pitjem alkoholnih pijač (14). Zaradi naštetega pivskih navad še ni mogoče objektivno ovrednotiti, lahko pa ugotovimo tvegano in škodljivo pitje alkoholnih pijač in odvisnost.

Trend naraščanja abstinentov in padanja čezmernih pivcev v Sloveniji

Porazdelitev stopnje pitja alkoholnih pijač vseh anketirancev v obdobju 2001–2008 je pokazala trend naraščanja abstinentov, trend padanja čezmernih pivcev alkoholnih pijač¹⁴, delež manj tveganih (zmernih) pivcev pa je sorazmerno stabilen (slika 2.1, preglednica 2.1) (3).

¹³ V Sloveniji najbolj pogosto uporabljamo naslednje označevalce: transferin z zmanjšanim deležem ogljikovih hidratov (CDT) v serumu, gama-glutamilttransferazo (GGT) v serumu, aspartat-aminotransferazo (AST) in alanin-aminotransferazo (ALT) v serumu, povprečni volumen eritrocitov (MCV) v krvi ter glutamat dehidrogenazo (GLDH) v serumu (14).

¹⁴ Čezmerno pitje alkohola je povprečno dnevno pitje alkoholnih pijač v količinah, ki presegajo mejo manj tveganega pitja (za ženske več kot eno merico čistega alkohola dnevno oziroma 70 g čistega alkohola tedensko; za moške več kot dve merici čistega alkohola dnevno oziroma 140 g čistega alkohola tedensko (1, 3).



Slika 2.1: Porazdelitev stopnje pitja alkoholnih pijač, 2001–2008, Slovenija (Vir: IVZ)

Tudi podrobnejši izsledki po spolu so potrdili trend naraščanja deleža abstinentov in padanja deleža čezmernih pivcev med moškimi in ženskami. Moški so sicer abstinirali v manjšem deležu in so bili v veliko večjem deležu čezmerni pivci kot ženske, ženske pa so v primerjavi z moškimi nekoliko pogosteje pile manj tvegano (preglednica 2.1) (3).

Preglednica 2.1: Porazdelitev stopnje pitja alkohola po spolu, 2001–2008, Slovenija (Vir: IVZ)

Spol	Stopnja pitja alkoholnih pijač %											
	Abstinenti				Manj tvegani (zmerni) pivci				Čezmerni pivci			
	2001	2004	2008	trend p	2001	2004	2008	trend p	2001	2004	2008	trend p
Moški	8,4	10,1	13,5	<0,001	69,3	71,7	70,4	0,252	22,3	18,2	16,0	<0,001
Ženski	19,1	22,3	24,1	<0,001	75,1	72,8	72,6	0,015	5,8	4,9	3,4	<0,001
Skupaj	13,6	16,0	18,6	<0,001	72,1	72,2	71,5	0,390	14,3	11,7	9,9	<0,001

V zadnjem letu¹⁵ je vsakodnevno pilo alkohol 6,9 % Slovencev; 1,2 % moških in 1,4 % starih 15–24 let je skoraj vsakodnevno popilo 6 ali več meric pijače ob eni priložnosti

23,2 % anketiranih v zadnjih 12 mescih nikoli ni pilo alkoholnih pijač, med njimi več žensk (29,8 %) kot moških (16,2 %). Delež tistih, ki v zadnjih 12 mescih niso nikoli pili alkoholnih pijač, je bil večji pri starejših od 45 let (15).

Največji delež v vseh starostnih skupinah so predstavljali tisti, ki so pili alkoholne pijače nekajkrat v zadnjih 12 mescih, razen v starostni skupini po 75. letu starosti, kjer je bilo največ takih, ki alkohola niso nikoli pili (15).

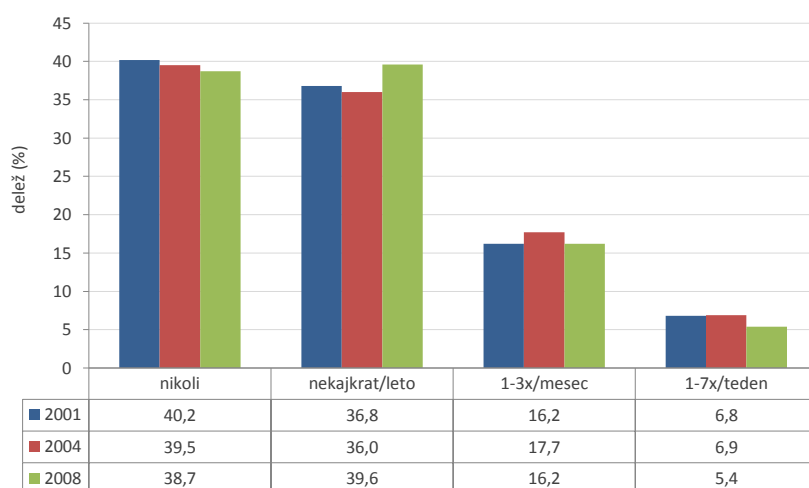
6,9 % anketirancev je v zadnjem letu vsakodnevno pilo alkohol, več moških (10,7 %) kot žensk (3,3 %) (15). Dnevno ali skoraj vsak dan je popilo 6 ali več meric pijače ob eni priložnosti 1,2 % moških in kar 1,4 % anketirancev v starostni skupini 15 do 24 let. Pitje 6 ali več meric alkoholne pijače ob eni priložnosti je bilo pogostejše pri mlajših starostnih skupinah (15).

¹⁵ EHIS, 2007 vključuje tudi vprašanja o pivskih navadah, vendar ne vključuje zanesljivih podatkov o količini popite alkoholne pijače na dan, zato ne moremo pridobiti natančnejših podatkov in informacij o škodljivem pitju alkohola.

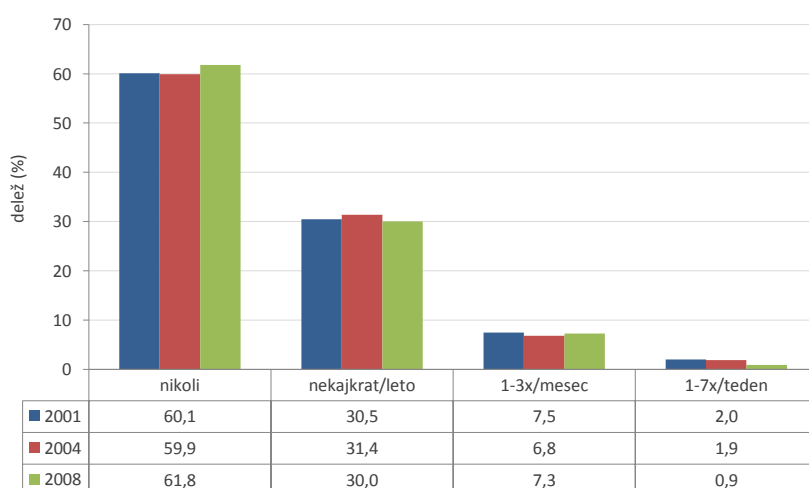
Moški se pogosteje visoko tvegano opijajo kot ženske

V opazovanem obdobju beležimo trend padanja visoko tveganega opijanja¹⁶ vsaj enkrat letno ($p < 0,001$). Med osebami, ki so odgovorile, da se niso nikoli visoko tvegano opijale, je bil manjši delež moških kot žensk, pri vseh drugih oblikah visoko tveganega opijanja z alkoholom pa je bil delež moških v primerjavi z deležem žensk večji; pogostejše kot je bilo visoko tvegano opijanje, večji je bil delež moških v primerjavi z deležem žensk (mesečno in tedensko visoko tvegano opijanje) (sliki 2.2, 2.3) (3).

V obdobju 2001–2008 se je pri moških nakazoval trend padanja deleža tistih, ki se niso nikoli visoko tvegano opijali, delež takih žensk pa je bil čedalje večji. Med tistimi, ki so se visoko tvegano opijali nekajkrat letno, se je pri moških kazal trend naraščanja v zadnjem obdobju. V skupini visoko tveganega opijanja so bili najbolj ogroženi tisti, ki so alkohol na tak način pili najpogosteje. Med tistimi, ki so se visoko tvegano opijali od 1- do 7-krat tedensko, je zaznati trend padanja pri obeh spolih (sliki 2.2, 2.3) (3).



Slika 2.2: Pogostost visoko tveganega opijanja v zadnjem letu pri moških, 2001–2008, Slovenija (Vir: IVZ)



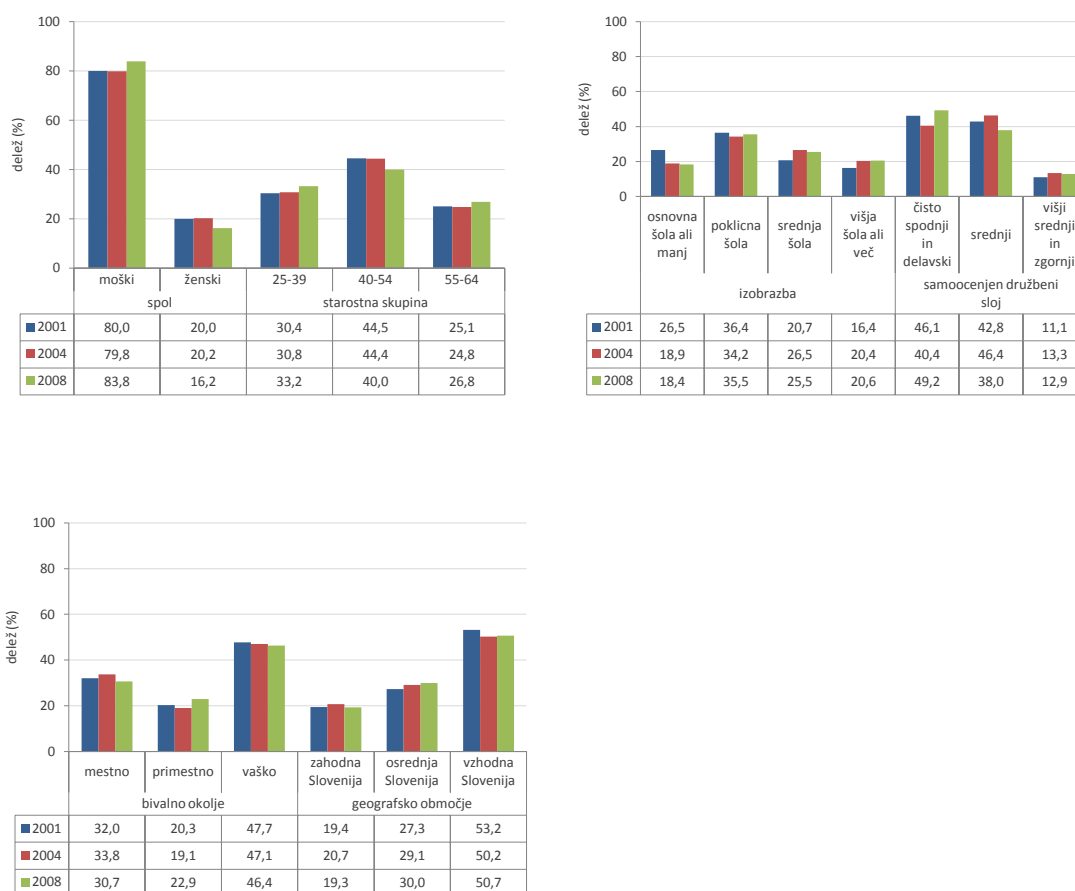
Slika 2.3: Pogostost visoko tveganega opijanja v zadnjem letu pri ženskah, 2001–2008, Slovenija (Vir: IVZ)

¹⁶ Visoko tvegano opijanje je pitje velike količine alkoholnih pijač, ki presegajo mejo manj tveganega pitja ob posamezni priložnosti ali kateri koli dan, ko so pili (za moške 6 ali več meric čistega alkohola vsaj enkrat v letu ob enkratni priložnosti in za ženske 4 merice ali več čistega alkohola vsaj enkrat v letu ob enkratni priložnosti) (1, 3).

Med čezmernimi pivci alkohola izstopajo moški, stari 40–54 let, s poklicno izobrazbo, iz srednjega in najnižjega socialno-ekonomskega sloja ter vaškega okolja

Vpogled v skupino čezmernih pivcev alkohola nam za opazovano obdobje razkrije, da so med njimi prevladovali moški (največja razlika v razmerju moški : ženske je bila v letu 2008, in sicer 5,2 v škodo moških). Najpogosteje so bili čezmerni pivci stari 40–54 let (slika 2.4) (3).

Med čezmernimi pivci so prevladovali tisti s poklicno izobrazbo, iz najnižjega (spodnji in delavski) oziroma srednjega sloja, glede na bivalno okolje iz vaškega okolja, glede na geografsko regijo pa iz vzhodne Slovenije (slika 2.4) (3).

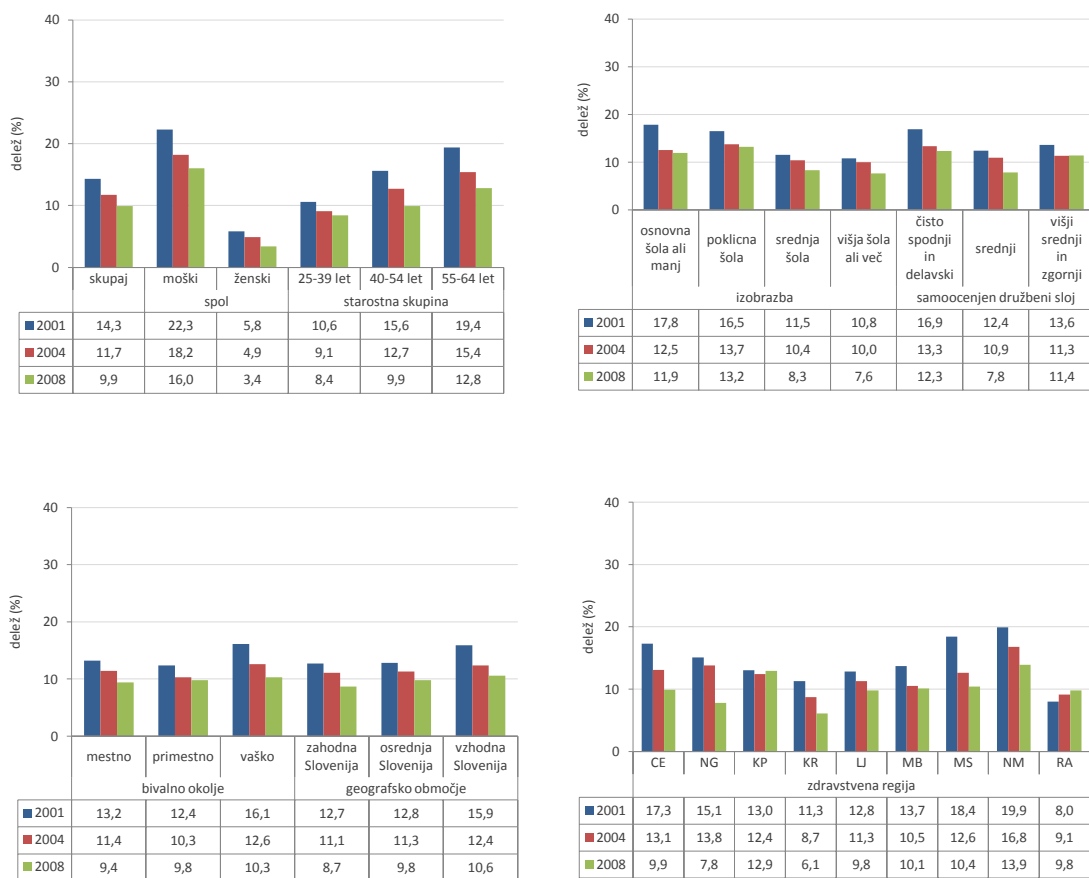


Slika 2.4: Demografska (spol, starost), socialno-ekonomska (izobrazba, samoocenjeni družbeni sloj, bivalno okolje) in geografska (geografsko območje) razporeditev oseb, ki čezmerno pijejo alkoholne pijače, 2001–2008, Slovenija (Vir: IVZ)

Slika 2.5 prikazuje delež čezmernih pivcev alkohola med anketiranci (glej tudi slika 2.1, preglednica 2.1). Delež čezmernih pivcev alkohola je višji med moškimi, najvišji v starostnem razredu 55–64 let, med poklicno izobraženimi, v skupini iz najnižjega samoocenjenega družbenega sloja (spodnji in delavski), vaškega bivalnega okolja, geografskega območja vzhodne Slovenije in zdravstvene regije Novo mesto.

Delež čezmernih pivcev alkohola se je v opazovanem obdobju značilno znižal v vseh starostnih in izobrazbenih skupinah. Glede na samoocenjeni družbeni sloj se je delež čezmernih pivcev alkohola značilno znižal v čisto spodnjem in delavskem ter srednjem sloju in v vseh skupinah bivalnega okolja.

Trend zniževanja deleža čezmernih pivcev alkohola je prisoten v vseh treh geografskih območjih in skoraj v vseh zdravstvenih regijah (izjema Koper in Ravne) (slika 2.5) (16).

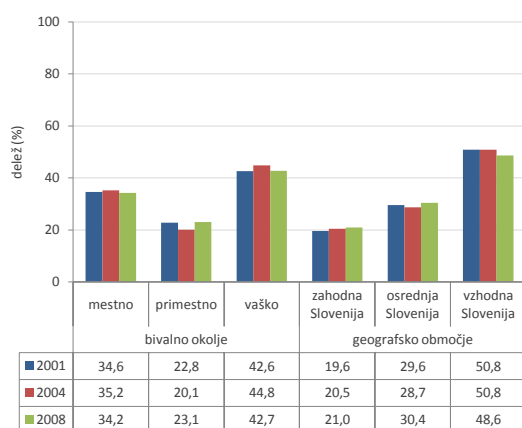
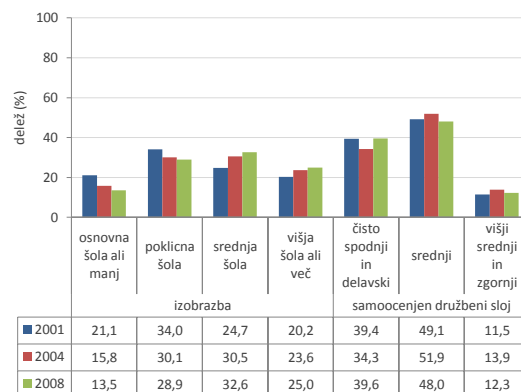
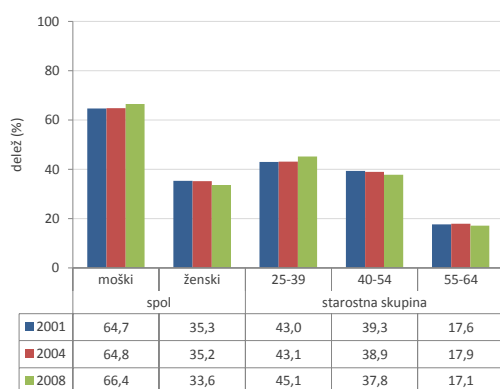


Slika 2.5: Delež populacije, ki čezmerno pije alkoholne pijače glede na demografske (spol, starost), socialno-ekonomske (izobrazba, samooocenjeni družbeni sloj, bivalno okolje) in geografske (geografsko območje, zdravstvena regija) značilnosti anketirancev, 2001–2008, Slovenija (Vir: IVZ)

Med tistimi z visoko tveganim opijanjem so izstopali moški, stari 25–39 let, s poklicno oziroma srednjo šolo, iz srednjega sloja in vaškega okolja

V skupini ljudi, ki so se visoko tvegano opijali, je bilo skoraj dvakrat več moških kot žensk. Glede na starostne skupine je odstotek visoko tveganega opijanja upadal s starostjo: najpogosteje so se tvegano opijali med 25. in 39. letom starosti, v starostnem obdobju od 55 do 64 let pa je bil odstotek najnižji (slika 2.6) (3).

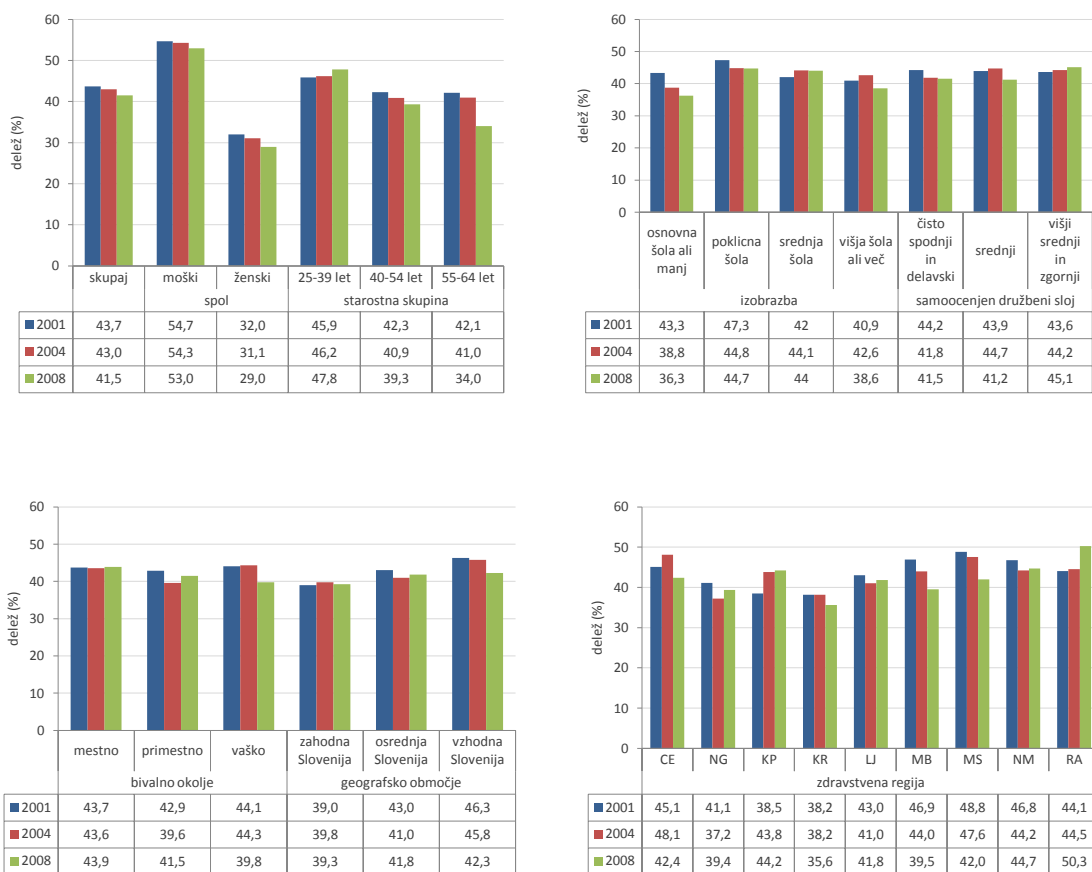
Najpogosteje so imeli ljudje, ki so se visoko tvegano opijali, poklicno izobrazbo (trend padanja) oziroma srednjo šolo (trend naraščanja). Glede na spol in izobrazbo hkrati se je pokazalo, da so imeli moški, ki so se visoko tvegano opijali, najpogosteje poklicno šolo, ženske pa srednjo šolo. Med tistimi, ki so se visoko tvegano opijali, so prevladovali tisti iz srednjega družbenega sloja, vaškega bivalnega okolja in vzhodne Slovenije (slika 2.6) (3).



Slika 2.6: Demografska (spol, starost), socialno-ekonomska (izobrazba, samoocenjeni družbeni sloj, bivalno okolje) in geografska (geografsko območje) razporeditev oseb, ki se visoko tvegano opijajo, 2001–2008, Slovenija (Vir: IVZ)

Slika 2.7 prikazuje delež anketirancev, ki se visoko tvegano opijajo. Delež populacije, ki se visoko tvegano opija, je višji med moškimi, najvišji v starostnem razredu 25–39 let, med poklicno oziroma srednješolsko izobraženimi. Glede na družbeni sloj anketirancev se je pokazalo, da je odstotek takega vedenja v vseh slojih podoben, vendar v čisto spodnjem in delavskem ter srednjem sloju delež pada, v višjem srednjem in zgornjem pa narašča. Podobno velja za skupine bivalnega okolja, kjer je odstotek takega vedenja v različnih bivalnih okoljih podoben, najvišji delež je sicer v vaškem (trend padanja), a v mestnem in primestnem okolju delež takih pivcev ne upada. Delež visoko tvegane opijanosti je najvišji v geografskem območju vzhodne Slovenije.

Delež tistih, ki se visoko tvegano opijajo, se je v opazovanem obdobju značilno znižal v starostnih skupinah 40–54 in 55–64 let in izobrazbeni skupini z osnovnošolsko izobrazbo ali manj. Glede na samoocenjeni družbeni sloj se je delež tistih, ki se visoko tvegano opijajo, značilno znižal v čisto spodnjem in delavskem ter srednjem sloju ter v vaškem bivalnem okolju. Delež pivcev, ki se visoko tvegano opijajo, se je značilno znižal v zdravstvenih regijah Murska Sobota in Maribor. Trend zniževanja deleža tistih, ki se visoko tvegano opijajo, je prisoten v geografskem območju (slika 2.7) (16).



Slika 2.7: Delež populacije, ki se visoko tvegano opija, glede na demografske (spol, starost), socialno-ekonomske (izobrazba, samoocenjeni družbeni sloj, bivalno okolje) in geografske (geografsko območje, zdravstvena regija) značilnosti anketirancev, 2001–2008, Slovenija (Vir: IVZ)

Slovenski prebivalci vzhodne kohezijske regije v večjem deležu pijejo alkohol čezmerno in se visoko tvegano opijajo

Glede na zemljepisno območje odstotek čezmernega pitja alkohola in visoko tvegane opijanosti narašča od zahoda proti vzhodu Slovenije (3).

Prebivalci vzhodne Slovenije imajo 1,39-krat večje relativno tveganje¹⁷ za čezmerno pitje in 1,12-krat večje relativno tveganje za visoko tvegano opijanost kot prebivalci zahodne Slovenije (1).

Pivske navade v državah članicah EU: EUROBAROMETER (2006, 2009)

Anketiranci, ki so sodelovali v raziskavi Eurobarometer, so povprašali glede pitja katere koli alkoholne pijače v zadnjih 12 mesecih. V letu 2009 je tri četrtine (76 %, med Slovenci 82 %) vseh anketiranih državljanov EU za zadnjih 12 mesecev potrdilo pitje alkoholnih pijač, 24 % jih je odgovorilo, da so v tem obdobju abstinirali. Primerjava s podobno anketo, opravljeno leta 2006, je pokazala, da je delež nespremenjen oziroma so le minimalne razlike glede prevalence pitja alkohola in abstinence (75 % vs. 25 %) (7). Podatki za Slovenijo so pokazali, da je abstiniralo 18 % anketiranih prebivalcev v Sloveniji leta 2009, kar je nekoliko manj kot leta 2006 (20,6 %) in v obeh primerih manj od evropskega povprečja (7, 8).

¹⁷ Razmerje med ogroženostjo določenega posameznika in ogroženostjo skupine iste starosti brez dejavnika tveganja.

Med tistimi Evropejci, ki so pili alkohol v zadnjih 12 mescih, 3 izmed 10 oseb niso nikoli pile 5 pijač ob eni priložnosti (34 % vs. 31 % leta 2006), po drugi strani pa so tudi 3 izmed 10 oseb potrdile pitje 5 ali več pijač enkrat tedensko (17 % vs. 15 % leta 2006) ali večkrat tedensko (12 %) (7, 8). Primerjava podatkov iz leta 2009 in 2006 kaže, da se vzorci pitja alkoholnih pijač spreminjajo.

Izsledki kažejo, da je delež državljanov EU, ki pijejo alkohol le občasno oziroma priložnostno, relativno nizek (12 % anketirancev, ki je potrdilo pitje alkohola, ga ni pilo v zadnjih 30 dneh) (8). Med tistimi, ki so potrdili pitje alkohola v zadnjih 30 dneh, je 1 od 3 potrdil pitje 5 pijač ali več ob eni priložnosti najmanj enkrat tedensko, najpogosteje so bili stari med 15 in 24 let (8).

Skoraj polovica (49 % leta 2009 in 48 % leta 2006) državljanov EU je poročala o pitju alkohola 1–3-krat tedensko (med Slovenci 46 %), medtem ko v nekaterih državah anketirani poročajo o vsakodnevnem pitju, npr. Portugalska (43 % v letu 2009, 47 % v letu 2006), Italija (25 % v letu 2009, 26 % v letu 2006) (8).

Globalno gledano se s primerjavo podatkov (2003, 2006 in 2009) za EU nakazuje blag upad pogostosti vsakodnevnega pitja v EU (6–8). Podatki po posameznih državah pa razkrivajo, da je vsakodnevno pitje alkohola v obdobju 2006–2009 v Sloveniji in v Romuniji poraslo z 9 % na 13 % (7, 8).

Pogostost in način pitja alkohola se spreminjata s starostjo. Medtem ko starejši ne pijejo več kot 2 alkoholni pijači ob eni priložnosti, mlajši pogosteje pijejo 3 ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti (46 % starih 15–24 let v letu 2009 in 44 % v letu 2006) (8). V EU četrtnina starejših od 55 let pije vsakodnevno (vs. 3 % starih 15–24 let), četrtnina najmlajših (15–24 let) pije 5 ali več alkoholnih pijač enkrat tedensko (vs. 11 % pri starih 55 let in več). Količina popitega alkohola je najvišja v najmlajšem starostnem razredu: od 15 do 24 let. Količina popitih pijač ob eni priložnosti uvršča mlade med skupine z večjim tveganjem, povezanih z verižnim popivanjem (angl. binge drinking) (8).

Moški so bolj nagnjeni k pogostejšemu pitju alkohola v primerjavi z ženskami, 19 % (18 % v 2006) moških pije alkohol vsakodnevno v primerjavi z 8 % (9 % v 2006) žensk (8). Več jih tudi pije večje količine alkohola ob eni priložnosti v primerjavi z ženskami (34 % moških popije 3 alkoholne pijače ali več v primerjavi z 20 % žensk). Tudi delež tistih, ki popijejo 5 ali več alkoholnih pijač enkrat tedensko ali pogosteje, je višji med moškimi (36 % v primerjavi z 19 %) (8).

Med ženskami je tudi več abstinentov in tistih, ki pijejo zgolj občasno. V zadnjih 12 mescih je v EU kot celoti abstiniralo 32 % žensk v primerjavi s 16 % moških; 83 % (v 2006 82 %) žensk v primerjavi z 92 % (2006 in 2009) moških pa je pilo alkohol v zadnjih 30 dneh. 44 % žensk poroča, da nikoli ne spiye 5 ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti v primerjavi z 26 % moških (8).

Raziskava Eurobarometer je tudi pokazala, da državljani EU slabo poznajo pravne ureditve, ki se nanašajo npr. na vožnjo in alkohol v njihovih državah. Zgolj 27 % anketiranih državljanov EU je pravilno odgovorilo glede zakonske omejitve koncentracije alkohola v krvi pri voznikih. Več kot tretjina (36 %) je odgovorila napačno, skoraj enak delež (37 %) pa je bilo takih, ki so odgovorili z *ne vem*. Slovenci so večinoma odgovorili pravilno (61 %), četrtnina je odgovorila napačno (25 %), desetina je odgovorila z *ne vem* (13 %). Kljub nizkemu deležu pravih odgovorov glede zakonske omejitve

koncentracije alkohola v krvi voznikov je večina državljanov EU (61 %; med Slovenci pa 52 %) menila, da sta ena ali dve alkoholni pijači (v 2 urah) pred vožnjo preveč (8).

Gledano globalno državljani EU prepoznajo, da ima alkohol škodljive učinke na zdravje. Skoraj vsi anketirani državljani EU (97 %, med Slovenci le 77 %) verjamejo, da alkohol pripomore k boleznim jeter, samo dva od treh (67 %, med Slovenci 68 %) pa poznata tveganje za raka. Strinjajo se tudi, da alkohol vodi v nezaželene socialne posledice, kot npr. ulično nasilje (96 %, med Slovenci 98 %), težave v zakonskem stanju (94 %, med Slovenci 99 %), izgubo produktivnosti na delovnem mestu (94 %, med Slovenci 98 %) in slabši učni uspeh pri šolanju (94 %, med Slovenci 98 %) (8).

2.3 Ključne ugotovitve

EU se z 11 litri čistega alkohola na odraslo osebo na leto uvršča na prvo mesto po porabi alkohola na svetu; največ se v EU popije piva, sledi vino in žgane pijače.

Skupna (registrirana in neregistrirana) poraba alkohola v EU znaša 13 litrov alkohola na odraslega prebivalca na leto (med novimi članicami EU je poraba še za 2 litra višja).

Registrirana poraba alkohola je v Sloveniji med letoma 2000 in 2010 znašala med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na odraslega prebivalca na leto; največ se je popilo piva, sledilo je vino in žgane pijače.

Slovenija se po skupni (registrirani in neregistrirani) porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami EU.

Prevalenca pitja alkohola v EU (v zadnjih 12 mescih): 76 % jih je pilo alkohol, 24 % jih je abstiniral; med Slovenci jih je 82 % pilo alkohol in 18 % abstiniral.

Spremljanje trenutnega pitja alkohola v EU (v zadnjih 30 dneh): 88 % ali 9 od 10 oseb, ki uživajo alkohol, je pilo alkohol v zadnjem mesecu, med Slovenci 89 %.

Pogostost pitja alkohola v EU (v zadnjih 30 dneh): $\frac{3}{4}$ jih je pilo vsaj 1-krat tedensko, polovica 1–3-krat tedensko, 14 % vsakodnevno; med Slovenci jih je vsakodnevno pilo 13 % (delež je narastel za 4 %).

Več kot $\frac{3}{4}$ pivcev alkohola v EU je popilo do dve alkoholni pijači ob eni priložnosti, med Slovenci $\frac{3}{4}$; 10 % Evropejcev je popilo 5 ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti, med Slovenci je bilo takih 7 %.

V EU četrtnina starejših od 55 let pije vsakodnevno (vs. 3 % starih 15–24 let), četrtnina najmlajših (15–24 let) pije 5 ali več alkoholnih pijač enkrat tedensko (vs. 11 % pri starih 55 let in več).

Moški v EU pijejo alkoholne pijače pogosteje in v večjih količinah v primerjavi z ženskami.

Državljan EU prepoznajo škodljive učinke na zdravje ter nezaželene socialne posledice, Slovenci pa so bolj kot za zdravstvene posledice občutljivi za nezaželene socialne posledice.

V Sloveniji beležimo trend naraščanja abstinentov in padanja čezmernih pivcev ter trend padanja visoko tveganega opijanja.

Med čezmernimi pivci alkohola izstopajo: moški, stari 40–54 let, s poklicno izobrazbo, najnižjega socialno-ekonomskega in delavskega sloja, iz vaškega okolja.

Med tistimi z visoko tveganim opijanjem izstopajo: moški, stari 25–39 let, s poklicno oziroma srednjo šolo, srednjega sloja, iz vaškega okolja.

Slovenski prebivalci vzhodne kohezijske regije v večjem deležu pijejo alkohol čezmerno in se visoko tvegano opijajo.

V zadnjem letu je vsakodnevno pilo alkohol 6,9 % Slovencev; 1,2 % moških in 1,4 % starih 15–24 let je skoraj vsakodnevno popilo 6 ali več meric pijače ob eni priložnosti.

2.4 Literatura

1. Kovše K. Poročilo o izračunavanju kazalnikov za prikaz bremena tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.
2. Albreht T. Alkohol kot eden ključnih javnozdravstvenih problemov – od zavedanja o njegovi pomembnosti do pravih poti rešitve. Zdrav Vestn 2011; 80: 227–9.
3. Lovrečič M, Lovrečič B, Tomšič S. Alkohol. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L, editors. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2012.
4. World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization, 2010. Pridobljeno 15. 10. 2012 s spletne strani: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH>.
5. Hovnik – Keršmanc M, Čebašek – Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999 (Rezultati raziskave). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2000.
6. European Opinion Research Group EEIG. Health, Food and Alcohol and Safety. Special Eurobarometer 186, Wave 59.0. Brussels: European Commission; 2003. Pridobljeno 15. 10. 2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_186_en.pdf.
7. TNS Opinion & Social. Attitudes Towards Alcohol. Special Eurobarometer 272b, Wave 66.2. Brussels: European Commission; 2007. Pridobljeno 15. 10. 2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf.
8. TNS Opinion & Social. EU citizens' attitudes towards alcohol. Eurobarometer 72.3. Brussels: European Commission; 2010. Pridobljeno 15. 10. 2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf.
9. Kolšek M, Visnovič Poredoš A. Pivske navade uporabnikov spletne strani v Sloveniji. Zdrav Vestn 2011; 80: 676–85.
10. Turner C. How much alcohol is in a 'standard drink'? An analysis of 125 studies. Br J Addict 1990; 85: 1171–5.
11. Kovše K. Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008.
12. Harkin AM, Anderson P, Goos C. Smoking, drinking and drug taking in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997: 57–77.
13. Anderson P & Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies; 2006. Pridobljeno 17. 10. 2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/news_alcoholineurope_en.htm.
14. Kravos M, Malešič I. Bolnišnično zdravljenje odvisnih od alkohola v vzhodni Sloveniji. Zdrav Vestn 2011; 80: 258–67.
15. Kovše K, Truden Dobrin P. Epidemiološke raziskave o pivskem vedenju v Sloveniji. Pridobljeno 17. 10. 2012 s spletne strani: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=12&pi=5&_5_id=565&_5_PageIndex=0&_5_groupId=180&_5_newsCategory=&_5_acti on>ShowNewsFull&pl=12-5.0.
16. Lovrečič B, Lovrečič M. Poraba alkohola in pivske navade v obdobju 2000-2010: primerjava med EU in Slovenijo. Isis 2013; 22: 70-5.

**OCENA ZDRAVSTVENIH POSLEDIC
TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA
ALKOHOLA V SLOVENIJI
V OBDOBJU 2000–2010**

Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič

3

3. OCENA ZDRAVSTVENIH POSLEDIC TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA V SLOVENIJI V OBDOBJU 2000–2010

Tvegano in škodljivo pitje alkohola sta ena glavnih preprečljivih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, poškodbe in nasilje, saj povzročata odvisnost in več kot 60 različnih bolezni ter poškodb. Na svetu je pitje alkohola tretji najpomembnejši dejavnik tveganja za obolevnost in manjzmožnost ter osmi za umrljivost (1-3).

Alkoholu pripisljivo breme bolezni je povezano tako s količino popitega alkohola (čezmerno pitje alkohola), kot tudi z vzorcem pitja (visoko tvegano opijanje) (3, 4). Ljudje, ki tvegano in škodljivo pijejo alkohol, so sčasoma lahko prizadeti zaradi socialno-ekonomskih (npr. izgube službe, ločitve, vpliva na družinsko življenje, bolniške odsotnosti, invalidske upokojitve) in/ali zdravstvenih posledic (2, 3). Posledice škodljivega pitja alkohola so različne bolezni (npr. sindrom odvisnosti od alkohola (SOA), jetrna ciroza, rak ustne votline, žrela, grla, požiralnika, jeter, debelega črevesa in danke ter dojk), visoko tvegano opijanje pa je v večji meri povezano s kratkoročnimi posledicami (npr. poškodbe) (3, 6-8). Posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola zaradi nastalih stroškov in posledic v prometu, socialnem varstvu, zdravstvu in sodstvu ter zaradi zmanjšane ali izgubljene delovne produktivnosti (bolezen ali smrt) tako nosi celotna družba (2, 3).

Za nekatere bolezni je pitje alkohola poglavitni vzrok in so zato alkoholu neposredno ali stoo odstotno pripisljive, poleg slednjih pa so številne bolezni in poškodbe alkoholu pripisljive le v določenem deležu (npr. prometne nezgode ali druge poškodbe, pri katerih je alkohol le eden od vzrokov). Udeležbe alkohola v teh primerih v uradnih bazah podatkov v večini primerov ne spremljajo (3).

Delež alkoholu pripisljivih smrti in izgubljenih zdravih let življenja je največji na svetu v evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki ima hkrati tudi največjo porabo alkohola na prebivalca na svetu (3, 4). Slovenija se nad EU povprečje uvršča tako po porabi alkohola kot tudi po starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov (3, 10, 11). 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 pitja alkohola, se uvrščamo na tretje mesto, takoj za Madžarsko in Romunijo (3, 12).

Ocenjuje se, da smo v letu 2004 alkoholu lahko pripisali 3,8 % vseh smrti (6,3 % pri moških in 1,1 % pri ženskah) in 4,6 % vseh izgubljenih zdravih let življenja zaradi prezgodnje umrljivosti in zmanjšane telesne zmožnosti (7,6 % pri moških in 1,4 % pri ženskah), alkoholu pripisljivo breme bolezni pa je bilo večje med mlajšimi starostnimi skupinami (3,4). Primerljivi podatki za leto 2002 so pokazali, da je bil v Sloveniji alkohol vzrok za 6,5 % vseh smrti in za 11,4 % vseh izgubljenih zdravih let življenja, zaradi z alkoholom povezanih prezgodnjih smrti ali manjzmožnosti pa smo izgubili 32.200 zdravih let življenja (3, 12).

Posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola oziroma breme alkoholu pripisljivih posledic se razlikuje glede na spol ter tudi glede na socialno-ekonomski položaj prebivalstva. Izsledki raziskav

kažejo, da je alkoholu pripisljivo breme bolezni večje pri moških kot pri ženskah (moški pijejo alkohol pogosteje in v večjih količinah, ženske pa so bolj občutljive na posledice pitja alkohola) (3, 13-16).

Breme alkoholu pripisljivih posledic pogosto izhaja tudi iz socialno-ekonomskih neenakosti, po drugi strani pa tvegana in škodljiva raba alkohola lahko dodatno prispeva k neenakostim v zdravju in na socialno-ekonomskem področju (3). Razlike v posledicah tveganega in škodljivega pitja alkohola so pogostejše med pripadniki nižjega socialno-ekonomskega sloja, kar je še bolj razvidno v manj razvitih ekonomijah (3, 17-24) in tudi v Sloveniji imajo prebivalci iz vzhodne kohezijske regije iz tistih občin, ki imajo nižji socialno-ekonomski standard, večje tveganje za smrt in hospitalizacijo zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov (3).

Namen poglavja je s pomočjo epidemioloških podatkov prikazati breme z alkoholom povezanih zdravstvenih posledic v Sloveniji v obdobju 2000–2010. V poglavju podajamo analizo zdravstvenih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji, ki je prikazana s pomočjo analize umrljivosti in hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov (bolezni in zastrupitve, ki nastanejo izključno zaradi pitja alkohola) v Sloveniji v obdobju 2000–2010. V prvem podpoglavju (3.1) prikazujemo stanje in trende na področju umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov, v drugem podpoglavju (3.2) sledijo stanje in trendi na področju hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov, v naslednjih podpoglavjih (3.3–3.5) pa prikazujemo še nekatere značilnosti problematike umrljivosti in hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov.

V Sloveniji zdravstvene posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola spremljamo predvsem z uradnimi statističnimi zbirkami podatkov, ki jih upravlja Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: »Zdravniška poročila o umrlih osebah« (Baza umrlih) in »Evidenca bolezni, poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici« (BOLOB), kjer so zajeti vsi umrli prebivalci Slovenije oziroma prebivalci, hospitalizirani v eni od slovenskih bolnišnic v opazovanem obdobju. V analizi alkohola 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 (preglednica 3.1) (3, 9, 25).

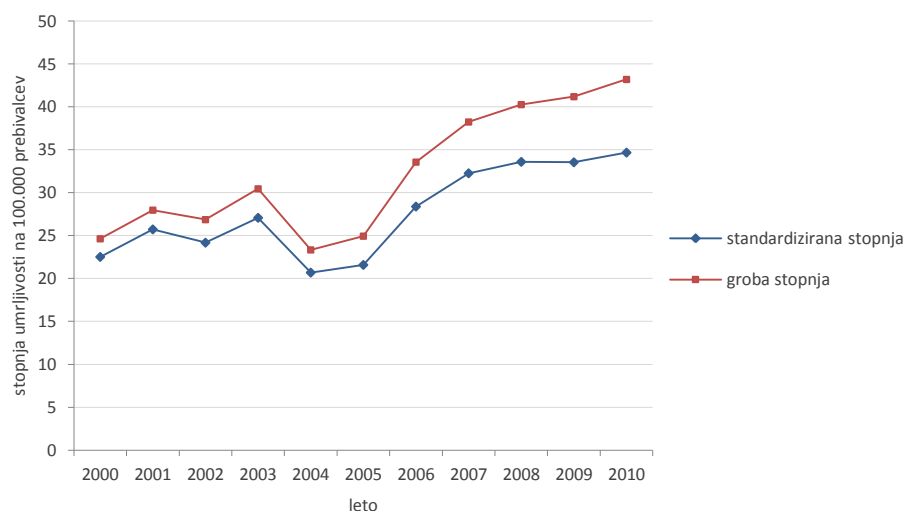
Preglednica 3.1: Alkoholom neposredno pripisljivi vzroki (diagnoze MKB-10) (3, 9, 25)

MKB-10 koda	diagnoza
F10.0–F10.9	duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola
G31.2	degeneracija živčevja zaradi alkohola
G62.1	alkoholna polinevropatija
G72.1	alkoholna miopatija
I42.6	alkoholna kardiomiopatija
K29.2	alkoholni gastritis
K70.0–K70.9	alkoholna bolezen jeter
K86.0	kronični alkoholni pankreatitis
O35.4	oskrba matere zaradi poškodbe plodu zaradi alkohola
P04.3	plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega uživanja alkohola
Q86.0	fetalni alkoholni sindrom
R78.0	prisotnost alkohola v krvi
T51.0, T51.1, T51.9	toksični učinki alkohola
X45, X65, Y15	izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim

3.1 Umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji v obdobju 2000–2010

Število umrlih zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov narašča

V Sloveniji je zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v letih 2000–2010 na leto v povprečju umrlo 650 oseb (oziroma 32,2 oseb na 100.000 prebivalcev – groba stopnja umrljivosti¹⁸), v obdobju 2005–2010 (ko je trend umrljivosti izrazito naraščal) v povprečju skoraj 100 oseb več ali 749 oseb na leto (oziroma 36,8 oseb na 100.000 prebivalcev), v zadnjih treh letih (2008–2010 je bila umrljivost najvišja) pa še dodatno 100 oseb več ali 849 oseb na leto (oziroma 41,3 oseb na 100.000 prebivalcev) (slika 3.1) (9).



Slika 3.1: Stopnja standardizirane umrljivosti¹⁹ in groba stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov smrti, Slovenija 2000–2010 (Vir: Baza umrlih, IVZ)

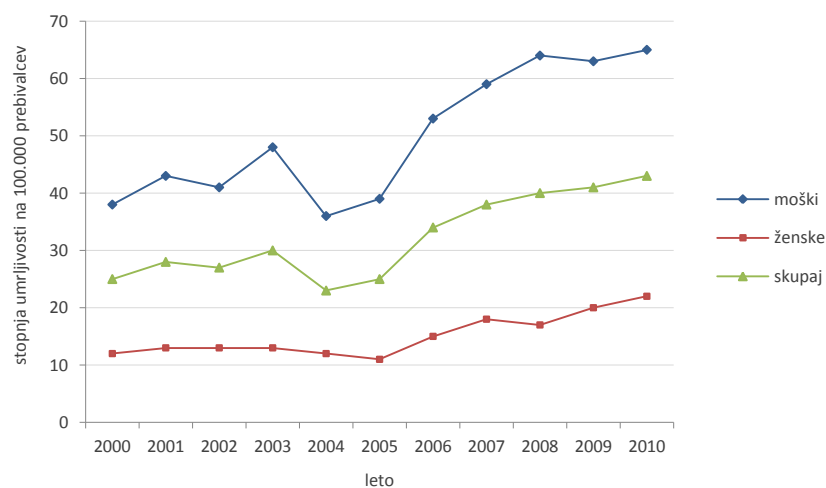
Med umrlimi zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v letih 2000–2010 so prevladovali moški (razmerje moški : ženske je vseskozi okrog 3 : 1²⁰), mlajši od 65 let.

Približno $\frac{2}{3}$ jih je umrlo pred 65. letom starosti (največ, 70,4 %, leta 2004 in najmanj, 59,7 %, leta 2010). Kot najpogostejši vzrok smrti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je izstopala alkoholna bolezen jeter (najmanj, 57,5 %, leta 2000 in največ, 75,3 %, leta 2007), sledile so smrti zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola (najmanj, 13,6 %, leta 2007 in največ, 33,7 %, leta 2000). Oba najpogostejša vzroka smrti (alkoholna bolezen jeter ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola) sta skupaj predstavljala skoraj vse smrti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji (najmanj, 85,1 %, leta 2001 in največ, 93,6 %, leta 2004) (sliki 3.2, 3.3) (9).

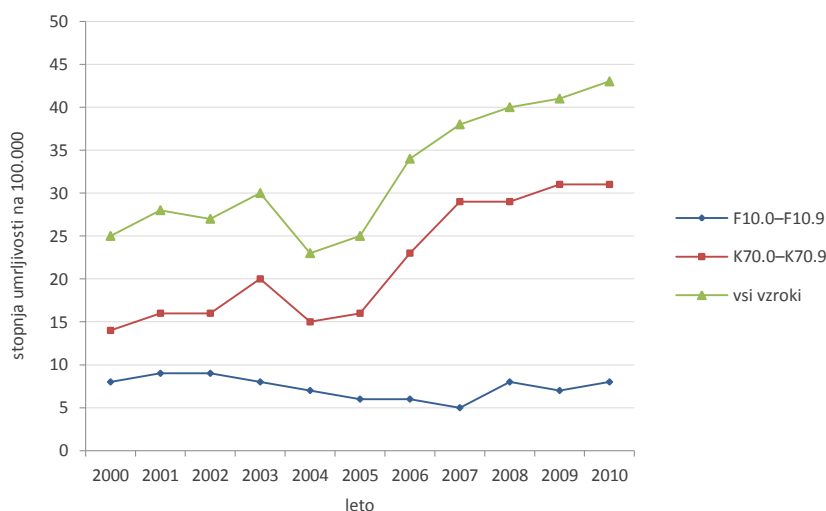
¹⁸ Groba stopnja umrljivosti je podatek o številu umrlih, preračunana na 100.000 oseb opazovane populacije.

¹⁹ Starostno standardizirana stopnja (SSS) je teoretična stopnja, pri kateri predpostavimo, da je starostna struktura opazovane populacije taka kot v standardni populaciji – pove nam torej, kakšna bi bila groba stopnja v opazovani populaciji, če bi bila starostna struktura te populacije enaka, kot je v standardni populaciji.

²⁰ Razmerje moški : ženske je bilo najnižje leta 2004 (2,9 : 1) ter najvišje leta 2008 (3,7 : 1).



Slika 3.2: Groba stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov smrti, po spolu ter skupaj, Slovenija 2000–2010 (Vir: Baza umrlih, IVZ)



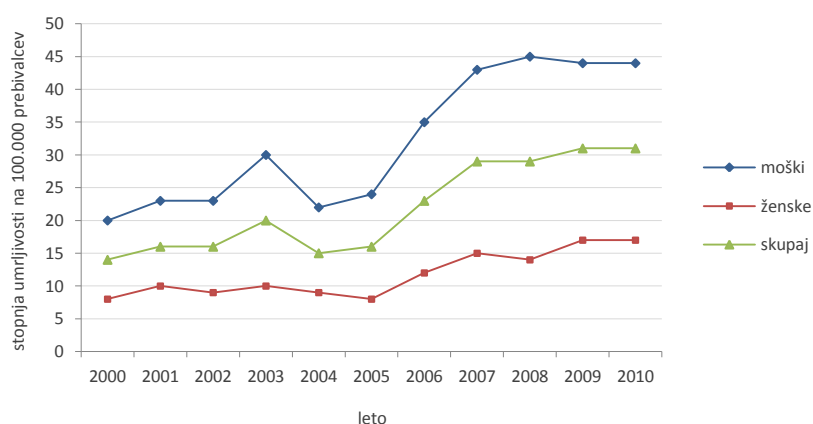
Slika 3.3: Groba stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov smrti (vsi vzroki), zaradi alkoholne bolezni jeter (K70.0–70.9) ter zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola (F10.0–F10.9), Slovenija 2000–2010 (Vir: Baza umrlih, IVZ)

Stopnja umrljivosti (tako groba kot standardizirana) zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov je naraščala predvsem v obdobju 2005–2010 (slika 3.1), in sicer pri obeh spolih (slika 3.2). Trend umrljivosti zaradi vseh alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov je bil zelo podoben trendu umrljivosti zaradi alkoholne bolezni jeter²¹, saj je ta najpogostejši alkoholu neposredno pripisljiv vzrok smrti (slika 3.4) (9).

K umrljivosti zaradi alkoholne bolezni jeter je največ (okoli 90 %) prispevala alkoholna ciroza jeter, zato je bil tudi desetletni trend umrljivosti zaradi teh dveh diagnoz zelo podoben. Stopnja umrljivosti

²¹ Alkoholna bolezen jeter zajema naslednje diagnoze MKB-10: alkoholna zamaščenost jeter (K70.0), alkoholni hepatitis (K70.1), alkoholna fibroza in skleroza jeter (K70.2), alkoholna ciroza jeter (K70.3), alkoholna odpoved jeter (K70.4) ter alkoholna bolezen jeter neopredeljena (K70.9).

zaradi drugega najpogostejšega alkoholu neposredno pripisljivega vzroka smrti, duševnih in vedenjskih motenj zaradi pitja alkohola²², pa v zadnjih desetih letih ni kazal značilnega trenda (slika 3.3) (9).

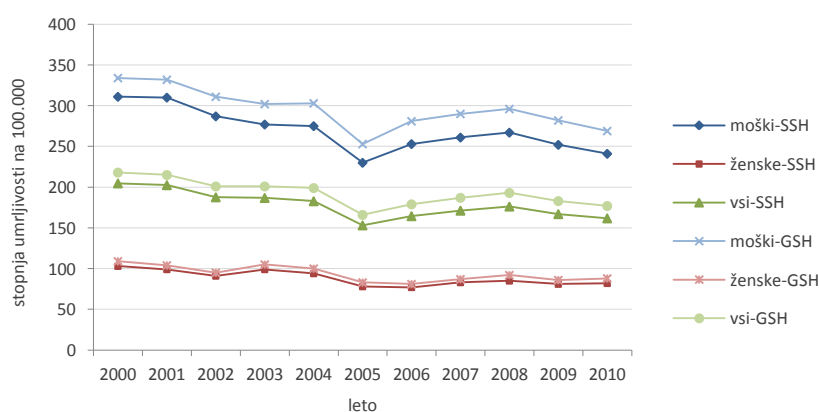


Slika 3.4: Groba stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholne bolezni jeter (K70.0–70.9) po spolu in skupaj, Slovenija 2000–2010 (Vir: Baza umrlih, IVZ)

3.2 Hospitalizacije zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji v obdobju 2000–2010

Število primerov hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov upada

V letih 2000–2010 smo v Sloveniji na leto v povprečju beležili 3.876 hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov (največ 4.313 leta 2000 in najmanj 3.328 leta 2005) oziroma 192,6 (največ 218 leta 2000 in najmanj 166 leta 2005) na 100.000 prebivalcev (groba stopnja hospitalizacij²³), medtem ko je bila v povprečju starostno standardizirana stopnja hospitalizacij 178 (največ 205 leta 2000 in najmanj 153 leta 2005) na 100.000 odraslih prebivalcev na leto (slika 3.5).



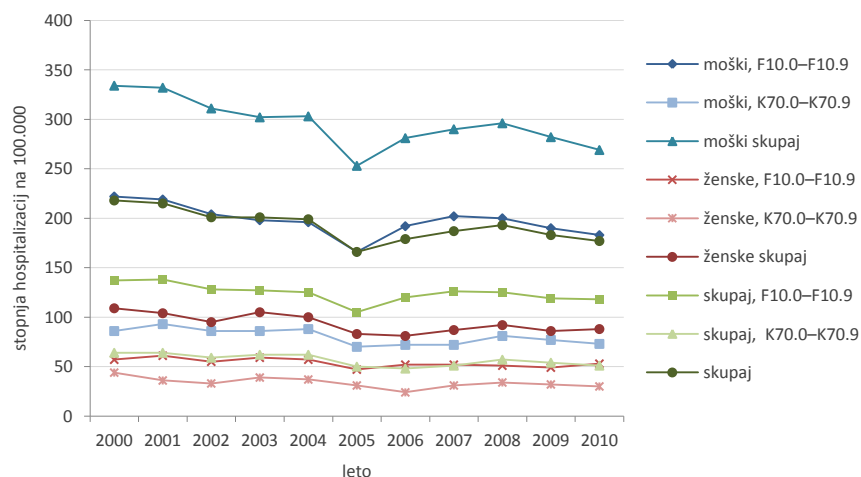
Slika 3.5: Stopnja standardizirane hospitalizacije (SSH) in groba stopnja hospitalizacij (GSH) na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov, po spolu, Slovenija 2000–2010 (Vir: BOLOB, IVZ)

²² Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola zajemajo naslednje diagnoze MKB-10: akutna zastrupitev z alkoholom (F10.0), škodljivo uživanje alkohola (F10.1), sindrom odvisnosti od alkohola (F10.2), odtegnitveno stanje (F10.3), odtegnitveno stanje z delirijem (F10.4), psihotična motnja (F10.5), amnestični sindrom (F10.6), residualna ali pozno nastopajoča psihotična motnja (F10.7), druge duševne in vedenjske motnje (F10.8) ter neopredeljene duševne in vedenjske motnje (F10.9).

²³ Groba stopnja je podatek o številu novih primerov, preračunana na 100.000 oseb opazovane populacije.

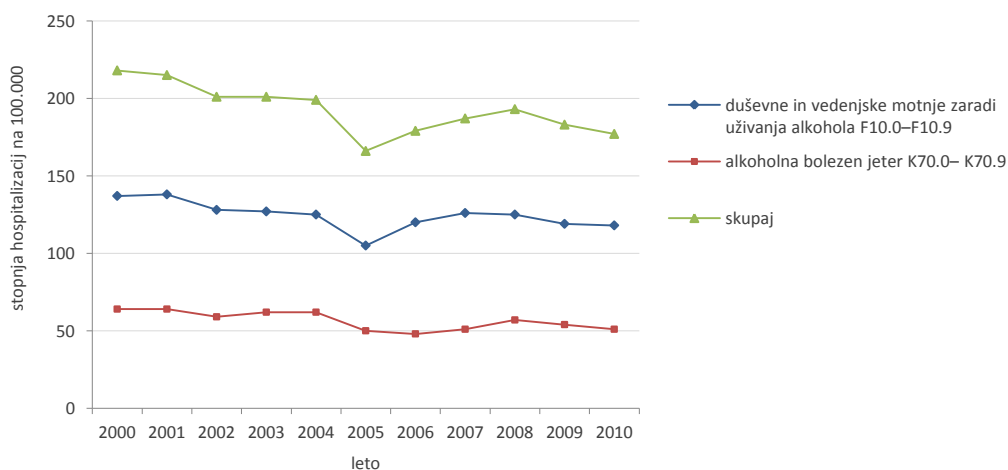
Med hospitaliziranimi zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov prevladujejo moški in osebe, stare od 45 do 54 let. Najpogostejši diagnozi za hospitalizacijo sta duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola ter alkoholna bolezen jeter

Moški so trikrat bolj pogosto hospitalizirani zaradi alkoholu neposredno pripisljivega vzroka kot ženske²⁴) (slika 3.6) (9).



Slika 3.6: Groba stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov skupaj ter posebej za duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola (F10.0–F10.9) in alkoholno bolezen jeter (K70.0–K70.9), po spolu in skupaj, Slovenija 2000–2010 (Vir: BOLOB, IVZ)

Najpogostejši vzrok hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov so bile duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola (najmanj, 62,6 %, leta 2004 in največ, 67,1 %, leta 2007), sledila je alkoholna bolezen jeter (najmanj, 26,5 %, leta 2006 in največ, 31,4 %, leta 2004), obe najpogostejši diagnozi skupaj pa sta predstavljali skoraj vse hospitalizacije zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov (najmanj, 92,4 %, leta 2000 in največ, 95,8 %, leta 2005) (slika 3.7) (9).



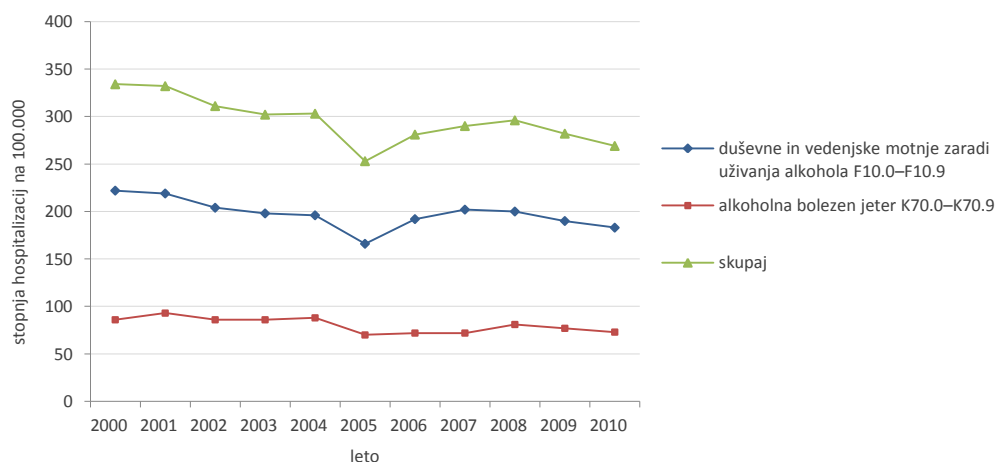
Slika 3.7: Groba stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov skupaj ter posebej za duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola (F10.0–F10.9) in alkoholno bolezen jeter (K70.0–K70.9), Slovenija 2000–2010 (Vir: BOLOB, IVZ)

²⁴ Razmerje moški : ženske je bilo najnižje 2,8 : 1 leta 2003 ter najvišje 3,4 : 1 leta 2006.

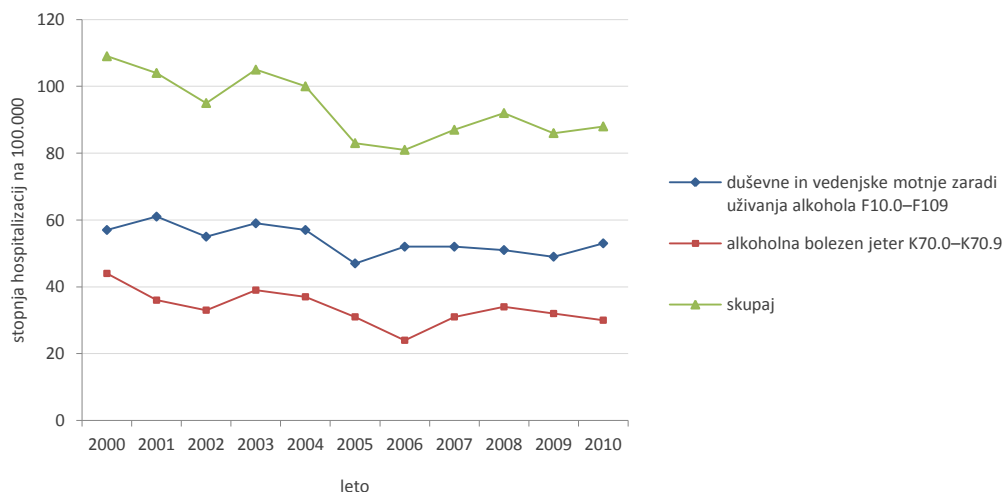
V obdobju 2000–2004 je bilo največ hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov v starostnem razredu od 45 do 49 let, tako zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov kot tudi zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola ter alkoholne bolezni jeter. To je veljalo za moške, ženske in oba spola skupaj. Od leta 2005 je bilo največje število hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov v starostnih razredih od 50 do 54 let oziroma od 45 do 49 let. Prevladovale so hospitalizacije zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola, v starejšem starostnem razredu pa hospitalizacije zaradi alkoholne bolezni jeter (9).

Najvišje (grobe, standardizirane) stopnje primerov hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov so bile dosežene leta 2000 in so do leta 2004 postopno, v letu 2005 pa izrazito upadle, nato postopno naraščale do leta 2008 in nato ponovno upadle (slika 3.5). Nakazoval se je tudi trend zmanjševanja stopnje primerov hospitalizacij zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi pitja alkohola (nanjo je najbolj vplivala stopnja hospitalizacij zaradi SOA) in stopnje hospitalizacij zaradi alkoholne bolezni jeter (nanjo je najbolj vplivala stopnja hospitalizacij zaradi alkoholne ciroze jeter) (slika 3.6). Stopnja hospitalizacij zaradi alkoholne ciroze jeter je bila v letu 2010 nižja kot leta 2000, z vmesnim povišanjem leta 2006. Stopnja hospitalizacij zaradi jetrne ciroze (poleg alkoholne ciroze je zajemala tudi nekatere druge vzroke za to bolezen) je kazala v zadnjih desetih letih trend zmanjševanja, od leta 2005 pa je relativno stabilna (9).

Trend grobe stopnje hospitalizacij zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov je pri moških bistveno bolj podoben trendu v splošni populaciji kot pri ženskah. To lahko pripišemo dejstvu, da je med vsemi hospitaliziranimi trikrat več moških (slike 3.7, 3.8, 3.9).



Slika 3.8: Groba stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov skupaj ter posebej za duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola (F10.0–F10.9) in alkoholno bolezen jeter (K70.0–K70.9), moški, Slovenija 2000–2010 (Vir: BOLOB, IVZ)



Slika 3.9: Groba stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov skupaj ter posebej za duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola (F10.0–F10.9) in alkoholno bolezen jeter (K70.0–K70.9), ženske, Slovenija 2000–2010 (Vir: BOLOB, IVZ)

3.3 Razlike v umrljivosti in hospitalizacijah tudi med regijami v Sloveniji

Prebivalci vzhodne kohezijske²⁵ regije (pomurska, podravska, koroška, savinjska, zasavska, spodnje-posavska, jugovzhodna Slovenija in notranjsko-kraška statistična regija) so imeli 1,7-krat večje relativno tveganje za smrt in 1,2-krat večje relativno tveganje za hospitalizacijo zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov kot prebivalci zahodne kohezijske regije (osrednjeslovenska, gorenjska, goriška in obalno-kraška statistična regija) (3).

Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov je bila najvišja v spodnje-posavski statistični regiji, kjer je bila 2,5-krat višja kot v regiji z najnižjo stopnjo (obalno-kraška regija); nad slovenskim povprečjem so bile tudi vse statistične regije vzhodne kohezijske regije, razen notranjsko-kraške (3), medtem ko je bila starostno standardizirana stopnja hospitalizacij najvišja v zasavski in spodnje-posavski statistični regiji, nad slovenskim povprečjem pa so bile še pomurska, obalno-kraška, podravska, goriška, savinjska in gorenjska regija. Stopnja umrljivosti je bila najnižja v osrednjeslovenski regiji (3, 26).

Slovenske statistične regije se razlikujejo tudi po deležu prezgodaj izgubljenih let življenja (smrt pred 65. letom) zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov

Najvišji delež prezgodaj izgubljenih let življenja je bil v spodnje-posavski regiji, kjer lahko 15,4 % vseh prezgodaj izgubljenih let življenja neposredno pripišemo alkoholu, kar je 2,9-krat več kot v obalno-kraški regiji, kjer je bil delež prezgodaj izgubljenih let življenja najnižji (3).

²⁵ Funkcionalna ozemeljska enota za izvajanje skupnih nalog občin in države, še posebej v povezavi z izvajanjem kohezijske politike EU v Republiki Sloveniji; Slovenija je razdeljena na vzhodno in zahodno kohezijsko regijo.

Posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola so pogostejše med pripadniki nižjega socialno-ekonomskega sloja, ki so bolj ranljivi

Razlike zaradi posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola med regijami v Sloveniji bi lahko bile povezane tudi z razlikami v socialno-ekonomskem položaju, po drugi strani pa posledice tveganega in škodljivega pitja prispevajo tudi k zdrsni posameznika po socialno-ekonomski lestvici zaradi nižjega dohodka (bolniška odsotnost, nazadovanje v službi, izguba zaposlitve, invalidska upokojitev) (3).

Tako v Sloveniji kot drugod po svetu so posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola pogostejše med pripadniki nižjega socialno-ekonomskega sloja (3, 17–24), ne samo zaradi njihovih pivskih navad (pogostejše čezmerno pitje alkohola in visoko tvegano opijanje oziroma pogostejše tvegano in škodljivo pitje) (3, 16, 27), ampak tudi zaradi dejstva, da so ranljivejši za posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola (bolj tvegano pivsko okolje, slabše splošno socialno, prehransko in zdravstveno stanje ter življenjskih razmer) (3, 20).

Med odraslimi prebivalci Slovenije z verjetnim SOA izstopajo osebe brez izobrazbe in osebe iz najnižjega družbenega razreda (28), ki ob pojavu SOA verjetno težje in pozneje zmanjšajo pitje ali prenehajo piti kot pripadniki višjega sloja (3, 20).

V Sloveniji obstajajo jasne socialno-ekonomske razlike v umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov, tako se starostno standardizirana stopnja umrljivosti zmanjšuje s povečevanjem koeficienta razvitosti; prebivalci občin z najmanjšim koeficientom razvitosti²⁶ imajo 2,1-krat večje relativno tveganje za smrt zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov kot prebivalci občin z najvišjim koeficientom razvitosti (3).

3.4 Umrljivost zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze je v Sloveniji in v vseh slovenskih regijah višja od povprečja držav članic EU

Primerljivi podatki Slovenijo uvrščajo v vrh držav članic EU tako po porabi alkohola kot tudi po posledicah tveganega in škodljivega pitja alkohola (3, 11, 12). Podatki SZO kažejo, da je umrljivost zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze v Sloveniji in v vseh slovenskih regijah višja od povprečja držav članic EU (3, 11).

Razlike v zdravstvenih posledicah, pripisljivih alkoholu, so povezane s pivskim vedenjem

Razlike v zdravstvenih posledicah zaradi škodljivega pitja alkohola med spoloma so tako v tujini (17–24) kot v Sloveniji povezane s pivskim vedenjem. Pri slovenskih moških je tveganje za tvegano in škodljivo pitje alkohola petkrat večje kot pri ženskah; že fantje pijejo alkohol pogosteje kot dekleta, prej tudi pričnejo piti in se prvič opijejo pri nižji starosti v primerjavi z dekleti (26, 27).

Tudi razlike med slovenskimi regijami so vsaj delno povezane s pivskimi navadami: prebivalci vzhodne kohezijske regije v večjem deležu alkohol pijejo čezmerno in se visoko tvegano opijajo (3, 29), k večjemu tveganju za zdravje pa lahko v Sloveniji prispevajo tudi drugi dejavniki (lažja dostopnost alkohola, slabša kakovost doma izdelanega alkohola z večjo vsebnostjo etanola, kontaminacija alkoholne pijače z metanolom ali s svincem ali vsebnosti nekaterih alkoholov, ki jih povezujejo z višjo

²⁶ 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. Razvitost posamezne občine izračunamo ob upoštevanju kazalnikov razvitosti občine, kazalnikov ogroženosti občine in kazalnikov razvojnih možnosti.

stopnjo alkoholne bolezni jeter) (3, 26). V Sloveniji tudi nimamo učinkovitega nadzora nad domačo proizvodnjo in podatkov o količini in kakovosti tako proizvedenega alkohola (3, 26).

3.5 Pasti interpretacije podatkov o umrljivosti in hospitalizacijah zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov

Podatki o umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov kažejo, da se je ta v Sloveniji od leta 2006 dalje izrazito povečevala, predvsem na račun izrazitega večanja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter

Pri interpretaciji takšnega povečanja je potrebna previdnost, saj na podatke lahko vplivajo različni dejavniki. Na primer, analiza podatkov o umrljivosti zaradi jetrne ciroze je pokazala, da gre večanje umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov od leta 2006 pripisati predvsem natančnejšemu kodiranju osnovnih vzrokov smrti, a celotnega poviševanja stopnje umrljivosti zaradi alkoholne jetrne ciroze v zadnjih letih verjetno ne moremo pripisati zgolj temu dejavniku (26). Možno, a kljub krajšemu obdobju opazovanja manj verjetno, da je sprememba trenda v zadnjih letih zgolj naključna. Le z nadaljnjim spremljanjem bomo lahko ugotovili, ali se je stopnja primerov hospitalizacij zaradi jetrne ciroze med Slovenci v zadnjih letih dejansko prenehala zmanjševati in se umrljivost celo nekoliko povečuje. Glede na to, da se je v zadnjih letih stopnja umrljivosti zaradi ciroze jeter značilno povečala le pri starejših starostnih skupinah (nad 60 let), ne pa pri mlajših, bi to lahko pomenilo tudi, da se je umrljivost zaradi jetrne ciroze premaknila v starejša leta, na kar bi lahko vplivalo več dejavnikov (npr. boljše zdravljenje in socialno varstvo bolnikov z jetrno cirozo lahko vplivata na podaljševanje življenja; na umrljivost med bolniki z jetrno cirozo bi lahko vplivalo tudi število samomorov, ki se pogosto povezujejo s tveganim in škodljivim pitjem alkohola, in se je v zadnjem desetletju v Sloveniji zmanjšalo) (3, 26).

Bolnikov, ki so hospitalizirani zaradi sindroma odvisnosti od alkohola, je vedno manj, a so ob sprejemu v bolnišnico zdravstveno vedno bolj prizadeti

V obdobju 2002–2007, kot ugotavljata avtorja Kravos in Malešič za vzhodno Slovenijo, se je število hospitalizacij v psihiatričnih ustanovah zaradi SOA zmanjševalo (zmanjševal se je tudi delež bolnikov z diagnozo SOA v primerjavi z bolniki z ostalimi duševnimi motnjami), hkrati pa so bili sprejeti na zdravljenje bolniki, ki so bili zdravstveno vse bolj prizadeti in z vse hujšimi oblikami odvisnosti (30). Vzrokov za zmanjševanje števila sprejemov v psihiatrične ustanove zaradi SOA je več, a je med njimi kot najpomembnejšega verjetno treba izpostaviti socialno-ekonomske spremembe v družbi (30). Ekonomska in finančna kriza ter brezposelnost vplivajo, da se odvisni od alkohola zaradi grozeče izgube zaposlitve težje odločajo za nekajmesečno zdravljenje (poleg psihiatrične stigmatizacije je tudi družbena toleranca za dolge hospitalizacije nizka). Na poznejšo odločitev za zdravljenje verjetno vpliva tudi dejstvo, da je danes socialnih programov v podjetjih manj (30). Poleg tega k odlogu zdravljenja in večjemu deležu bolnikov s hujšimi oblikami odvisnosti ob sprejemu v bolnišnice pripomorejo tudi daljše čakalne dobe zaradi racionalizacije poslovanja zdravstvenih zavodov. Na zmanjšanje hospitalizacij lahko vpliva tudi večja ponudba zunajbolnišničnega zdravljenja (30).

Da bi na zmanjševanje števila sprejemov v psihiatrične ustanove zaradi SOA vplivale preventivne akcije za zmanjševanje tveganega in škodljivega pitja alkohola, je manj verjetno. Glede na to, da so

pri tistih, ki so bili hospitalizirani, ugotavljali slabše zdravstveno stanje, lahko sklepamo, da je šlo pri njih za večjo zlorabo alkohola in predvsem za daljše odlašanje z zdravljenjem. Večinoma so izhajali iz slabših socialnih razmer (nezaposlenost, strah pred izgubo službe) in ne prepoznavajo SOA kot bolezni (30). Nasploh se vse manj odvisnih od alkohola odloča za zdravljenje v zgodnejših fazah odvisnosti in z zdravljenjem odlašajo, dokler ne postane nujno zaradi telesnih vzrokov ali ekonomske ogroženosti oziroma grožnje z izgubo zaposlitve (30).

Sindrom odvisnosti od alkohola in druga stanja, povezana s tvegano in škodljivo rabo alkohola, so pogosto spregledana

Na število primerov hospitalizacij oziroma smrti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov lahko vplivajo tudi administrativni dejavniki, kot sta neustrezno ugotavljanje in beleženje alkohola kot vzroka za bolezni in smrt. Zdravstveni delavci pogosto ne prepoznajo ali ne želijo prepoznati SOA in drugih stanj zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov ter taka stanja diagnosticirajo in beležijo npr. kot psihosomatska, kot posledico stresa ali kot neopredeljena (npr. neopredeljena jetrna ciroza namesto alkoholne). Zdravniki se za z alkoholom povezano diagnozo morda ne odločijo tudi zato, da ne bi stigmatizirali bolnikov in njihove družine, zaradi nepoznavanja pivske zgodovine umrlega oziroma bolnika in zaradi pomanjkanja specifičnih laboratorijskih testov za ugotavljanje kroničnega uživanja alkohola (3).

Podatki o hospitalizacijah in umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov ne odražajo dejanskih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola

V Sloveniji posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola spremljamo s podatki o umrljivosti in hospitalizacijah zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov, poleg slednjih pa obstajajo številne bolezni in poškodbe, ki jih alkoholu lahko pripišemo le v določenem deležu (npr. prometne nezgode in druge poškodbe) in jih v uradnih bazah podatkov v večini primerov ne spremljamo, zato lahko upravičeno domnevamo, da so posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji večjih razsežnosti, kot jih ugotavljamo z danes dostopnimi podatki (3).

3.6 Ključne ugotovitve

Uživanje alkohola je eden glavnih preprečljivih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, poškodbe in nasilje, saj povzroča odvisnost in več kot 60 različnih bolezni ter poškodb.

Uživanje alkohola je v svetu tretji najpomembnejši dejavnik tveganja za obolevnost in manjzmožnost ter osmi za umrljivost.

Delež alkoholu pripisljivih smrti in izgubljenih zdravih let življenja je največji v evropski regiji SZO, ki ima tudi največjo porabo alkohola na prebivalca na svetu.

Po podatkih SZO se Slovenija po skupni porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami EU.

Primerljivi podatki Slovenijo uvrščajo v vrh držav članic EU tudi po posledicah tveganega in škodljivega pitja alkohola. Nad povprečje držav članic EU se uvrščajo vse slovenske regije.

Nad povprečjem držav članic EU je Slovenija prav tako po starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi alkohola pripisljivih vzrokov. Po umrljivosti in po številu izgubljenih zdravih let življenja na 100.000 prebivalcev zaradi ciroze jeter se Slovenija uvršča na tretje mesto; umrljivost zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze je v Sloveniji in v vseh slovenskih regijah višja od povprečja držav članic EU.

Po ocenah je letno alkohol v svetu vzrok za 3,8 % vseh smrti in 4,6 % vseh izgubljenih zdravih let življenja zaradi prezgodnje smrti in zmanjšane telesne zmožnosti, medtem ko so ocene za Slovenijo pokazale, da je alkohol letno predstavljal vzrok za 6,5 % vseh smrti in za 11,4 % vseh izgubljenih zdravih let življenja (izgubili smo približno 32.200 zdravih let življenja).

V Sloveniji je opazen naraščajoči trend umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v obdobju 2000–2010 (umrljivost od leta 2006 dalje izrazito narašča predvsem na račun izrazitega večanja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter, pri čemer ima pomemben vpliv natančnejše kodiranje osnovnih vzrokov smrti).

Zaznati je padajoči trend hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v obdobju 2000–2010, a v zadnjih letih so hospitalizirani zdravstveno bolj prizadeti.

Med umrlimi in hospitaliziranimi zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov so v Sloveniji v letih 2000–2010 prevladovali moški, stari manj kot 65 let (⅓ umrlih je bilo starih manj kot 65 let, pri hospitalizacijah pa je prevladoval starostni razred 45–49 let oziroma 50–54 let).

Med vzroki (diagnozami) za smrt in hospitalizacije zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v letih 2000–2010 sta prevladovala alkoholna bolezen jeter (na prvem mestu pri umrljivosti) ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (na prvem mestu pri hospitalizacijah), oba vzroka skupaj sta predstavljala skoraj vse primere.

Alkohol tudi v Sloveniji prispeva k neenakostim v zdravju: razlike so med spoloma, med slovenskimi regijami in med različnimi socialno-ekonomskimi sloji prebivalstva; bolj prizadeti so moški, prebivalci vzhodne kohezijske regije in prebivalci spodnjeposavske regije.

Slovenske 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: najvišji delež je v spodnjeposavski regiji, kar je 2,9-krat več vseh prezgodaj izgubljenih let življenja v primerjavi z obalno-kraško regijo, kjer je delež najnižji.

V Sloveniji obstajajo jasne socialno-ekonomske razlike v umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov (prebivalci občin z najmanjšim koeficientom razvitosti imajo večje relativno tveganje za smrt).

Posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola so bile pogostejše med pripadniki nižjega socialno-ekonomskega sloja, ki so bolj ranljivi.

V Sloveniji so posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola večje, kot jih lahko uradno zaznavamo in spremljamo.

3.7 Literatura

1. Anderson P. The monitoring of the State of the World's drinking: what WHO has accomplished and what further needs to be done. *Addiction* 2005; 100: 1751–4.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organisation, 2011. Pridobljeno 12. 9. 2012 s spletne strani: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf.
3. Kovše K, Tomšič S, Mihevc Ponikvar B, Nadrag P. Posledice tveganege in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2012; 8: 119–27.
4. 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.
5. World Health Organization. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Geneva: World Health Organization, 2000.
6. Rehm J, Ashley MJ, Room R, Single E, Bondy S, Ferrence R. et al. On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences. *Addiction* 1996; 91: 1615–21.
7. Bondy SJ. Overview of studies on drinking patterns and their reported consequences. *Addiction* 1996; 91: 1661–74.
8. Puddey IB, Rakic V, Dimmitt SB, Beilin LJ. Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors—A review. *Addiction* 1999; 94: 649–63.
9. Lovrečič M, Lovrečič B. Umrljivost in hospitalizacije zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji v obdobju od 2000 do 2010. *Isis* 2013; 4: 60–65.
10. World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization, 2010. Pridobljeno 12. 9. 2012 s spletne strani: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH>.
11. World Health Organization. European Health For All database 2010. Geneva: World Health Organization, 2010. Pridobljeno 12. 9. 2012 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
12. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008. Pridobljeno 12. 9. 2012 s spletne strani: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
13. Mäkelä P, Gmel G, Grittner U, Kuendig H, Kuntsche 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, Csémy L. et al., editors. *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. Pridobljeno 13. 9. 2012 s spletne strani: <http://www.mezizin.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. Baumberg B, Anderson P. Alcohol in Europe—Report for European Commission. England: Institute of Alcohol Studies, 2006.
17. Romelsjö 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.
18. 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.
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.
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 Organization, 2010.
23. Bloomfield K, Gmel G, Wilsnack S. Introduction to special issue 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2006; 41(1): i3–7.
24. 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 Alcohol Suppl.* 2006; 41(1): i26–36.
25. Centers for disease control and prevention. About Alcohol Related Disease Impact (ARDI). Alcohol-Related ICD Codes. Atlanta: Centers for disease control and prevention, 2004. Pridobljeno 14. 9. 2012 s spletne strani: <https://apps.nccd.cdc.gov/ardi/AboutARDICrosswalk.htm>.

26. Kovše K. Poročilo o izračunavanju kazalnikov za prikaz bremena tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.
27. Uživanje alkohola. In: Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S. et al, editors. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 39–40.
28. Hovnik-Keršmanc M, Čebašek-Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999: rezultati raziskave. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2000.
29. Lovrečič M, Lovrečič B, Tomšič S. Alkohol. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L, editors. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – Trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.
30. Kravos M, Malešič I. Bolnišnično zdravljenje odvisnih od alkohola v vzhodni Sloveniji. Zdrav Vestn 2011; 80: 258–67.

ALKOHOL IN SLOVENSKI MLADOSTNIKI V OBDOBJU 2002–2010

*Maja Zorko, Tadeja Hočevar, Alenka Tančič Grum,
Maja Bajt, Helena Jeriček Klanšček*

4

4. ALKOHOL IN SLOVENSKI MLADOSTNIKI V OBDOBJU 2002–2010

V okviru področja alkoholne problematike je treba mladostnikom posvetiti posebno pozornost, saj so za razvoj škodljivega pitja alkohola ranljivejši zaradi razvojnih sprememb, predvsem dozorevanja možganov (1, 2). Tvegano pitje alkohola namreč vpliva na spremembe v delovanju nekaterih možganskih struktur in nevrottransmiterskih sistemov, ki so vpleteni v razvoj odvisnosti (3, 4). Poleg tega je mladostništvo obdobje preizkušanja in oblikovanja navad, tudi navad pitja alkohola. Posebna pozornost mladostnikom je utemeljena tudi zaradi ugotovitev, da so visoko tvegane oblike pitja med mladimi v večini evropskih držav v porastu (5) ter da kljub zakonski prepovedi nakupovanja in strežbe alkohola mladoletnim v Sloveniji mladi preprosto dostopajo do alkohola in pitje alkohola dojemajo kot nekaj povsem normalnega; pomeni jim način zabave in sprostitve (6, 7).

V tem poglavju želimo pregledati stanje, trende in neenakosti v pitju alkohola med slovenskimi mladostniki. V poglavju navajamo le razlike med skupinami, ki so statistično značilne.

V prvem podpoglavju (4.1) bomo prikazali stanje na podlagi zadnjih dveh mednarodnih raziskav, ki sta bili narejeni v Sloveniji na slučajnih vzorcih, to sta raziskavi iz leta 2010 (8) in 2011 (9), in trende na podlagi rezultatov ponavljanja istih dveh mednarodnih raziskav skozi več let. V drugem podpoglavju (4.2) pa bomo prikazali nekatere neenakosti v pitju alkohola med slovenskimi mladostniki. Mednarodni raziskavi, ki smo ju vključili v pregled, redno potekata v Sloveniji in temeljita na reprezentativnih slučajnih vzorcih slovenskih mladostnikov. Prva mednarodna raziskava, iz katere smo izhajali, je raziskava HBSC (angl. Health behaviour in school-aged children) – Z zdravjem povezan vedenjski slog v osnovni šoli (8). V Sloveniji se od leta 2002 izvaja vsake štiri leta (2002, 2006 in 2010) in proučuje pitje alkohola med slovenskimi 11-, 13- in 15-letniki. Raziskovalci mladostnikom zastavljajo vprašanja, ki se nanašajo na pogostost pitja alkohola in na število priložnosti, ko so bili opiti. Petnajstletnikom zastavljajo tudi vprašanja o tem, kdaj so prvič pili alkohol in kdaj so bili prvič opiti. Rezultate HBSC smo dopolnili z nekaterimi podatki druge mednarodne raziskave, tj. Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – ESPAD (angl. European school survey project on alcohol and other drugs) (9), ki se v Sloveniji od leta 1995 izvaja vsaka štiri leta, in proučuje 15- in 16-letnike²⁷.

V tretjem podpoglavju (4.3) bomo prikazali še nekatere značilnosti problematike, povezane z alkoholom med slovenskimi mladostniki, kot so dostopnost alkohola, stališča do alkohola in nekatera mnenja mladostnikov do alkoholne problematike. Izhajali smo iz nekaterih (6, 7, 17, 18, 30, 32–36) kvalitativnih in kvantitativnih slovenskih raziskav, ki to tematiko obravnavajo.

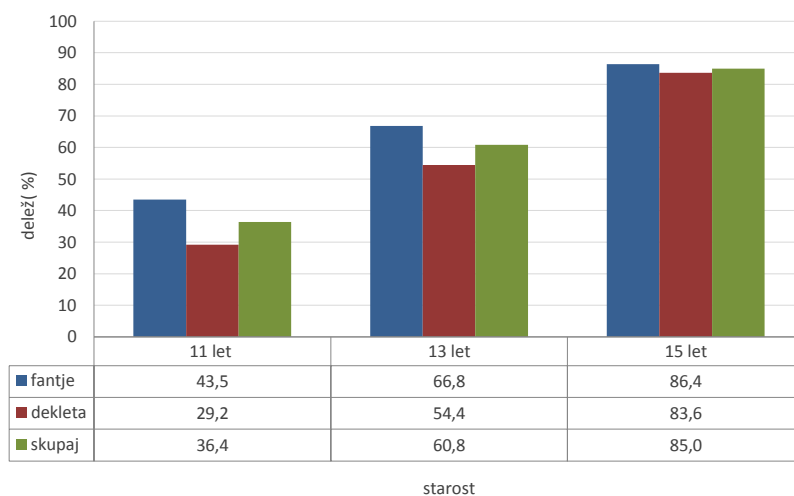
²⁷ Nacionalni HBSC podatki o starosti mladostnikov so sledeči (povprečne starosti): leto 2002: 11.7, 13.7 in 15.8, leto 2006: 11.6, 13.5 in 15.5, leto 2010: 11.6, 13.6 in 15.6. Pri 15-letnikih gre za mladostnike, ki so v času raziskav obiskovali prvi letnik srednje šole, kar velja tudi za mladostnike, ki so sodelovali v raziskavi ESPAD. ESPAD vključuje trende od 1995 do 2011.

4.1 Kakšno je stanje pitja alkohola med mladostniki in kako se je spreminjalo v obdobju 2002–2010

Alkoholne pijače pije več kot polovica mladostnikov

61 % mladostnikov v starostih 11, 13 in 15 let pije²⁸ alkoholne pijače. S starostjo se delež teh mladostnikov veča. Pri 11- in 13-letnikih je pomembno več fantov kot deklet, ki pijejo alkoholne pijače, pri 15-letnikih pa je to število pri obeh spolih enako in skupaj predstavlja 85 % vseh slovenskih 15-letnikov (slika 4.1) (8).

Podoben delež (88 %) 15-letnikov je pilo alkoholne pijače v zadnjih 12 mescih, po pitju alkohola v zadnjih 30 dneh pa se slovenski 15-letniki uvrščajo nad mednarodno povprečje (9).



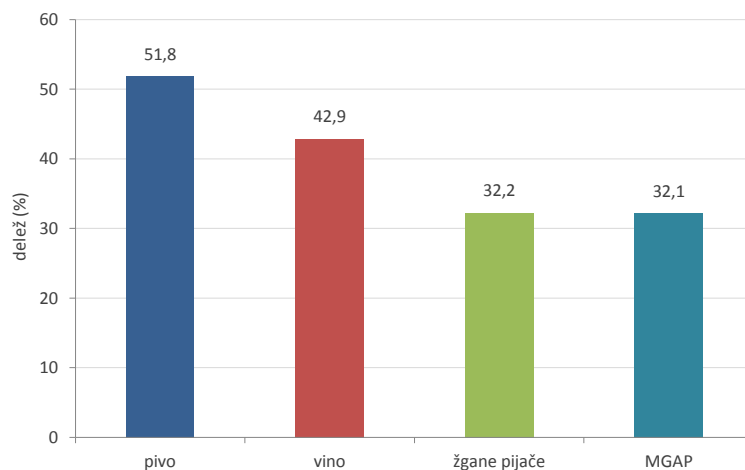
Slika 4.1: Deleži slovenskih mladostnikov, ki pijejo katero koli alkoholno pijačo, po starosti in spolu (Vir: HBSC, 2010)

Najbolj priljubljena pijača med mladostniki je pivo

V vseh starostnih skupinah je najbolj priljubljena pijača pivo, sledi vino. Pivo je z izjemo 11-letnih deklet, ki imajo najraje vino, najbolj priljubljena pijača tako pri fantih kot dekletih. Najmanj priljubljene alkoholne pijače pri 11- in 13-letnih fantih in dekletih so žgane, pri 15-letnikih pa mešane gazirane pijače²⁹ (10). Spodnje slike prikazujejo deleže 11-, 13- in 15-letnih mladostnikov ne glede na starost in spol, ki pijejo pivo, vino, žgane pijače in mešane gazirane alkoholne pijače (slika 4.2).

²⁸ Na vprašanje, kako pogosto pijejo izbrane pijače, so mladostniki lahko izbrali enega od naslednjih odgovorov: nikoli, redko, vsak mesec, vsak teden, vsak dan.

²⁹ Breezer, Smirnoff Ice ...

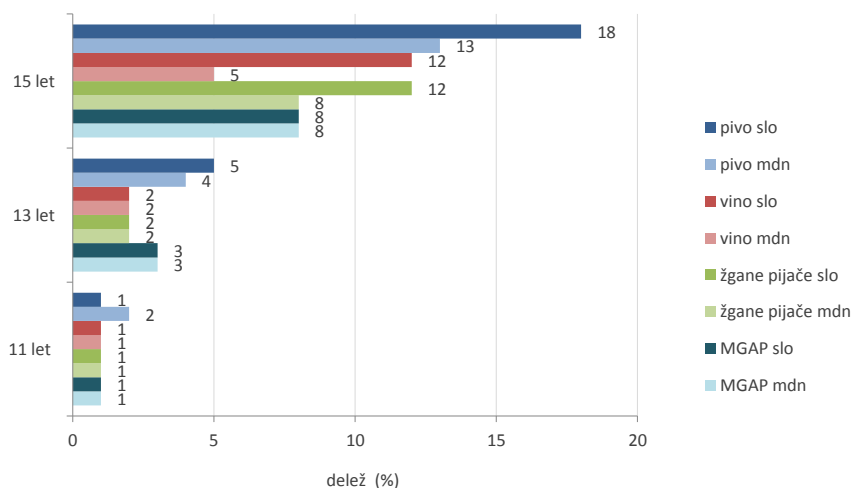


Legenda: MGAP – mešane gazirane alkoholne pijače

Slika 4.2: Deleži slovenskih 11-, 13- in 15-letnih mladostnikov, ki pijejo alkoholne pijače glede na vrsto alkoholne pijače (pivo, vino, žgane pijače in mešane gazirane alkoholne pijače) (Vir: HBSC, 2010)

Slovenski 15-letniki po deležih tistih, ki tedensko pijejo pivo, vino in žgane pijače, nad mednarodnim³⁰ povprečjem

Slovenski 11- in 13-letniki po tedenskem pitju vina in žganih pijač ne odstopajo od mednarodnega povprečja, le po pitju piva so 11-letniki pod mednarodnim povprečjem, 13-letniki pa nad mednarodnim povprečjem. Slovenski 15-letniki po pitju piva, vina in žganih pijač odstopajo od mednarodnega povprečja, in sicer so v tedenskem pitju piva, vina in žganih pijač v prvi tretjini držav z najvišjimi odstotki tedenskega pitja tovrstnih pijač (slika 4.3) (11).



Legenda: slo – slovensko povprečje, mdn – mednarodno povprečje, MGAP – mešane gazirane alkoholne pijače

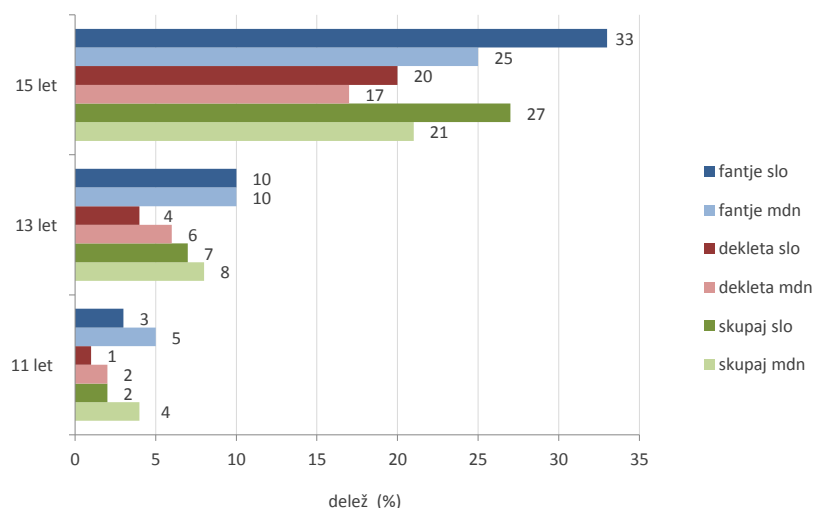
Slika 4.3: Primerjava deležev slovenskih 11-, 13- in 15-letnih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v tedenskem pitju alkoholnih pijač glede na vrsto alkoholne pijače in starost mladostnika (Vir: HBSC, 2010)

³⁰ V analizo je bilo vključenih 39 držav: Anglija, Armenija, Avstrija, Belgija (flamski del), Belgija (francoski del), Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Grenlandija, Hrvaška, Irska, Islandija, Italija, Kanada, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Makedonija, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Romunija, Rusija, Slovaška, Slovenija, Škotska, Španija, Švedska, Švica, Turčija, Ukrajina, Wales, Združene države Amerike.

Več kot ¼ slovenskih 15-letnikov pije alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko, kar je nad mednarodnim povprečjem, izstopajo fantje

Tedensko pitje alkohola s starostjo narašča, kar 27 % 15-letnikov pije alkoholne pijače tedensko. Fantje pijejo alkoholne pijače tedensko v vsaki starostni skupini v večji meri kot dekleta (8).

11- in 13-letni fantje in dekleta tedensko pijejo alkoholne pijače v manjši ali enaki meri kot v povprečju njihovi vrstniki iz mednarodnega okolja (slika 4.4). 15-letni slovenski fantje in dekleta pa se v tedenskem pitju alkoholnih pijač uvrščajo nad mednarodno povprečje, in sicer v zgornjo ¼ držav z najvišjimi deleži tistih, ki tedensko pijejo alkoholne pijače (11).

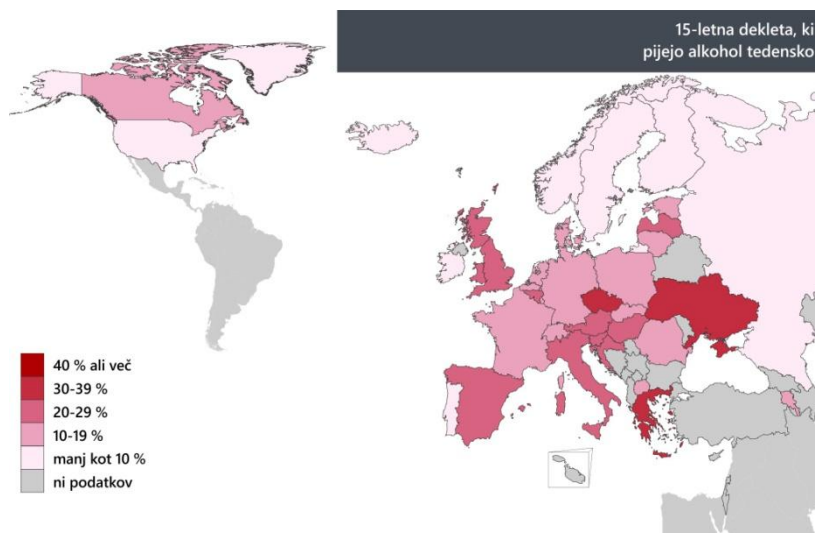


Legenda: slo – slovensko povprečje, mdn – mednarodno povprečje

Slika 4.4: Primerjava deležev slovenskih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v tedenskem pitju alkoholnih pijač glede na starost in spol (Vir: HBSC, 2010) (11)

Tedensko pitje: Slovenska 15-letna dekleta nadpovprečno ogrožena, najbolj ogrožena dekleta v Grčiji, najmanj pa na Islandiji

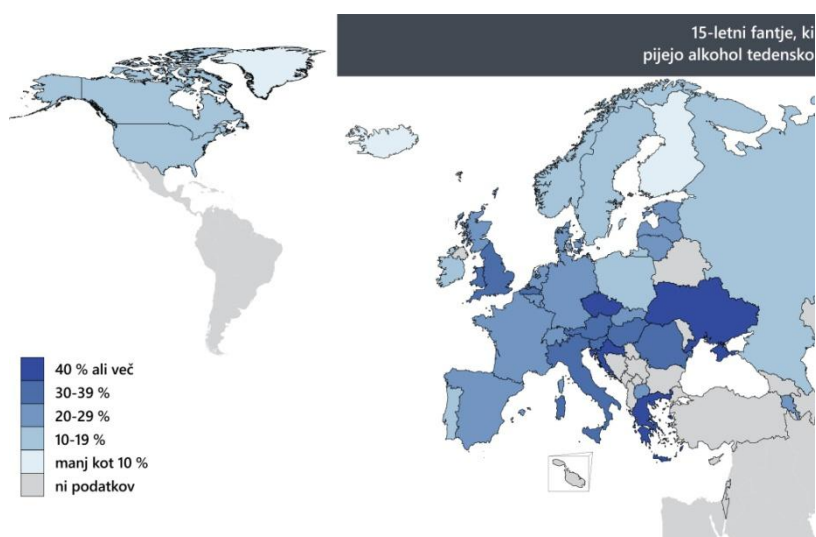
Slovenska 15-letna dekleta skupaj z vrstnicami iz sosednjih držav ter iz Španije, Anglije, Škotske, Belgije (valonski del) in Latvije spadajo med 15-letnice, ki so nadpovprečno ogrožene. Država z najbolj ogroženimi 15-letnimi dekleti je Grčija, kjer je delež 15-letnih deklet, ki poročajo o tedenskem pitju alkoholnih pijač, 34 %, sledita pa ji Češka in Ukrajina. Države, kjer so 15-letna dekleta najmanj ogrožena, so Norveška, Švedska, Finska, Rusija, ZDA, Grenlandija, Portugalska ter Islandija, ki ima najnižji, 5 %, delež 15-letnih deklet, ki tedensko pijejo alkoholne pijače (11) (slika 4.5).



Slika 4.5: Primerjava deležev 15-letnih deklet v tedenskem pitju alkoholnih pijač z deleži vrstnic iz držav HBSC (11)³¹

Tedensko pitje: Slovenski 15-letni fantje nadpovprečno ogroženi, najbolj ogroženi fantje s Češke in iz Ukrajine, najmanj pa na Grenlandiji

Slovenski 15-letni fantje, skupaj z vrstniki iz Italije, Avstrije, Madžarske, Romunije, Belgije (flamski del) in Anglije spadajo med tiste, ki so visoko, sicer ne najvišje, nadpovprečno ogroženi. Najvišje nadpovprečno ogroženi so njihovi vrstniki iz Češke in Ukrajine, kjer je delež 15-letnih fantov, ki poročajo o tedenskem pitju alkoholnih pijač, 44 %, ter nato vrstniki iz Hrvaške in Grčije. Najmanj so ogroženi mladostniki z Islandije in iz Finske, še zlasti pa z Grenlandije, kjer je najnižji, 6 %, delež 15-letnih fantov, ki pijejo alkohol tedensko (11) (slika 4.6).



Slika 4.6: Primerjava deležev 15-letnih fantov v tedenskem pitju alkoholnih pijač z deleži vrstnikov iz držav HBSC (11)³²

³¹ Objavljeno z dovoljenjem avtorjev.

³² Objavljeno z dovoljenjem avtorjev.

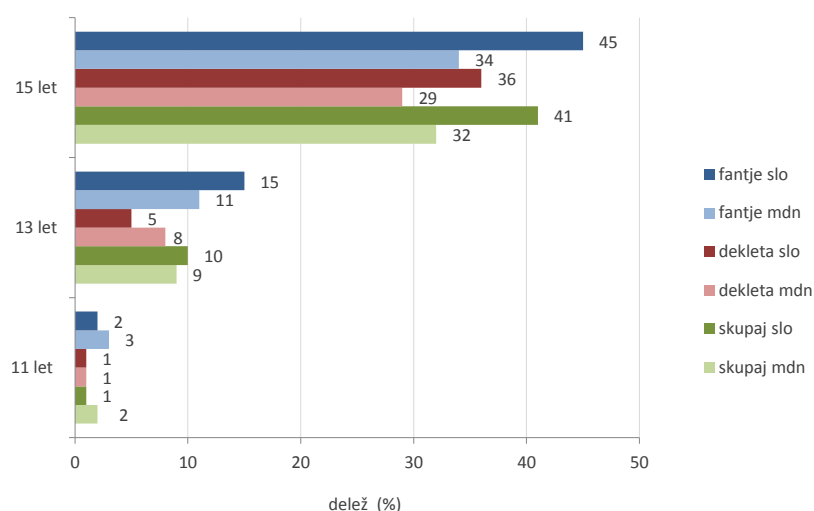
Ni sprememb v deležu tedenskih pivcev

V obdobju 2002–2010 med 11-, 13- in 15-letniki tako pri fantih kot dekletih ni bilo sprememb v deležu tedenskih pivcev alkohola (12). Trend tedenskega pitja med 15-letnimi fanti in 15-letnimi dekleti v tem obdobju ne kaže sprememb, med 11-letniki pa med letoma 2006 in 2010 zaznamo upad, in sicer na račun upada med fanti (12). Mednarodni podatki kažejo, da tedensko pitje alkohola med mladimi v zahodnoevropskih državah upada, medtem ko v vzhodnoevropskih narašča (13, 14).

Slovenski 15-letniki po opitosti nad mednarodnim povprečjem, izstopajo dekleta

Opitost (najmanj 2-krat)³³ v življenju s starostjo mladostnikov narašča, pri čemer je pri 15-letnikih kar 41 % takih, ki so bili v življenju opiti že 2-krat ali večkrat. Pri 13- in 15-letnikih je takih več med fanti kot med dekleti (8).

Pri 11- in 13-letnikih glede na mednarodno povprečje ni izrazito velikih razlik ali pa so rezultati ponekod celo ugodnejši za slovenske mladostnike (npr. pri slovenskih 13-letnih dekletih in 11-letnih fantih) (slika 4.7). Drugače pa je pri slovenskih 15-letnikih, pri katerih je delež tistih, ki so bili v življenju opiti najmanj 2-krat, izrazito višji od mednarodnega povprečja: slovenskih 15-letnih fantov, ki so bili v življenju opiti 2-krat ali večkrat, je glede na njihove vrstnike v mednarodnem okolju 11 % več, takih slovenskih 15-letnih deklet pa je glede na njihove vrstnice v mednarodnem okolju kar 17 % več. S tem se slovenski 15-letniki uvrščajo na 10. od 38 mest na lestvici držav glede na višino deleža opitih 15-letnikov (11). Med 15-letniki je tudi kar 20 % (fantje) oziroma 21 % (dekleta) takih, ki so bili opiti vsaj enkrat v zadnjih 30 dneh, s čimer se Slovenija uvršča nad mednarodno povprečje. Nad mednarodno povprečje se slovenski 15-letni fantje in dekleta uvrščajo tudi po odstotku tistih, ki so se v zadnjih 30 dneh vsaj enkrat visoko tvegano opili³⁴ (9).



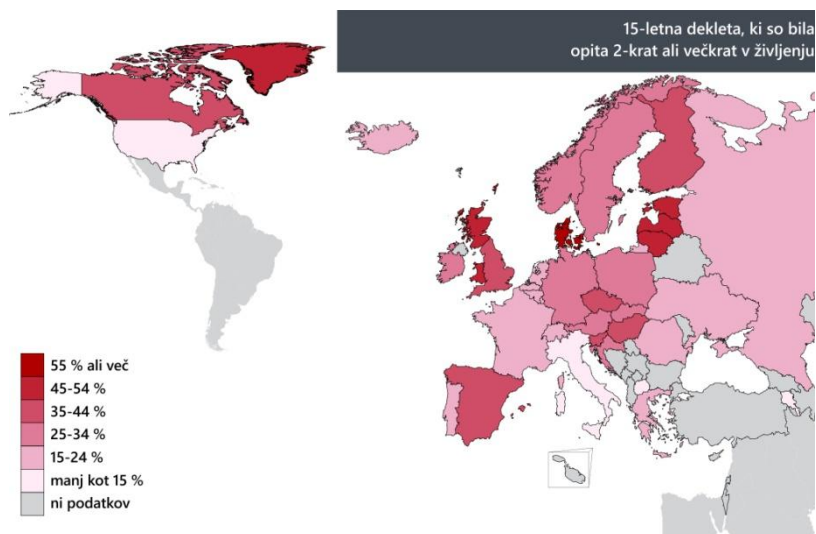
Legenda: slo – slovensko povprečje, mdn – mednarodno povprečje

Slika 4.7: Primerjava deležev slovenskih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v opitosti 2-krat ali večkrat v življenju glede na starost in spol (Vir: HBSC, 2010)

³³ Na vprašanje, ali so že kdaj spili toliko alkoholne pijače, da so bili opiti, so mladostniki lahko izbrali enega od naslednjih odgovorov: ne, nikoli; da, enkrat; da, 2- do 3-krat; da, 4- do 10-krat; da, več kot 10-krat.

³⁴ Visoko tvegano opijanje (angl. binge drinking) - zaužitje vsaj 5 enot alkohola ob eni priložnosti (9). 1 enota alkohola je 10 g alkohola ali 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali 2,5 dl mošta ali 0,3 dl (šilce) žganja.

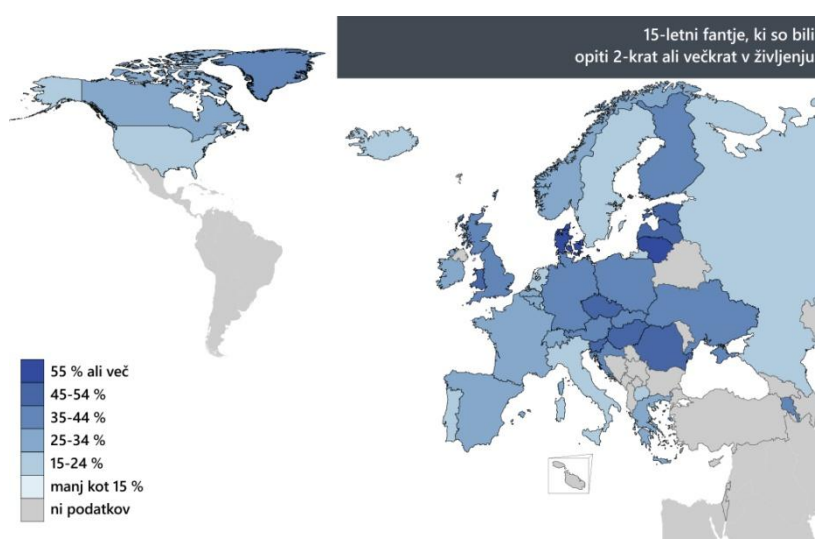
Opitost: Slovenska 15-letna dekleta nadpovprečno ogrožena, najbolj ogrožena dekleta na Danskem, najmanj pa v Armeniji in Makedoniji



Slika 4.8: Primerjava deležev 15-letnih deklet v opitosti z deleži vrstnic iz držav HBSC (11)³⁵

Slovenska 15-letna dekleta skupaj z vrstnicami iz Madžarske, Češke, Finske, Španije, Anglije, Estonije in Latvije spadajo med 15-letna dekleta z nadpovprečno, vendar ne največjo ogroženostjo. Država z najbolj ogroženimi 15-letnimi dekleti je Danska, kjer je delež 15-letnih deklet, ki so bile v življenju opite 2-krat ali večkrat, 56 %. Države, kjer 15-letna dekleta v najmanjših deležih poročajo o opitosti 2-krat ali večkrat v življenju, so Italija, ZDA ter Armenija in Makedonija, ki imata najnižji, 8 %, delež 15-letnih deklet, ki so bila v življenju opita 2-krat ali večkrat (11) (slika 4.8).

Opitost: Slovenski 15-letni fantje nadpovprečno ogroženi, najbolj ogroženi so 15-letni fantje iz Litve in z Danske, najmanj pa v ZDA



Slika 4.9: Primerjava deležev 15-letnih fantov v opitosti z deleži vrstnikov iz držav HBSC (11)³⁶

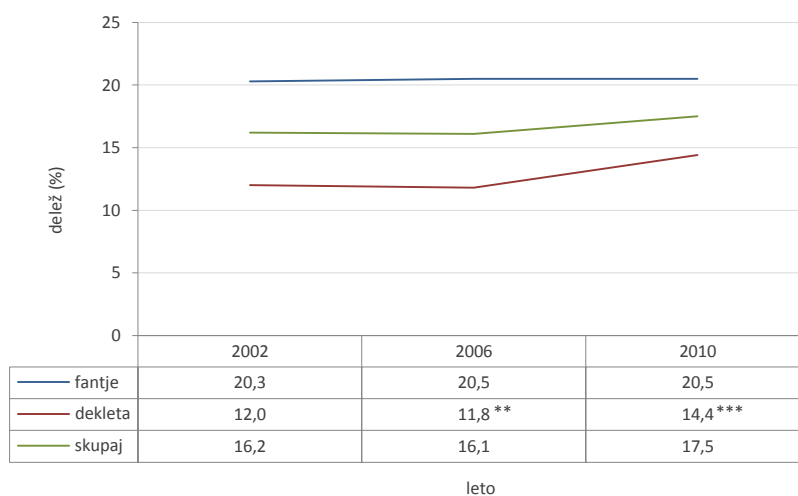
³⁵ Objavljeno z dovoljenjem avtorjev.

³⁶ Objavljeno z dovoljenjem avtorjev.

Slovenski 15-letni fantje skupaj z vrstniki iz Madžarske, Romunije, Češke, Walesa ter Estonije in Latvije spadajo med tiste, ki so visoko, vendar ne najvišje, nadpovprečno ogroženi. Država z najvišje nadpovprečno ogroženimi 15-letnimi fanti je Litva, kjer je delež 15-letnih fantov, ki so bili v življenju opiti 2-krat ali večkrat, 57 %, sledi pa ji Danska. Države, kjer 15-letni fantje v najmanjših deležih poročajo opitost 2-krat ali večkrat v življenju, so Rusija, Makedonija, Italija, Portugalska, Belgija, Islandija in ZDA, ki ima najnižji, 15 %, delež 15-letnih fantov, ki so bili v življenju opiti 2-krat ali večkrat (11) (slika 4.9).

Dekleta se v deležu opitih približujejo fantom;

porast opitosti pri 15-letnih dekletih ter upad pri 11-letnih dekletih in fantih



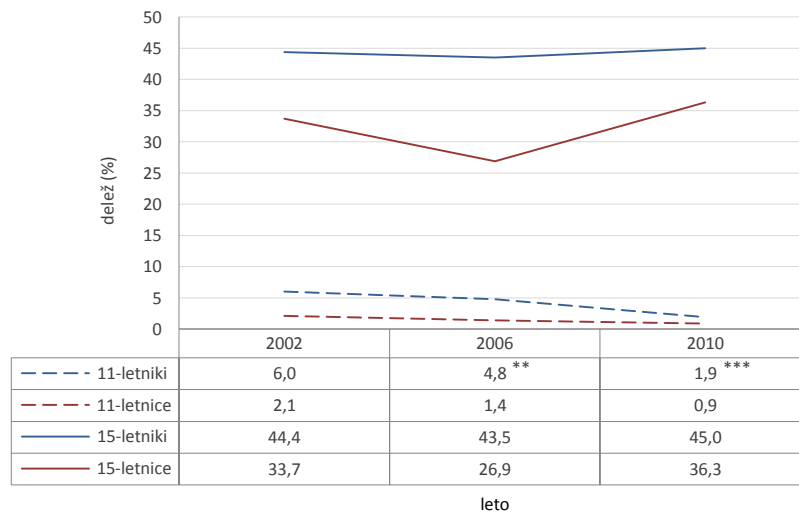
Legenda: **Statistično značilne razlike med letoma 2006 in 2010, ***Statistično značilne razlike v obdobju 2002–2010

Slika 4.10: Deleži mladostnikov, starih od 11 do 15 let, ki so bili v življenju 2-krat ali večkrat opiti, skupaj in po spolu, v letih 2002, 2006 in 2010 (Vir: HBSC 2002, 2006, 2010)

Delež mladostnic, starih od 11 do 15 let, ki so bile v življenju 2-krat ali večkrat opite, je v obdobju med 2002 in 2010 narasel, medtem ko med fanti ni razlik (slika 4.10) (12). Porast opazimo predvsem med 15-letnicami med letoma 2006 in 2010, medtem ko je delež 11-letnikov, ki so bili v življenju 2-krat ali večkrat opiti, pri obeh spolih padel (slika 4.11) (12).

Porast med 15-letnimi dekletih in nespremenjeno stanje med 15-letnimi fantih ugotavljajo tudi v nekaterih drugih državah, kot so: Češka, Madžarska, Latvija, Poljska, Ruska federacija (15) in Litva (16) ter na Škotskem (13). Zanimivo pa je, da je v Avstriji, Nemčiji in na Irskem življenjska prevalenca opitosti upadla pri fantih in ostala nespremenjena pri dekletih, na Finskem pa so opazili ravno nasproten trend (upad pri dekletih in nespremenjeno stanje pri fantih) (15).

Ne glede na spol in starost pa trend naraščanja opijanjanja (1998–2006) beležijo (15) v Estoniji, Latviji, Litvi, Rusiji ter na Madžarskem in Poljskem. Upad je opazen v nekaterih srednje- (Avstrija in Nemčija) in severno-evropskih državah (Irska, Norveška, Švedska, Združeno kraljestvo, Danska, Finska), v Franciji, Belgiji, Švici in na Češkem, medtem ko v nekaterih državah južne Evrope (Portugalska, Grčija) ne beležijo sprememb (15).



Legenda: **Statistično značilne razlike med letoma 2006 in 2010, ***Statistično značilne razlike v obdobju 2002–2010

Slika 4.11: Delež 11- in 15-letnikov, ki so bili v življenju 2-krat ali večkrat opiti, po spolu, v letih 2002, 2006 in 2010 (Vir: HBSC 2002, 2006, 2010)

Fantje pijejo in so opiti pogosteje kot dekleta (5, 7, 8, 9, 12, 15, 17–20), a bi glede na zgornje ugotovitve lahko sklenili, da se 15-letna dekleta v opijanju približujejo fantom. Podobno ugotavljajo tudi v tujini (14, 15, 21). Ob upoštevanju rezultatov, da je porast pitja deklet opazen predvsem v srednjeevropskih in vzhodnoevropskih državah (15, 16), nekateri to pripisujejo vse večjem osamosvajanju in avtonomnosti žensk v teh državah (22). Nekateri raziskovalci (22) namreč ugotavljajo, da se skladno z izenačevanjem socialnih vlog med moškimi in ženskami zmanjšujejo razlike med spoloma v načinu pitja alkohola; višja, kot je pozicija žensk v družbi, manjše so razlike med spoloma v pitju alkohola. Med vzroki za zmanjševanje razlik med spoloma je najverjetneje tudi način oglaševanja alkohola, ki ga uporabljata alkoholna industrija in industrija zabave. Intenzivno je namreč usmerjeno v mlade, predvsem v dekleta, ki naj bi bila samo v revijah za več kot štirikrat bolj izpostavljena oglasom alkohola v primerjavi z izpostavljenostjo fantov (23). Pokazalo se je, da izpostavljenost mladostnikov oglaševanju alkoholnih izdelkov vpliva na njihovo željo, namen in odločitev za pitje alkohola (1, 24–27), pri čemer je povezava najmočnejša ob oglasih, ki se povezujejo s športom, z vznemirljivim načinom življenja in s socialnim statusom (2, 28).

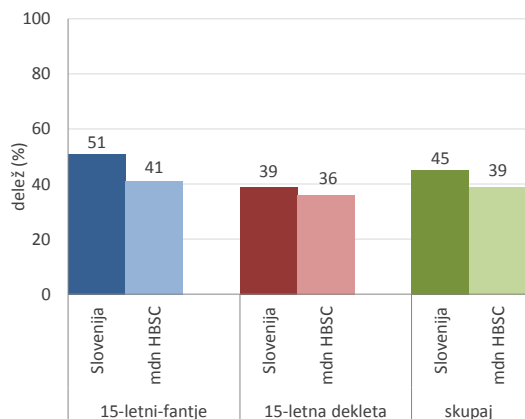
Mladi pijejo, da bi se opili

V skladu z ugotovitvami o nespremenjenem rednem/tedenskem pitju, a porasti opijanja, lahko sklenemo, da mladi pijejo predvsem, da bi se opili. Podobno se je pokazalo tudi v evropskih državah, za katere sta značilna upad rednega pitja in porast opijanja (npr. Belgija, Francija, Finska, Švedska, Poljska, Severna Irska) (13). Zanimiva pa je tudi ugotovitev iz tujine, da je popivanje pri dekletih bolj značilno za nižjo starost in proti polnoletnosti upade, pri fantih pa so ugotovili ravno nasprotno – popivanje je bolj značilno za starejše fante (21).

Slovenski 15-letniki nad mednarodnim povprečjem v prvem poskusu pitja in prvi glede opitosti v starosti 13 let ali manj

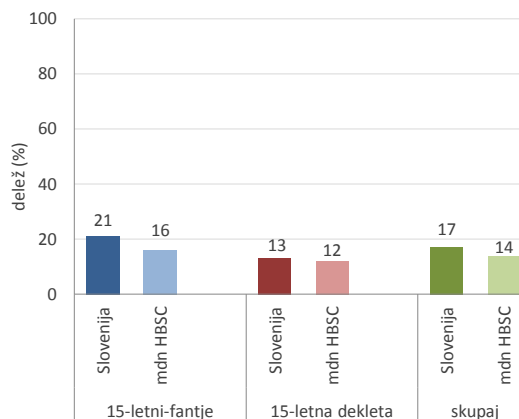
Primerjava slovenskih 15-letnikov z mednarodnim povprečjem v zgodnjem poskusu alkoholne pijače v starosti 13 let ali manj je pokazala, da se slovenski fantje in dekleta tako skupaj (s 45 %) kot tudi

ločeno po spolu uvrščajo nad mednarodno povprečje (slika 4.12). Prav tako se s 17 % (oba spola skupaj) slovenski fantje in dekleta uvrščajo nad mednarodno povprečje v prvi opitosti v starosti 13 let ali manj (slika 4.13) (11).



Legenda: Mdn - mednarodno povprečje

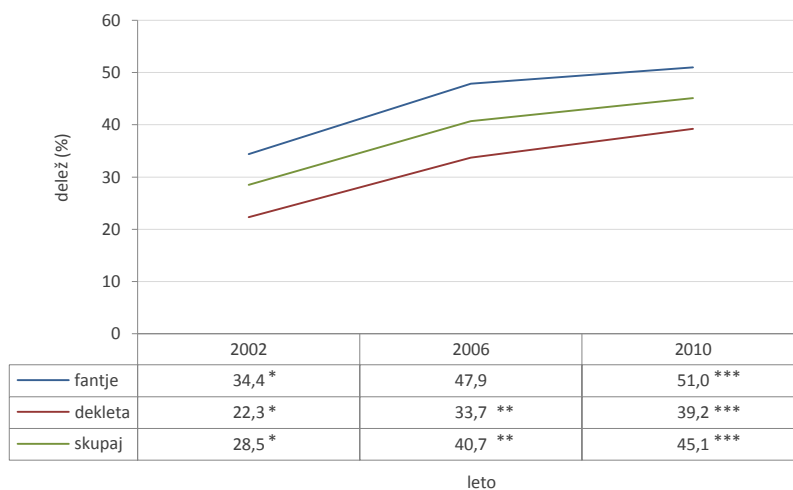
Slika 4.12: Primerjava deležev slovenskih 15-letnih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v zgodnjem prvem poskusu alkoholne pijače glede na spol (Vir: HBSC, 2010)



Legenda: Mdn - mednarodno povprečje

Slika 4.13: Primerjava deležev slovenskih 15-letnih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v zgodnji prvi opitosti glede na spol (Vir: HBSC, 2010)

Porast deleža mladostnikov s prvim poskusom pitja v starosti 13 let ali manj, ni sprememb v prvi opitosti v starosti 13 let ali manj



Legenda: *Statistično značilne razlike med letoma 2002 in 2006, **Statistično značilne razlike med letoma 2006 in 2010, ***Statistično značilne razlike v obdobju 2002–2010

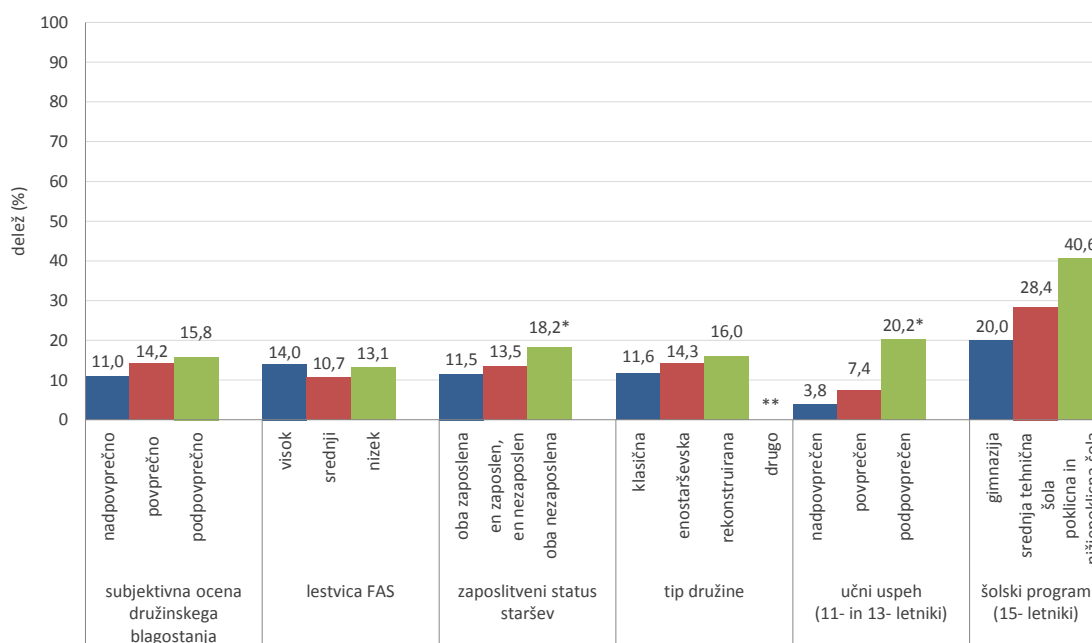
Slika 4.14: Deleži mladostnikov, starih 15 let, ki so prvič v življenju pili alkohol v starosti 13 let ali manj, skupaj in po spolu, v letih 2002, 2006 in 2010 (Vir: HBSC 2002, 2006, 2010) (12)

Delež mladostnikov, ki so prvič v življenju pili alkohol v starosti 13 let ali manj, se je v obdobju 2002–2010 povečal, porast opazimo pri fantih in pri dekletih (slika 4.14). Trend mladostnikov, ki so bili prvič opiti v starosti 13 let ali manj, je ostal nespremenjen (12).

4.2 Neenakosti v pitju alkohola med mladostniki

Tedensko pitje in opijanje se pri 11-, 13- in 15-letnikih razlikuje glede na izbrane kazalnike neenakosti

Tedensko pitje alkoholnih pijač se pri 11-, 13- in 15-letnikih razlikuje³⁷ glede na izbrane kazalnike neenakosti³⁸. Največji delež mladostnikov, ki tedensko pijejo alkohol, je med tistimi, ki ocenjujejo (denarno) blagostanje svoje družine kot podpovprečno; tistimi, ki so na lestvici FAS dosegli visok rezultat³⁹; tistimi, katerih starša sta oba nezaposlena; tistimi, ki prihajajo iz rekonstruiranih⁴⁰ družin, ter med tistimi, ki imajo podpovprečni šolski uspeh oziroma obiskujejo poklicne in nižje poklicne šole (slika 4.15) (8).



Legenda: Ocena, označena z *, je manj natančna. Ocena, označena z **, je zaradi premajhnega števila enot v opazovani podskupini za objavo premalo natančna.

Slika 4.15: Delež mladostnikov, ki tedensko uživajo alkoholne pijače, glede na izbrane kazalnike SEP (Vir: HBSC, 2010) (8)

Opijanje 2-krat ali večkrat se pri 11-, 13- in 15-letnikih razlikuje glede na izbrane kazalnike neenakosti. Največji delež mladostnikov, ki so se v življenju že opili 2-krat ali večkrat, je med tistimi, ki ocenjujejo (denarno) blagostanje družine kot podpovprečno; tistimi z visokim rezultatom na lestvici FAS (sledijo jim tisti z nizkim rezultatom na lestvici FAS); tistimi z enim ali obema staršema nezaposlenima; tistimi, ki prihajajo iz rekonstruirane družine; tistimi, ki imajo podpovprečen šolski uspeh oziroma obiskujejo poklicne in nižje poklicne šole, ter med tistimi, ki imajo večje število prijateljev (slika 4.16) (8).

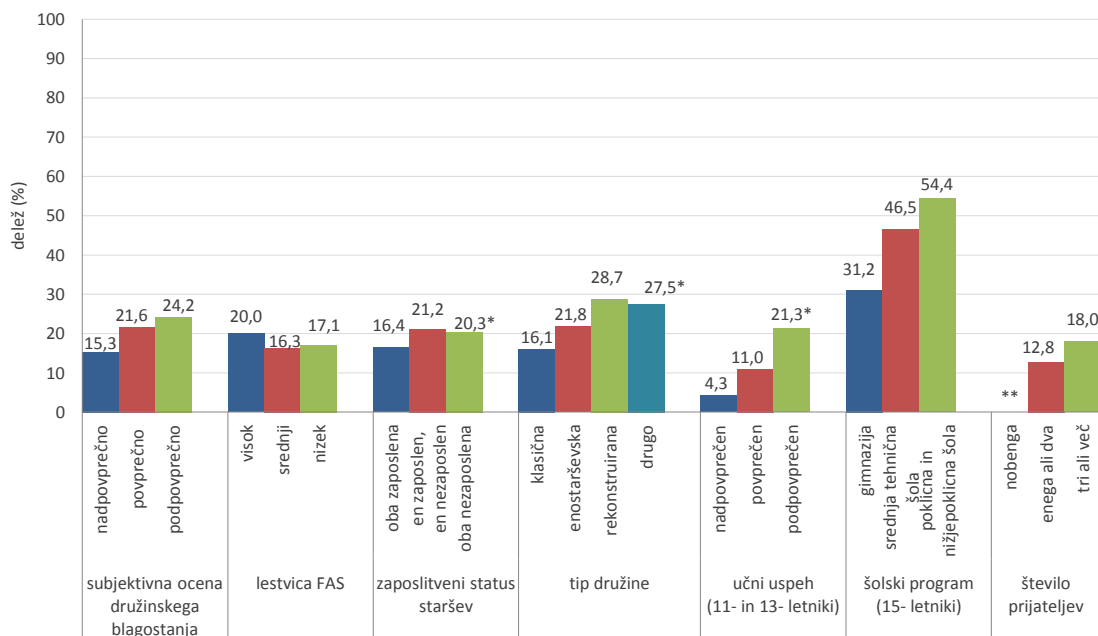
³⁷ Uporabljen je bil hi-kvadrat test (χ^2).

³⁸ Subjektivna ocena družinskega blagostanja, lestvica FAS (lestvica materialne premožnosti družine), zaposlitveni status staršev, tip družine, šolski uspeh (11- in 13-letniki) oziroma šolski program (15-letniki).

³⁹ Lestvica FAS (angl. Family Affluence Scale) meri materialno premožnost družine. Sestavljena je iz vprašanj, s katerimi merimo, ali ima vprašani svojo sobo, kakšno je število računalnikov in avtomobilov v domu ter kolikokrat letno gre družina na počitnice. Ker mednarodno uporabljena lestvica ne ustreza socialno-ekonomski situaciji pri nas, smo uporabili strožji kriterij (8).

⁴⁰ Kjer mladostniki živijo z mamo ali očetom in z njenim/njegovim novim partnerjem ali partnerko.

Delež mladostnikov, ki tedensko pijejo alkohol in so bili že opiti 2-krat ali večkrat, se pri mladostnikih, ki bivajo v vzhodni Sloveniji, ne razlikuje od deleža tistih mladostnikov, ki bivajo v zahodni Sloveniji (8). Razlik ni tudi v pitju alkohola in opijanju med tistimi mladostniki, ki živijo v mestu, in tistimi na podeželju, prav tako ni razlik med mladostniki, ki prihajajo iz različnih predelov Slovenije (17).



Legenda: Ocena, označena z *, je manj natančna. Ocena, označena z **, je zaradi premajhnega števila enot v opazovani podskupini za objavo premalo natančna.

Slika 4.16: Deleži mladostnikov, ki so bili v življenju že vsaj 2-krat opiti, glede na izbrane kazalnike socialno-ekonomskega položaja (Vir: HBSC, 2010) (8)

4.3 Dostopnost alkohola, stališča do alkohola in nekatera mnenja mladih⁴¹

Alkohol je mladim lahko dostopen

Čeprav je prodaja alkohola osebam, mlajšim od 18 let, v Sloveniji zakonsko prepovedana (29), podatki kažejo, da več kot polovica mladostnikov med 12. in 15. letom nima težav s pridobivanjem alkoholnih pijač v trgovini, na bencinskih črpalkah in v lokalih, pri čemer imajo presenetljivo najmanj težav 12-letniki (7, 18). Skoraj ½ mladostnikov v starosti 14 in 17 let ob nakupu pijače v baru, trgovini ali diskoteki niso še nikoli zavrnil. 17-letniki alkoholne pijače najpogosteje dobijo v baru, gostilni, trgovini in disku oziroma klubu (30). Stanje je podobno tudi pri starejših (15 do 24 let), kar 83 % jih namreč poroča, da brez težav dostopajo do alkohola (31).

Večja dostopnost alkohola doma, pitje staršev in slab starševski nadzor so dejavniki tveganja za pitje alkoholnih pijač

42 % mladostnikov med 12. in 15. letom meni, da njihovi starši vedó, da pijejo alkoholne pijače (7), prek staršev oziroma v domačem okolju pa z alkoholnimi pijačami tudi najpogosteje pridejo v stik (7, 30). Tako so svoj prvi kozarec alkohola otroci in mladostniki najpogosteje spili do svojega 10. leta

⁴¹ Vsi podatki v tem poglavju se nanašajo na slovenske mladostnike.

starosti, največkrat na pobudo očeta ali pa so si ga vzeli sami, najpogosteje na praznovanjih (17). Matere mladostnikom alkohol branijo pogosteje (32) in so bolj stroge glede pitja kot očetje (33).

Velika dostopnost alkohola doma in domača pridelava alkoholnih pijač sta pomembna dejavnika tveganja za pitje alkohola, prav tako so dejavnik tveganja tvegane in škodljive pивske navade staršev in nerazumevanje staršev med seboj pa tudi nerazumevanje med starši in otroki (17).

Zanimiva je ugotovitev, da mladostniki, katerih očetje so zasvojeni z alkoholom, poročajo o poznejšem prvem poskusu pitja alkohola, a se pozneje pogosteje opijajo kot vrstniki, katerih očetje niso zasvojeni z alkoholom (32). Ti mladostniki v primerjavi z vrstniki, katerih očetje niso zasvojeni z alkoholom, lastnosti svojih očetov ocenjujejo manj pozitivno, svoje matere pa v večji meri ocenjujejo kot živčne in garaške (32).

15- in 16-letni mladostniki, katerih starši običajno ne vedó, kje preživljajo sobotne večere, so v zadnjem mesecu pogosteje 3-krat ali večkrat spili po pet alkoholnih pijač zapored kot mladostniki, katerih starši pogosto ali vedno vedó, kje preživljajo sobotne večere (33). Mladostniki, ki so odgovorili, da se njihovi sorojenci opijajo, so pogosteje pili alkoholne pijače 3- ali večkrat ali 6- ali večkrat v zadnjem mesecu (33).

Pitje alkohola pri mladostnikih je povezano s pitjem alkohola njihovih prijateljev

S starostjo mladostnikov pada delež tistih, katerih prijatelji nikoli niso pili alkohola (17). Čeprav večina mladostnikov odgovarja, da se prijateljem pri pitju alkohola zagotovo ne bi pridružili, s starostjo narašča delež tistih mladostnikov, ki bi se prijateljem pri pitju pridružili morda ali zagotovo, prav tako s starostjo narašča delež mladostnikov, ki menijo, da je pitje alkohola pri njih odvisno od prijateljev (17). Ob tem pogosteje pijejo mladostniki, katerih prijatelji imajo bolj tolerantna stališča do pitja alkohola in ki pijejo zaradi navade in v družbi svojih prijateljev (17). Srednješolci pitje v družbi s prijatelji celo izpostavljajo kot enega najpogostejših razlogov tako za pitje alkohola kot prvo opitost in na splošno opijanje z njim (34). Kadar so v družbi s svojimi prijatelji, $\frac{2}{3}$ 17-letnikov vsaj občasno pije alkohol (30). S starostjo pa narašča tudi neposredno medvrstniško spodbujanje k pitju alkohola: med 12-letniki je tega manj kot 10 %, pri 17-letnikih pa je takega spodbujanja deležna že več kot $\frac{1}{4}$ mladostnikov. Pri slednjih več tovrstnega pritiska občutijo fantje (18).

Način preživljanja (prostega) časa ima pomemben vpliv na pitje alkoholnih pijač

Dijaki, ki so v zadnjem mesecu izostajali od pouka, so pogosteje poročali o pitju alkoholnih pijač in o opijanju (33). Otroci in mladostniki, ki prosti čas preživljajo ustvarjalno in aktivno (šport, igranje na inštrument, branje, risanje, delo doma), imajo več možnosti, da ne bodo pili alkohola kot pa tisti, ki svoj čas preživljajo tako, da gledajo televizijo, se igrajo z računalnikom, sanjarijo, se dolgočasijo, se potepajo ali zahajajo v lokale (17). Vključenost v šolske krožke ali organizirane izvenšolske dejavnosti pa na pitje pri otrocih in mladostnikih nima pomembnega vpliva (17).

Stališča mladih glede pitja alkoholnih pijač so precej tolerantna

Največji delež otrok in mladostnikov meni, da posameznik lahko začne piti alkohol po 18. letu starosti in ga lahko pije na praznovanjih, zabavah in obiskih, nekoliko manj pa jih meni, naj posameznik nikoli ne pije alkohola. Vendar pa jih le 40 % meni, da otroci in mladostniki njihove starosti nikoli ne bi smeli piti alkoholnih pijač (17), in le slaba $\frac{1}{4}$ mladostnikov zase meni, da v odraslosti alkoholnih pijač ne bodo pili (35).

15-letniki so precej strpni do visoko tveganega opijanja – le dobra 1/3 jih meni, da s pitjem 5 ali več alkoholnih pijač vsak vikend posameznik zelo izpostavlja tveganju svoje zdravje (35).

Mladostniki v večji meri pričakujejo pozitivne⁴² kot negativne⁴³ učinke pitja alkoholnih pijač in v primerjavi z vrstniki iz mednarodnega okolja poročajo o nadpovprečno veliko osebnih težavah, povezanih s pitjem alkohola (poslabšan učni uspeh, poškodovanje predmetov in oblačil, izguba denarja ali dragocenih predmetov, nezgoda ali poškodba, oskrba v bolnišnici ali na oddelku za nujno zdravstveno pomoč) (9).

Razlogi mladostnikov za pitje in nepitje alkoholnih pijač so raznoliki

Mladi kot razloge, zakaj pijejo alkoholne pijače, največkrat navajajo (6, 17, 30, 36, 37):

- da se sprostijo,
- da so bolj pogumni in samozavestni,
- da si ustvarijo prijetno vzdušje,
- da pozabijo na težave v šoli in da premagujejo zaskrbljenost,
- prilagajanje posameznika družbi in lažje sklepanje novih poznanstev, dejstvo, da jim alkohol ponudijo, oziroma vrstniški pritisk in željo po priljubljenosti,
- reklamne oglase o alkoholnih pijačah, preprost nakup alkohola ter všečen izgled in okus alkoholnih pijač, na drugi strani pa tudi visoko ceno brezalkoholnih pijač,
- odnos do alkohola in dostopnost alkoholnih pijač doma in
- širšo družbeno sprejemljivost pitja alkoholnih pijač.

Mladi kot razloge, zakaj alkoholnih pijač *ne* pijejo, največkrat navajajo (17, 34):

- škodljivost alkohola zdravju,
- dejstvo, da so videli, kako alkohol učinkuje na človeka,
- strah, da bi se navadili piti alkoholne pijače, in
- dejstvo, da v pitju alkohola ne uživajo.

Podobno poročajo o razlogih, zaradi katerih so zavrnilo pitje alkohola, med katerimi so še:

- dejstvo, da se jim ni zdelo prav,
- da so se bali, da bi bila alkoholni pijači primešana kakšna druga snov, in
- ker se jim je zdelo brezveze.

Ob zavrnitvi ponujene alkoholne pijače mladostniki poročajo o različnih občutkih: nekateri niso občutili nič posebnega, nekateri so se počutili manjvredno in krivo, nekateri mlajši so bili ponosni nase in čutili, da delajo prav, nekateri starejši pa so se ob tem počutili nelagodno in imeli občutke izobčenosti (30).

Mladi so do učinkovitosti alkoholne zakonodaje skeptični

Mladostniki (9. razred) so do učinkovitosti različnih ukrepov, ki preprečujejo uživanje alkohola med mladimi, skeptični. Menijo, da ukrepi alkoholne zakonodaje nimajo velike vloge pri njihovi odločitvi o pitju alkohola (6). Izkaže pa se drugače, kadar gre za vedenje mladih. Mladostniki, ki so poznali

⁴² Sproščeno počutje, bil/a bi srečen/a, počutil/a bi se bolj prijateljsko in družabno, zelo bi se zabaval/a, pozabil/a bi na svoje težave.

⁴³ Bilo bi mi slabo, imel/a bi mačka, ne bi mogel/a prenehati piti, škodoval/a bi svojemu zdravju, storil/a bi kaj takega, kar bi pozneje obžaloval/a, zabredel/a bi v težave s policijo.

zakonodajo na področju alkohola, ki se nanaša na mlade, so poročali o nižjih stopnjah popivanja v primerjavi s tistimi, ki tovrstne alkoholne zakonodaje niso poznali (38). Zato je oblikovanje programov, ki bodo mladostnike ozaveščali o zakonodaji na področju problematike alkohola, lahko učinkovito. Pri oblikovanju zakonodaje pa so nam lahko v pomoč predlogi mladostnikov (6):

- spodbujanje in nagrajevanje neuživanja alkohola,
- več prostorov, ki bodo namenjeni aktivnemu druženju med mladimi,
- okusne in privlačne brezalkoholne pijače, ki bodo cenejše od alkohola,
- širjenje informacij o škodljivih učinkih pitja alkohola, ki bodo mladim razumljive; obstaja namreč veliko informacij, ki za mlade niso razumljive, ki govorijo o mogočih dolgoročnih škodljivih učinkih, ki mladostnikov ne motivirajo za nepitje.

Mladostniki dobijo informacije o alkoholu od vrstnikov, prek medijev, v šoli in doma

Mladostniki navajajo predvsem dva vira informacij o alkoholu. Prve so t.i. izkušnje iz prve roke – informacije o alkoholnih pijačah in njihovih učinkih, ki jih mladostniki pridobivajo od svojih vrstnikov. Navajajo, da so takšne informacije koristne, posebej pri izbiri alkoholnih pijač in pridobivanju lastnih izkušenj povezanih z uživanjem alkohola (npr. kako ravnati v primeru pijanosti; koliko pijače moraš spiti, da si pijan; kje dobiti alkoholno pijačo po ugodni ceni ...). Drug vir informacij pa predstavljajo različni mediji (TV, radio, internet), šola (različna predavanja) in dom. Mladostniki so že slišali za različne kampanje, namenjene ozaveščanju o škodljivih posledicah alkohola, a menijo, da te za mlade niso zanimive. Podobno menijo o predavanjih v šoli, ki se jim sicer zdijo relativno zanimiva, a hkrati menijo, da niso učinkovito sredstvo za odvrčanje mladih od pitja alkohola. Tudi glede prepovedi so mladi mnenja, da imajo nasproten učinek od zelenega, mladim je alkohol le še bolj privlačen. Poleg t.i. informacij o škodljivem pitju alkohola pa predvsem iz medijskega sveta (še posebej filmi in nadaljevanke) mladi pogosto dobijo tudi t.i. »pozitivne« informacije o alkoholu – ki spodbujajo privlačnost pitja alkoholnih pijač (6).

4.4 Ključne ugotovitve

Najbolj priljubljena pijača med mladostniki je pivo.

Slovenski 15-letniki po deležih tistih, ki tedensko pijejo pivo, vino in žgane pijače, nad mednarodnim povprečjem.

Več kot ¼ slovenskih 15-letnikov pije alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko, kar je nad mednarodnim povprečjem, izstopajo fantje.

Ni sprememb v deležu tedenskih pivcev.

Slovenski 15-letniki po opitosti nad mednarodnim povprečjem, izstopajo dekleta.

Dekleta se v deležu opitih približujejo fantom.

Slovenski 15-letniki nad mednarodnim povprečjem v prvem poskusu pitja in prvi glede opitosti v starosti 13 let ali manj.

Največji delež mladostnikov, ki tedensko pijejo alkohol, je med tistimi, ki ocenjujejo (denarno) blagostanje svoje družine kot podpovprečno; tistimi, ki so na lestvici FAS

dosegli visok rezultat; tistimi, katerih starša sta oba nezaposlena; tistimi, ki prihajajo iz rekonstruiranih družin; tistimi, ki imajo podpovprečni šolski uspeh oziroma obiskujejo poklicne in nižje poklicne šole.

Največji delež mladostnikov, ki so se v življenju že opili 2-krat ali večkrat, je med tistimi, ki ocenjujejo (denarno) blagostanje družine kot podpovprečno; tistimi z visokim rezultatom na lestvici FAS (sledijo jim tisti z nizkim rezultatom na lestvici FAS); tistimi z enim ali obema staršema nezaposlenima; tistimi, ki prihajajo iz rekonstruirane družine; tistimi, ki imajo podpovprečen šolski uspeh oziroma obiskujejo poklicne in nižje poklicne šole; tistimi, ki imajo večje število prijateljev.

Alkohol je mladim lahko dostopen.

Večja dostopnost alkohola doma, pitje staršev in slab starševski nadzor so dejavniki tveganja za pitje alkoholnih pijač.

Pitje alkohola pri mladostnikih je povezano s pitjem alkohola njihovih prijateljev.

Način preživljanja (prostega) časa ima pomemben vpliv na pitje alkoholnih pijač.

Stališča mladih glede pitja alkoholnih pijač so precej tolerantna.

Mladostniki dobijo informacije o alkoholu od vrstnikov, prek medijev, v šoli in doma.

Mladi so do učinkovitosti alkoholne zakonodaje skeptični.

4.5 Literatura

1. Anderson P. The impact of alcohol advertising: ELSA project report on the evidence to strengthen regulation to protect young people. Utrecht: National foundation for alcohol prevention, 2007.
2. Pechmann CL, Levine L, Loughlin S, Leslie F. Impulsive and self-conscious: adolescents' vulnerability to advertising and promotion. *Journal of Public Policy & Marketing* 2005; 24(2): 202–21.
3. Koob GF, Le Moal M. *Neurobiology of addiction*. London: Academic Press, 2006.
4. Goldstein RZ, Alia Klein N, Cottone LA in Volkow ND. Addiction and the Orbitofrontal Cortex. In: Zald D, Rauch S, editors. *The Orbitofrontal Cortex*. Oxford: University Press, 2006: 481–522.
5. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A. et. al. The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 Countries. Stockholm: CAN, 2009.
6. Bajt M, Zorko M. Uživanje alkoholnih pijač med mladostniki – izsledki fokusnih skupin. Pridobljeno 11. 3. 2012 s spletne strani: http://www.zdravjevsoli.si/attachments/article/173/fokusne%20porocilo_alkohol.pdf.
7. Boben – Bardutzky D, Boben D, Čebašek – Travnik Z, Levačič M, Sorko N, Zorko M. Odraščanje: z ali brez alkohola?: rezultati raziskave med slovenskimi osnovnošolci. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, 2009.
8. Kovše K, Hočevar T. Pitje alkoholnih pijač. In: Jeriček Klanšček H, Rožkar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 216-27.
9. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A. et. al. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 Countries. Stockholm: CAN, 2012.
10. Jeriček Klanšček H, Rožkar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.
11. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
12. Zorko, M in Bajt M. Trendi v pitju alkohola. In: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M, editors. Spremembe v vedenjih povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.

13. Settertobulte W, Jensen BB, Hurrelmann K. Drinking among young Europeans. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.
14. Zaborskis A, Sumskas L, Maser M, Pudule I. Trends in drinking habits among adolescents in the Baltic countries over the period of transition: HBSC survey results, 1993–2002. *BMJ Public Health* 2006; 67(6).
15. Simons–Morton BG, Farhat T, Bogt FM, Hublet A, Kuntsche E, Gabhainn SC. et al. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and region. *Int J Public Health* 2009; 54(2): 199–208.
16. Sumskas L, Zaborskis A. Alcohol consumption in Lithuanian school-aged children during 1994–2002. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(11). Pridobljeno 15. 03. 2012 s spletne strani: <http://medicina.kmu.lt> 1117.
17. Kolšek, M. Pogostost pitja in pивske navade osnovnošolcev v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2000.
18. Boben – Bardutzky D, Boben D, Čebašek – Travnik Z, Levačič M, Sorko N, Zorko M. Pot v odraslost – z ali brez alkohola?: rezultati raziskave o odnosu srednješolcev do alkohola. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, 2010.
19. Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T. HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.
20. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D. et. al. Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006. Copenhagen: WHO European Office, 2008.
21. Lintonen T, Rimpelä M, Ahlström S, Rimpelä A, Vikat A. Trends in drinking habits among Finnish adolescents from 1977 to 1999. *Addiction* 2000; 95(8): 1255–63.
22. Rahav G, Wilsnack R, Bloomfield K, Gmel G, Kuntsche S. The influence of societal level factors on men's and women's alcohol consumption and alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41(1): 47–55.
23. Jernigan DH, Ostroff J, Ross C, O'Hara JA. Sex Differences in Adolescent Exposure to Alcohol Advertising in Magazines. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 629–34.
24. Anderson P. Is it time to ban alcohol advertising? *Clinical Medicine* 2009; 9(2): 121–4.
25. Anderson P, Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol and Alcoholism* 2009; 44(3): 229–43.
26. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy.* Oxford: Oxford University Press, 2010.
27. WHO. Evidence for the effectiveness and cost–effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organisation Office, 2009.
28. Faggiano F, Taglianti-Vigna A, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine* 2008; 46: 385–96.
29. Uradni list RS, št. 15/2003 Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA). Pridobljeno 30. 8. 2102 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200315&stevilka=589>.
30. Zalta A, Kralj A, Zorc J, Lenarčič B, Medarič Z, Simčič B. Mladi in alkohol v Sloveniji. Koper: Univerza na Primorskem Znanstveno-raziskovalno središče Koper, 2008. Pridobljeno 20. 11. 2012 s spletne strani <http://www.zrs.upr.si/media/uploads/files/Mladi%20in%20alkohol%20v%20Sloveniji.pdf>.
31. Eurobarometer. Youth attitudes on drugs 2011 – analytical report. Pridobljeno 10. 3. 2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/public_opinion.
32. Sabočki M. Vpliv očetovega prekomernega pitja alkoholnih pijač na mladostnikov odnos do alkohola. *Zdrav Var* 1992; 31: 225–8.
33. Stergar E, Pucelj V, Scagnetti N. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – Slovenija 2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
34. Stergar, E. Razširjenost pitja alkoholnih pijač in kajenja cigaret med slovenskimi srednješolci – rezultati mnenjske raziskave. *Zdrav vestn* 1992; 61:137–40.
35. Stergar E. Razširjenost uživanja alkoholnih pijač med srednješolci. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2001.
36. Tivadar B, Kamin T. Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
37. Ramovš J, Ramovš K. Pitje mladih. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2007.
38. Rhodes WA, Singleton E, McMillan TB, Perrino CS. Does knowledge of college drinking policy influence student binge drinking? *J Am Coll Health* 2005; 54(1): 45–9.

**MNENJE KLJUČNIH AKTERJEV
O UKREPIH, IZVAJANJU IN VODENJU
ALKOHOLNE POLITIKE V SLOVENIJI**

Sandra Radoš Krnel

5

5. MNENJE KLJUČNIH AKTERJEV O UKREPIH, IZVAJANJU IN VODENJU ALKOHOLNE POLITIKE V SLOVENIJI

Pri načrtovanju, oblikovanju, vodenju in izvajanju alkoholne politike sodelujejo različni akterji, ki imajo interes in tudi možnost vplivati na usmeritev, cilje in aktivnosti alkoholne politike. Za celostno poznavanje alkoholne politike posamezne države je zato izrednega pomena poznati mnenja ključnih akterjev s tega področja, saj nam takšna analiza omogoča razumevanje obnašanja, namenov, medsebojnih odnosov, poslovanja in interesov akterjev ter vpliva in virov, ki jih ti uporabljajo za doseg svojih ciljev. Analiza mnenj omogoča razvoj strategije obravnave posameznih akterjev in lažje izvajanje posameznih ukrepov alkoholne politike (1). Na podlagi mnenj akterjev je mogoče pripraviti predlog ukrepov alkoholne politike, ki bo upošteval, na katerih področjih alkoholne politike je soglasje o izvajanju posameznih ukrepov največje in na katerih področjih so največja nasprotovanja (2).

V Sloveniji je bila leta 2008 in 2009 opravljena raziskava mnenj ključnih akterjev na področju alkoholne politike v Sloveniji, ki je temeljila na bazi akterjev projekta MOSA (Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola) (3). Ta baza vsebuje vse aktivne in potencialne akterje na področju alkoholne politike v Sloveniji, ki so bili zbrani s pomočjo svetovnega spleta, obstoječih baz podatkov različnih pristojnih ministrstev in vladnih ter nevladnih organizacij. Akterji so bili v raziskavi razdeljeni v štiri interesne skupine: »Država«, »Stroka«, »Nevladne organizacije« in »Alkoholna industrija«. Na povabilo k sodelovanju se je odzvalo 54,1 % vseh povabljenih akterjev.

V raziskavi uporabljen vprašalnik je bil oblikovan s pomočjo literature s področja, ki ga obravnava to poglavje: v prvi vrsti raziskav, ki so vključevale akterje na področju alkoholne politike (4, 5, 6, 7), raziskav javnega mnenja o alkoholni politiki (8, 9) in ob poznavanju ukrepov alkoholne politike v Sloveniji ter Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) (10). Razdeljen je bil na tri dele (2).

V prvem delu vprašalnika z naslovom *Ukrepi s področja alkoholne politike*, ki je vseboval 25 trditev, so udeleženci raziskave izrazili svoje mnenje o vplivu in pomembnosti posameznega ukrepa za zmanjševanje škode zaradi alkohola. Odgovarjali so z ocenami od 1 do 10, pri čemer je ocena 1 pomenila, da ni vpliva oziroma da ukrep ni pomemben, ocena 10 pa, da ima ukrep zelo močan vpliv oziroma je zelo pomemben. Ocenjevanje tako vpliva kot pomembnosti je potrebno zato, ker je pri nekaterih ukrepih (npr. pri izobraževanju) mogoče pričakovati, da bodo udeleženci menili, da določen ukrep sicer nima posebnega vpliva na zmanjševanje škode, nastale zaradi alkohola, ga je pa vseeno pomembno izvajati z namenom ozaveščanja in informiranja (4).

V drugem delu vprašalnika so udeleženci ocenjevali prisotnost različnih aktivnosti na področju alkoholne politike v Sloveniji v petih letih po sprejetju ZOPA (2003–2008). To so storili z ocenami od 1 (ni bilo prisotno) do 10 (prisotno v največji možni meri). Nekaj vprašanj se je nanašalo tudi na drugo slovensko zakonodajo, npr. Zakon o varnosti cestnega prometa (ZVCP) (11) in Zakon o medijih (Zmed) (12).

V tretjem delu vprašalnika so bili udeleženci raziskave povprašani o tem, kdo naj bi vodil in usklajeval alkoholno politiko v Sloveniji ter kako ocenjujejo uspešnost vodenja alkoholne politike in nadzora nad njo.

5.1 Vpliv in pomembnost različnih ukrepov na zmanjševanje škode zaradi alkohola

V preglednici 5.1 so prikazane povprečne ocene udeležencev raziskave po interesnih skupinah (»Država«, »Stroka«, »Nevladne organizacije« in »Alkoholna industrija«) in skupaj o vplivu (V.) in pomembnosti (P.) posameznih ukrepov za omejevanje škode zaradi alkohola. Pomembnost in vpliv smo izbrali zato, ker je pri nekaterih ukrepih (npr. pri izobraževanju) mogoče pričakovati, da bodo udeleženci smatrali, da nek ukrep sicer nima posebnega vpliva, ampak ga je vseeno pomembno izvajati, saj lahko podaja pomembna sporočila ali podatke (4).

Preglednica 5.1: Povprečne ocene o vplivu in pomembnosti posameznih ukrepov alkoholne politike.

Ukrep alkoholne politike	*	Interesna skupina				Skupaj
		Država	Stroka	Nevladne organizacije	Alkoholna industrija	
Vožnja pod vplivom alkohola						
1. Omejitev koncentracije alkohola na 0,5 g/kg krvi (0,24 mg/l izdihanega zraka)	V.	6,5	6,9	7,1	5,0	6,7
	P.	7,9	8,0	8,2	5,9	7,8
2. Omejitev koncentracije alkohola na 0,0 g/kg krvi (0,0 mg/l izdihanega zraka) za vse voznike	V.	6,5	7,7	8,0	3,0	7,2
	P.	6,6	8,1	8,3	3,4	7,5
3. Naključno testiranje voznikov in kazni za vožnjo pod vplivom alkohola	V.	8,3	7,8	7,5	6,4	7,5
	P.	9,6	8,6	8,1	6,7	8,2
4. Predhodna določitev voznika, ki na zabavi ne pije	V.	8,1	8,9	8,8	8,9	8,8
	P.	7,5	9,0	8,8	8,7	8,7
Izobraževanje, seznanjanje, usposabljanje in ozaveščanje javnosti o škodljivem pitju alkohola						
5. Izobraževalni programi v času šolanja	V.	8,0	7,9	8,0	8,4	8,0
	P.	8,9	8,7	9,1	8,6	8,9
6. Informiranje javnosti o posledicah uživanja alkohola za zdravje	V.	7,4	7,7	7,4	7,1	7,5
	P.	8,4	8,7	8,5	7,0	8,4
7. Informiranje javnosti o tveganem pitju alkohola (opijanje, zasvojenost)	V.	7,9	7,7	7,9	7,5	7,8
	P.	8,0	8,5	8,8	7,4	8,5
Embalaža in etikete alkoholnih izdelkov						
8. Prepoved zbujanja napačnih predstav o lastnostih ali vplivih alkoholnih izdelkov na zdravje	V.	6,7	6,7	6,7	5,7	6,6
	P.	7,1	7,8	7,1	5,7	7,2
9. Oznaka na alkoholnih izdelkih o škodljivih učinkih na zdravje	V.	5,7	5,8	5,9	4,1	5,6
	P.	6,5	7,0	6,8	4,6	6,6
10. Informacije na embalaži in etiketah alkoholnih izdelkov o koncentraciji in vsebnosti alkohola, hranilni vrednosti in sestavinah, ki bi lahko povzročale alergije	V.	6,3	6,1	5,7	4,7	5,7
	P.	6,9	7,2	6,9	5,0	6,8

Preglednica 5.1 se nadaljuje ...

Ukrepi alkoholne politike	*	Država	Interesna skupina			Skupaj
			Stroka	Nevladne organizacije	Alkoholna industrija	
Davčni in cenovni ukrepi za zmanjševanje škode, ki jo povzročata alkohol						
11. Poviševanje cene alkohola skladno z inflacijo	V.	5,9	6,8	6,0	3,6	6,0
	P.	6,4	7,4	6,7	3,4	6,5
12. Sorazmernost trošarin glede na vsebnost alkohola ne glede na vrsto alkoholne pijače	V.	6,0	6,6	5,8	4,6	5,9
	P.	6,3	7,2	6,4	5,4	6,5
13. Nesorazmerno višje trošarine na alkoholne pijače z višjo koncentracijo alkohola, na primer žgane pijače	V.	7,3	6,4	6,2	6,7	6,4
	P.	6,9	6,9	6,5	7,4	6,8
Ilegalna trgovina z alkoholnimi izdelki						
14. Označevanje alkoholnih izdelkov, da je mogoče spremljati njihovo prodajo in zakonitost	V.	5,1	5,4	5,6	6,6	5,6
	P.	5,6	6,1	6,4	6,9	6,3
Prodaja mladoletnim						
15. Prepoved prodaje alkoholnih izdelkov mladoletnim osebam	V.	8,3	8,1	8,1	7,9	8,1
	P.	9,0	9,3	9,3	8,5	9,2
16. Kazni za prodajalce in gostince, ki ne upoštevajo prepovedi prodaje alkoholnih pijač mladoletnim	V.	9,2	8,2	8,0	7,5	8,1
	P.	9,3	9,3	9,3	8,1	9,1
Oglaševanje in spodbujanje prodaje alkoholnih izdelkov, sponzorstva alkoholne industrije						
17. Prepoved vseh oblik oglaševanja in spodbujanja prodaje alkoholnih izdelkov mladim	V.	7,7	7,9	7,5	5,4	7,4
	P.	8,3	8,9	8,7	6,0	8,4
18. Zdravstvena opozorila na vseh oglasih, promocijskih in sponzorskih materialih, ki oglašujejo alkoholne izdelke	V.	6,5	6,7	6,5	4,6	6,4
	P.	6,8	7,8	8,0	5,0	7,5
19. Prepoved promocijskih akcij, ki spodbujajo k nakupu alkoholnih izdelkov	V.	7,5	7,9	7,4	4,0	7,2
	P.	7,7	9,0	8,6	4,5	8,2
20. Omejitev oglaševanja in promocije alkoholnih izdelkov zgolj na podatke o izdelku	V.	5,6	6,1	6,1	4,1	5,8
	P.	5,9	7,1	7,4	4,2	6,8
21. Popolna prepoved oglaševanja alkoholnih izdelkov	V.	6,9	7,6	7,0	3,1	6,7
	P.	7,2	8,6	8,4	3,9	7,8
Zmanjševanje škode v okoljih, v katerih je prisotno uživanje alkohola						
22. Prepoved prodaje alkohola opitim osebam	V.	7,7	7,8	7,7	7,2	7,7
	P.	8,5	8,8	8,7	8,2	8,7
23. Usposabljanje zaposlenih v gostinstvu in oseb, ki točijo alkohol, za omejevanje škode, ki jo povzročijo opitost	V.	7,1	7,2	7,1	6,7	7,1
	P.	7,8	8,1	8,2	7,2	8,0
Posredovanje in pomoč za družinske člane odvisnih od alkohola						
24. Vzpostavitev programa za svetovanje družinskim članom oseb, odvisnih od alkohola	V.	8,0	8,4	8,6	7,9	8,4
	P.	8,1	9,2	9,3	8,1	9,0
25. Izobraževanje zdravstvenih in socialnih delavcev za prepoznavanje nasilja v družini, povezanega z alkoholom	V.	8,8	8,3	8,4	8,1	8,3
	P.	8,5	9,1	9,3	8,4	9,0

Legenda: * V. – vpliv; P. – pomembnost.

Vir: Radoš Krnel S. Management interesnega vidika alkoholne politike v Republiki Sloveniji. Doktorska disertacija. Koper: Fakulteta za management, 2012.

Z namenom zmanjšanja števila spremenljivk so bili posamezni ukrepi s faktorsko analizo razdeljeni v naslednje nadredne kategorije ukrepov: 1 – informiranje in izobraževanje, 2 – zakonodaja in 3 – cena.

Udeleženci menijo: Najvišji vpliv in pomembnost imajo ukrepi, povezani z informiranjem in izobraževanjem

Vsi udeleženci raziskave med vsemi ukrepi alkoholne politike najvišje ocenjujejo vpliv in pomembnost ukrepov, ki so povezani z izobraževanjem, komunikacijo, šolanjem in javnim mnenjem oziroma informiranjem. Izkazalo se je, da ni bilo statistično značilne razlike v mnenjih posameznih akterjev alkoholne politike v Sloveniji o vplivu ukrepov alkoholne politike ($p = 0,525$). Poleg tega lahko iz rezultatov razberemo, da udeleženci iz skupin »Država«, »Stroka« in »Nevladne organizacije« ocenjujejo pomembnost ukrepov s področja informiranja in izobraževanja statistično značilno višje kakor udeleženci iz skupine »Alkoholna industrija« ($p = 0,005$). Zanimivo je, da prav vsi udeleženci tako visoko ocenjujejo vpliv in pomembnost teh ukrepov, saj dokazi pričajo o precej omejenem vplivu izobraževanja in informiranja na zmanjševanje škodljivih posledic uporabe alkohola (13).

Pri učinkovitosti **izobraževalnih programov med šolanjem** se večina ugotovitev in evalvacij nanaša na programe, ki se skoraj v celoti ukvarjajo z opisovanjem in opozarjanjem na prihodnje dolgoročne nevarnosti zlorabe alkohola, to so t. i. na dejstvih temelječi programi (14). Takšni programi in politike, ki so usmerjeni na posameznika, so dokazano najmanj učinkoviti; sicer zvišajo raven znanja in lahko spremenijo odnos šolarjev do alkohola, niso pa se izkazali kot učinkoviti pri zmanjševanju pitja alkohola (15). To ne pomeni, da jih je treba opustiti, vendar preveliko vlaganje že tako omejenih sredstev v takšne programe ni smiselno (16). Obstajajo tudi posamezni primeri pozitivnega vpliva vzgoje v šoli, vendar sistematične raziskave in metaanalize kažejo, da šolska vzgoja nima vpliva na znižanje škode zaradi alkohola, niti v kratkem časovnem obdobju (16, 17).

Tudi programi **ozaveščanja javnosti prek javnih medijev** se pri zmanjševanju nezgod zaradi alkohola sami po sebi niso izkazali kot učinkoviti oziroma so bili le delno učinkoviti. To je razumljivo, saj se tovrstne kampanje po kakovosti in vidnosti ne morejo primerjati z visoko proračunskimi oglasi in kampanjami za promocijo alkoholnih pijač, ki upoštevajo zadnja spoznanja v marketingu in veliko bolje dosežejo ciljno občinstvo (večkrat se predvajajo po televiziji, radiu, so na večjem številu panojev in podobno) (15). Širši javni programi, v katere je vključeno ozaveščanje javnosti, pa so lahko pomembni za pridobivanje naklonjenosti javnosti za spremembe politike (16, 17).

Med ukrepe za ozaveščanje javnosti o škodljivih posledicah pitja alkohola sodijo tudi **opozorila na embalažah in etiketah alkoholnih pijač**. Čeprav je le malo dokazov o učinkovitosti opozoril na embalažah in etiketah alkoholnih pijač, obstaja močan argument v podporo njihovi uporabi, ki je povezan predvsem z zaščito potrošnika in njegovimi pravicami (15, 16). Obstaja veliko raziskav, ki proučujejo, kako bi oznake na alkoholnih pijačah lahko izboljšali. Poleg tega prevladuje mnenje, da morajo biti potrošniki, ko pitje alkohola predstavlja nevarnost za zdravje in še posebej med nosečnostjo, pri jemanju zdravil ali vožnji oziroma upravljanju s stroji, obveščeni o tveganjih. Ta ukrep podpirajo tudi tri četrtine državljanov EU (77 %) (18). Še več državljanov EU se strinja, da bi morala biti zdravstvena opozorila na vseh oglasih za alkoholne pijače (kar 82 %) (19). Jasne informacije proizvajalcev o izdelkih, opozorila ter boljša standardizacija odmerkov in vsebnosti alkohola v pijačah

bi lahko prispevali k temu, da bi se posamezniki za pitje odločali bolj premišljeno (20). Opozorila na embalažah in etiketah alkoholnih pijač so pomembna tudi za vzpostavljanje razumevanja javnosti, da alkohol predstavlja tveganje za zdravje in zato ni navadna dobrina (16).

V Sloveniji vlada glede alkohola informacijska zmeda, saj sporočevalce pri komunikaciji o alkoholu pogosto vodijo popolnoma različni motivi. Sporočil, ki jih ljudje dobijo, je zelo veliko in so si pogosto nasprotujoča. Socialne norme v naši družbi hkrati spodbujajo tako pitje alkohola kot tudi njegovo dostopnost. Zato v takšnem okolju samo informiranje in izobraževanje, ki nista podprta z drugimi ukrepi alkoholne politike, ne moreta dolgoročno učinkovito spreminjati vzorcev pitja alkohola (13).

Uveljavljenost preventivnih programov v Sloveniji kot možen razlog za visoko oceno pomembnosti ukrepov s področja informiranja in izobraževanja

V Sloveniji obstaja dolgoletna tradicija razvoja in implementacije preventivnih programov, zanje obstajajo že uveljavljeni modeli in tudi nasprotovanj njihovemu izvajanju je relativno malo, prihajajo pa predvsem s strani nevladnih organizacij. Nacionalni in predvsem lokalni preventivni ukrepi temeljijo na vzgojnih programih v šoli (13). Točnih dokazov o njihovi učinkovitosti glede zmanjšanja pitja alkohola v Sloveniji za zdaj še ni. Poleg tega tudi ni jasno, kaj bi se zgodilo, če izobraževanja v šoli sploh ne bi bilo. Izobraževanje v šoli je vsekakor potrebno in mora imeti svoje mesto v alkoholni politiki, vendar ga je treba pazljivo združevati z drugimi ukrepi alkoholne politike. Takšen celovit pristop je pokazal določen učinek (13).

Tudi »Alkoholna industrija« visoko ocenjuje pomembnost ukrepov s področja informiranja in izobraževanja, saj jih ti ukrepi najmanj prizadenejo. Izobraževanje verjetno dojemajo bolj v povezavi s prosto izbiro potrošnika in ne toliko z regulacijo trga. Poleg tega alkoholna industrija podpira kampanje o odgovornem pitju alkohola, saj se s tem odgovornost za zlorabo alkohola prenaša na posameznika. Hkrati ji takšen pristop omogoča ustvariti videz družbene odgovornosti (2).

Največja razlika v mnenjih je na področju ukrepov, povezanih z zakonodajo

Največja razlika v mnenjih med interesno skupino »Alkoholna industrija« in drugimi skupinami (»Država«, »Stroka« in »Nevladne organizacije«) je na področju zakonodaje in regulative ($p = 0,000$). V nasprotju z udeleženci iz skupine »Alkoholna industrija« vsi drugi menijo, da so regulatorni ukrepi zelo pomembni in imajo velik vpliv na zmanjševanje škode, ki jo povzroča alkohol. Ta izid je skladen s podatki iz literature o učinkovitosti takšnih ukrepov in tudi z ugotovitvami različnih avtorjev, da tovrstne ukrepe podpirajo akterji, ki delujejo na področju krepitve javnega zdravja, nasprotujejo pa jim akterji iz alkoholne in z njo povezanih industrij (4, 15, 21). Prav na tem področju so razlike v mnenjih najbolj izrazite in jih lahko pripišemo nasprotujočim si interesom različnih skupin akterjev alkoholne politike. Iz mnenj v raziskavi je razvidno, da si želi alkoholna industrija zmanjšati regulacijo ali vsaj ohranjati sedanjí »status quo«.

Prva skupina ukrepov, povezanih z zakonodajo, obravnava **določitev najvišje dovoljene koncentracije alkohola v krvi voznikov** (glej preglednico 5.1, skupina ukrepov »Vožnja pod vplivom alkohola«). Pregled relevantnih podatkov o učinkovitosti zniževanja in omejevanja najvišje dovoljene koncentracije alkohola v krvi voznikov pokaže, da ta ukrep dosledno pripomore k omejevanju vožnje pod vplivom alkohola in poleg tega vodi tudi k zmanjševanju prometnih nezgod zaradi alkohola (15,

16, 22). Raziskave so pokazale, da znižanje dovoljene vsebnosti alkohola v krvi za mlade voznike (z 0,2 g alkohola/l izdihanega zraka na 0,1 g alkohola/l izdihanega zraka) zmanjšuje število poškodb in prometnih nezgod ter usodne prometne nezgode za 9 % do 24 % (16).

Naslednja skupina ukrepov, povezanih z zakonodajo, se nanaša na **omejitev in prepoved oglaševanja in spodbujanja prodaje alkoholnih izdelkov**. To je področje, za katerega alkoholna industrija kaže velik interes, saj je prodaja in s tem poslovna uspešnost izdelka direktno odvisna od marketinga. Zato je razumljivo, da so pripadniki te skupine v primerjavi z drugimi nižje ocenili vpliv in pomembnost teh ukrepov. Razlika v mnenjih med skupinami se stopnjuje glede na strogost posameznega ukrepa, tako da so razhajanja največja pri ukrepu *Popolna prepoved oglaševanja alkoholnih izdelkov*, za katerega je skupina »Alkoholna industrija« ocenila, da ima zelo nizek vpliv na omejevanje škode zaradi alkohola in nizko pomembnost uvedbe, kar je v nasprotju z mnenji preostalih udeležencev raziskave. Hkrati je ta ukrep med stroškovno najučinkovitejšimi, vsaj za Slovenijo, saj so ga avtorji knjige *Country profiles on alcohol consumption harm and policies* (23) izpostavili kot enega izmed najbolj stroškovno učinkovitih ukrepov za Slovenijo, takoj za dvigom trošarin. Ta ukrep interesna skupina »Alkoholna industrija« zaradi svojih poslovnih interesov dojema kot nezaželenega in ga tudi ocenjuje kot malo pomembnega in z nizkim vplivom na omejevanje škode zaradi alkohola.

V Sloveniji regulacija deluje predvsem prek delne prepovedi oglaševanja alkoholnih pijač, dodatnih obdavčitev (trošarin) in omejevanja dostopnosti do alkohola. Ti ukrepi neposredno vplivajo na prodajo alkohola in s tem na dobičke alkoholne industrije. Zato je razumljivo, da je alkoholna industrija zelo zainteresirana za vpliv na regulatorne ukrepe. Tako kot v drugih raziskavah se je tudi pri nas pokazalo, da alkoholna industrija pričakovano pripisuje veliko nižjo težo regulatornim ukrepom, čeprav ti glede na raziskave učinkovito zmanjšujejo škodo zaradi alkohola (17).

Udeleženci raziskave menijo, da uvedba ukrepov, povezanih s ceno, nima velike pomembnosti ali vpliva na omejevanje škode, ki jo povzroča alkohol

Iz rezultatov raziskave lahko razberemo, da pri nadredni kategoriji ukrepov 3 – *Cena* med skupinami udeležencev ni statistično značilnih razlik ($p = 0,079$) pri ocenjevanju vpliva ukrepov alkoholne politike s tega področja, vendar pa udeleženci iz skupine »Alkoholna industrija« ocenjujejo pomembnost teh ukrepov statistično značilno nižje kot drugi udeleženci (»Država«, »Stroka« in »Nevladne organizacije«) ($p = 0,029$).

Nekoliko presenetljivo je, da so udeleženci raziskave iz skupin vladnih in nevladnih organizacij ukrepe, povezane s ceno alkoholnih pijač, ocenili kot najmanj pomembne in z najmanjšim vplivom na omejevanje škode zaradi alkohola, navkljub dokazom, ki kažejo, da povišanje cen alkoholnih pijač, če ohranimo dohodke in cene drugih dobrin na isti ravni, vodi k nižji porabi alkohola in manjši škodi zaradi alkohola (ter obratno) (17). Možen razlog za takšno razmišljanje predvsem vladnih organizacij je lahko, da so visoki davki za vlade vedno zelo nepopularen ukrep, čeprav so cene in trošarine na alkoholne pijače v Sloveniji v primerjavi z drugimi evropskimi državami relativno nizke (24). Poleg tega se je v Sloveniji v zadnjem desetletju med alkoholno industrijo in mediji ter drugimi vplivnimi institucijami spletla gosta mreža odnosov, ki deluje kot močna platforma za lobiranje in vzdržuje nedotakljiv status alkoholne industrije v Sloveniji (13). To se dogaja kljub dejstvu, da zviševanje cen

alkoholnih pijač ob zmanjšanju porabe alkohola in škode zaradi alkohola tudi poviša prihodke v državno blagajno (15, 16).

Ko med seboj primerjamo različne interesne skupine, ugotovimo, da je »Alkoholna industrija« nižje ocenila pomembnost cenovnih ukrepov alkoholne politike za zmanjševanje škode zaradi alkohola v primerjavi z drugimi skupinami. Ker ukrepi, povezani s povišanjem cen alkohola, podaljšajo čas pred začetkom pitja, vplivajo na zmanjšanje količine popitega alkohola in zmanjšujejo opijanje mladih ter količino popitega alkohola ob eni priložnosti, je razumljivo, da med udeleženci iz skupine »Alkoholna industrija« niso najbolj priljubljeni (17, 25).

Razlike v mnenjih akterjev alkoholne industrije in drugih akterjev glede ukrepov, povezanih s ceno⁴⁴, niso tako izrazite, kot bi pričakovali, saj cenovni ukrepi neposredno vplivajo na zaslužek alkoholne industrije. Ob upoštevanju dejstva, da je samo prvi cenovni ukrep povezan s splošno alkoholno cenovno politiko, druga dva pa sta usmerjena predvsem k povišanju trošarin na alkoholne pijače z višjo vsebnostjo alkohola, in ob dejstvu, da v Sloveniji večino akterjev iz alkoholne industrije predstavljajo proizvajalci vina in piva, ti ukrepi pa njih prizadenejo veliko manj kot proizvajalce žganih pijač, ni presenetljivo, da z njihove strani ni tako močnega nasprotovanja uvedbi omenjenih ukrepov (13). Prepogosto je prisotno prepričanje, da obstaja ena alkoholna industrija z enotnimi interesi; a tako kot pri drugih skupinah akterjev na področju alkoholne politike se tudi v tem primeru interesi znotraj skupine velikokrat razlikujejo ali si celo nasprotujejo (26).

Ženske iz različnih skupin akterjev na področju alkoholne politike ocenjujejo vpliv in pomembnost ukrepov višje v primerjavi z moškimi

Udeleženke raziskave so statistično značilno višje ocenile pomembnost uvedbe ukrepov, povezanih z informiranjem in izobraževanjem ter z zakonodajo in regulativo. V primerljivih raziskavah, v katerih so raziskovali stališča in mnenja akterjev na področju alkoholne politike, takega vzorca ni bilo zaslediti (4). Vendar se izsledki slovenske raziskave ujemajo z ugotovitvami nekaterih javnomnenjskih raziskav na področju alkoholne politike, v katerih so raziskovalci ugotavljali, da ženske in tisti, ki redko ali nikoli ne popijejo več kot pet pijač ob eni priložnosti, bolj podpirajo uvedbo in izvajanje (strožjih) ukrepov kot ostali (9, 27). Razlogov za takšno stališče je lahko več, v smislu interesnega vedenja se lahko strinjamo z nekaterimi avtorji, ki ugotavljajo, da so interesi žensk s tem manj prizadeti, ker manj pijejo kot moški; hkrati pa so navadno ženske tiste, ki v največji meri nosijo posledice čezmernega pitja v okviru družine (9, 27).

Udeleženci slovenske raziskave v primerjavi z akterji na ravni EU višje ocenjujejo vpliv in pomembnost ukrepov, povezanih z informiranjem in izobraževanjem, nižje pa vpliv in pomembnost ukrepov, povezanih z zakonodajo

V primerjavi z rezultati podobne raziskave na evropski ravni so slovenski akterji iz interesnih skupin »Država«, »Nevladne organizacije« in »Stroka« višje ocenili vpliv in pomembnost ukrepov alkoholne politike na področju izobraževanja kot njihovi kolegi na evropski ravni (4). Kar se tiče alkoholne industrije, evropska raziskava je pokazala, da ta višje ocenjuje vpliv in pomembnost ukrepov alkoholne politike s področja izobraževanja kot ostali akterji, medtem ko je v Sloveniji stanje nekoliko

⁴⁴ Ukrepi povezani s ceno: Poviševanje cene alkohola skladno z inflacijo, Sorazmernost trošarin glede na vsebnost alkohola ne glede na vrsto alkoholne pijače in Nesorazmerno višje trošarine na alkoholne pijače z višjo koncentracijo alkohola, npr. žgane pijače.

drugačno, saj »Alkoholna industrija« ocenjuje vpliv in pomembnost teh ukrepov nekoliko nižje kot ostale interesne skupine. Evropska raziskava je pokazala tudi mnogo večje razlike v mnenjih o ukrepih alkoholne politike med alkoholno industrijo na eni in ostalimi akterji na drugi strani. Eden izmed razlogov za to je verjetno, da so akterji alkoholne politike v Evropi pri izražanju svojih mnenj ter razkrivanju interesov mnogo bolj neposredni, tudi ko gre za izražanje direktnih mnenj o vplivu in pomembnosti posameznih ukrepov alkoholne politike. Druga možna razlaga za razlike pa leži v dejstvu, da je v Sloveniji pitje alkohola sestavni del narodne kulture in da so mnoge družine neposredno ali posredno povezane s proizvodnjo vina, piva ali žganih pijač, to pa pomeni, da so tudi pripadniki drugih interesnih skupin (ne samo »Alkoholne industrije«) lahko preko družinskih ali prijateljskih vezi povezani s proizvodnjo ali prodajo alkohola (2).

5.2 Izvajanje ukrepov alkoholne politike

Ker je težko ovrednotiti, kako in v kakšni meri se ukrepi alkoholne politike zares izvajajo, je mnenje akterjev eden izmed načinov, ki omogoča oceno stanja. Ta informacija lahko pomaga odločevalcem pri oceni, katere ukrepe bi bilo treba npr. bolj intenzivno izvajati ali pa sploh pričeti z njihovim izvajanjem. V preglednici 5.2 so zbrane povprečne ocene interesnih skupin: »Država«, »Stroka«, »Nevladne organizacije« in »Alkoholna industrija« o prisotnosti posameznih aktivnostih alkoholne politike v petih letih po sprejetju ZOPA (28).

Preglednica 5.2: Povprečne ocene o izvajanju aktivnosti alkoholne politike

Aktivnosti na področju alkoholne politike	Interesna skupina				Skupaj
	Država	Stroka	Nevladne organizacije	Alkoholna industrija	
Seznanjanje in izobraževanje					
26. Večanje ozaveščenosti javnosti o škodljivosti alkohola in o njegovih posledicah za zdravje in kakovost življenja	5,9	5,9	5,3	5,9	5,6
27. Vzgoja otrok in mladih za sprejemanje zdravih odločitev in večanje samozavesti v smislu zmožnosti, da se uprejo pritiskom mladostniškega popivanja	5,5	5,5	4,7	5,3	5,1
Javna, zasebna in delovna okolja					
28. Aktivnosti za preprečevanje škodljivega pitja alkohola na javnih prostorih, še zlasti v povezavi s preživljanjem prostega časa in športnimi dogodki	4,9	4,8	4,8	5,1	4,8
29. Skrb za varno domače okolje za otroke in zmanjšanje tveganja za družinske težave, povezane z alkoholom	3,9	4,4	3,9	3,9	4,0
30. Aktivnosti za preprečevanje posledic škodljive rabe alkohola na delovnem mestu, še zlasti nezgod in nasilja	5,1	5,0	4,8	4,3	4,8
Vožnja pod vplivom alkohola					
31. Prizadevanje za občutno zmanjšanje števila nezgod, smrtnih žrtev in poškodb zaradi vožnje pod vplivom alkohola *	7,9	6,6	6,9	8,0	7,0

Preglednica 5.2 se nadaljuje ...

Aktivnosti na področju alkoholne politike	Interesna skupina				
	Država	Stroka	Nevladne organizacije	Alkoholna industrija	Skupaj
Dostopnost alkoholnih izdelkov					
32. Aktivnosti v podporo davčni politiki, ki omejuje škodo, ki jo lahko povzroči alkohol	4,5	4,3	4,4	5,2	4,4
33. Aktivnosti za omejevanje popivanja med mladoletnimi osebami	4,9	5,1	4,9	4,1	4,9
Oglaševanje alkoholnih izdelkov					
34. Aktivnosti za zaščito otrok in mladostnikov pred izpostavljenostjo promociji alkoholnih izdelkov	4,6	4,3	4,2	4,5	4,3
Zdravljenje					
35. Aktivnosti za dostopno in učinkovito zdravljenje oseb, ki se glede na uživanje alkohola uvrščajo na lestvico od nevarnega in škodljivega uživanja do odvisnosti od alkohola	5,3	5,0	5,0	4,7	5,0
Odgovornost alkoholne industrije in gostinskega sektorja					
36. Aktivnosti za povečanje usposobljenosti strežnega osebja za odgovorno prodajo alkohola *	3,3	3,1	3,1	4,2	3,2
37. Uvedba ustreznih ukrepov za omejevanje dostopnosti alkohola mladim	4,9	4,6	4,7	4,7	4,7
Zmožnost družbe, da se odziva na škodo, povezano z alkoholom					
38. Vključevanje različnih vladnih resorjev v pripravo in izvajanje alkoholne politike	5,5	4,1	4,2	4,6	4,3
Nevladne organizacije					
39. Podpora nevladnim organizacijam in društvom za samopomoč	5,3	4,7	4,7	4,4	4,7
Oblikovanje, uvedba in spremljanje politike					
40. Uvedba celovite in obsežne alkoholne politike	4,3	4,0	3,9	3,9	4,0
41. Spremljanje stanja na področju škode, ki jo lahko povzroči alkohol	4,6	4,7	4,2	5,0	4,5
42. Spremljanje stanja na področju izvajanja alkoholne politike	4,6	3,8	3,7	4,7	3,9

* Z zvezdico so označene aktivnosti, pri katerih obstaja statistično značilna razlika v mnenjih med posameznimi interesnimi skupinami udeležencev.

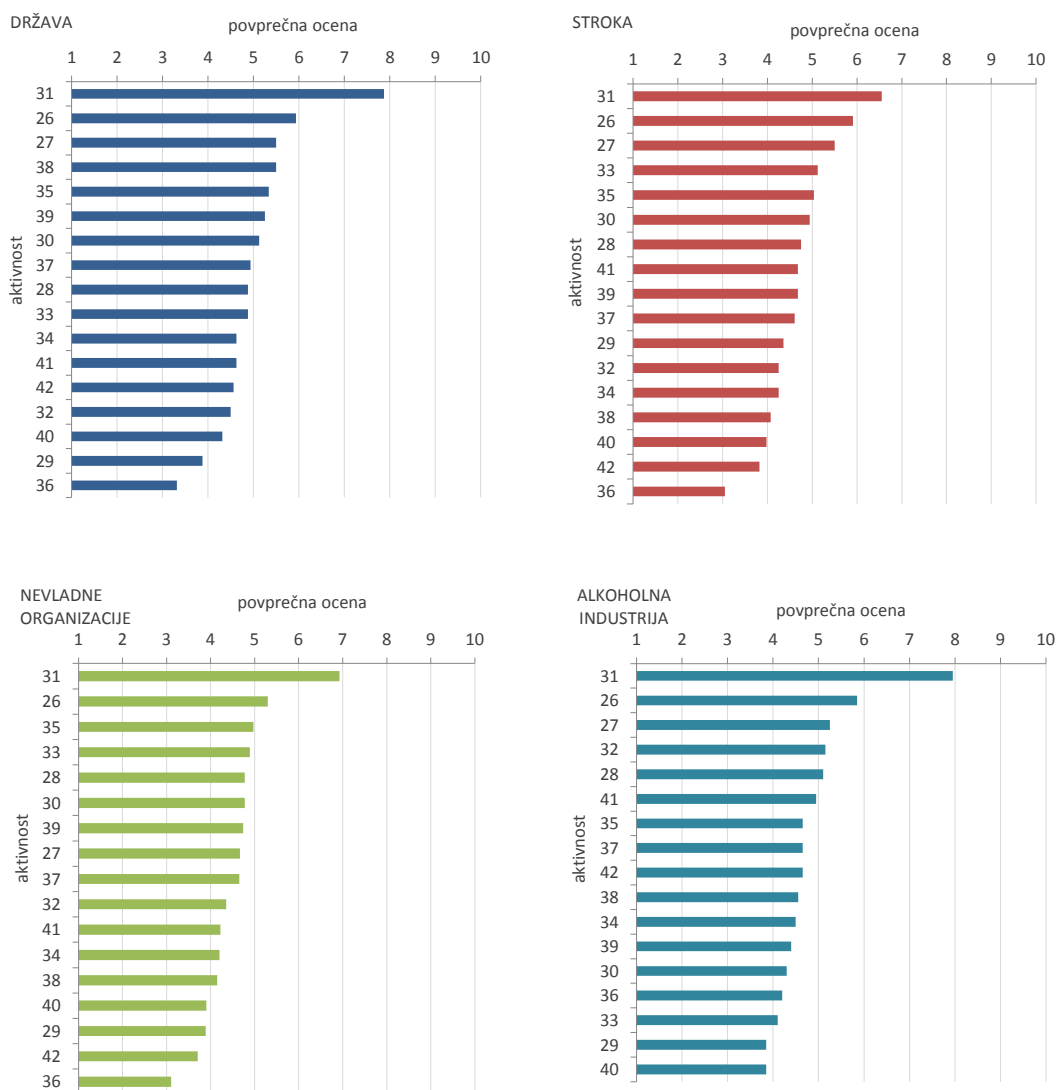
Vir: Radoš Krnel, S., T. Albreht, M. Omerzu, I. Švab in Markič, M. Mnenje akterjev o izvajanju aktivnosti na področju alkoholne politike v Sloveniji. Zdravstveni vestnik 2011; 80(6): 458–68.

Udeleženci raziskave so vse aktivnosti, z izjemo aktivnosti iz skupine »Vožnja pod vplivom alkohola«, v povprečju ocenili blizu srednje vrednosti ponujenih ocen ali pod njo, kar kaže na to, da udeleženci menijo, da našete dejavnosti niso bile izvajane oziroma niso bile izvajane v zadostni meri.

V raziskavi se je preverjalo, ali obstajajo statistično značilne razlike v mnenjih akterjev o prisotnosti aktivnosti alkoholne politike med posameznimi skupinami udeležencev. Rezultati so pokazali, da so

se statistično značilne razlike pokazale samo pri dveh aktivnostih. Interesna skupina »Alkoholna industrija« je statistično značilno višje od drugih ocenila izvajanje aktivnosti št. 31 in 36: *Prizadevanje za občutno zmanjšanje števila nezgod, smrtnih žrtev in poškodb zaradi vožnje pod vplivom alkohola* in *Aktivnosti za povečanje usposobljenosti strežnega osebja za odgovorno prodajo alkohola*.

Prisotnost posameznih aktivnosti alkoholne politike smo razporedili od najbolj do najmanj izvajane glede na mnenja udeležencev raziskave. Na sliki 5.1 so prikazane povprečne ocene tako razvrščenih odgovorov glede na posamezno interesno skupino.



Opomba: Aktivnosti so našteje po vrstnem redu od tiste, ki je bila v posamezni skupini ocenjena kot najbolj izvajana, do tiste, ki je bila ocenjena kot najmanj izvajana. Opis posameznih aktivnosti je podan v preglednici 5.2.

Vir: Radoš Krnel S. Management interesnega vidika alkoholne politike v Republiki Sloveniji. Doktorska disertacija. Koper: Fakulteta za management, 2012.

Slika 5.1: Povprečne ocene izvajanja posameznih aktivnosti alkoholne politike v Sloveniji glede na interesne skupine udeležencev

Kot lahko vidimo na sliki 5.1, kjer so predstavljene povprečne ocene izvajanja posameznih aktivnosti glede na posamezno interesno skupino, udeleženci iz vseh interesnih skupin najvišje ocenjujejo prisotnost aktivnosti št. 31, tj. *Prizadevanje za občutno zmanjšanje števila nezgod, smrtnih žrtev in*

poškodb zaradi vožnje pod vplivom alkohola, ki je edina aktivnost v skupini »Vožnja pod vplivom alkohola«. Na drugem mestu je pri vseh skupinah aktivnost iz skupine »Seznanjanje in izobraževanje«, 26: *Večanje ozaveščenosti javnosti o škodljivosti alkohola in o njegovih posledicah za zdravje in kakovost življenja posameznikov, družin in skupnosti*. Prav tako je pri vseh interesnih skupinah, razen pri skupini »Nevladne organizacije«, na tretjem mestu aktivnost iz te skupine, in sicer št. 27, *Vzgoja otrok in mladih za sprejemanje zdravih odločitev in večanje samozavesti v smislu zmožnosti, da se uprejo pritiskom mladostniškega popivanja*. Pri interesni skupini »Nevladne organizacije« je na tretjem mestu aktivnost št. 35: *Aktivnosti za dostopno in učinkovito zdravljenje oseb, ki se glede na uživanje alkohola uvrščajo na lestvico od nevarnega in škodljivega uživanja do odvisnosti od alkohola* iz skupine »Zdravljenje«.

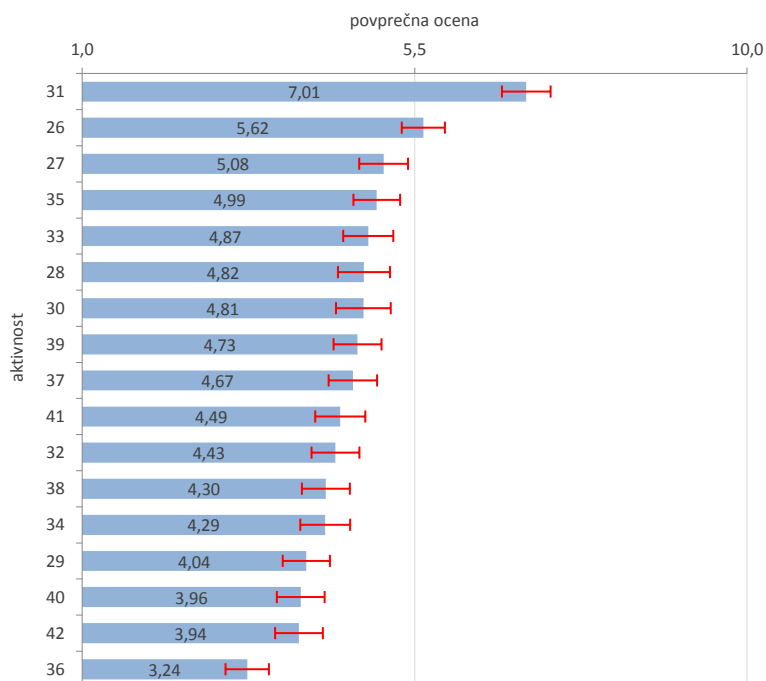
Najslabše so udeleženci iz skupin »država, »Stroka« in »Nevladne organizacije« ocenili aktivnost št. 36: *Aktivnosti za povečanje usposobljenosti strežnega osebja za odgovorno prodajo alkohola s področja »Odgovornost alkoholne industrije in gostinskega sektorja«*, in sicer z oceno 3,3. Za razliko od preostalih treh skupin so udeleženci iz interesne skupine »Alkoholna industrija« najslabše ocenili prisotnost aktivnosti št. 40: *Uvedba celovite in obsežne alkoholne politike s področja »Oblikovanje, uvedba in spremljanje politike«*, in sicer z oceno 3,9.

Akterji so enotni pri oceni izvajanja aktivnosti alkoholne politike v Sloveniji

Vsi akterji na področju alkoholne politike v Sloveniji ocenjujejo, da so bile najbolj izvajane aktivnosti iz skupine »Vožnja pod vplivom alkohola«. Udeleženci raziskave so na drugo in tretje mesto postavili aktivnosti št. 26 in 27 s področja seznanjanja in izobraževanja, in sicer *Večanje ozaveščenosti javnosti o škodljivosti alkohola in o njegovih posledicah za zdravje in kakovost življenja posameznikov, družin in skupnosti* in *Vzgoja otrok in mladih za sprejemanje zdravih odločitev in večanje samozavesti v smislu zmožnosti, da se uprejo pritiskom mladostniškega popivanja*. Ostale aktivnosti alkoholne politike so vse skupine udeležencev ocenile v bližini srednje vrednosti ponujenih ocen (5,5) ali pod njo. Najnižje je bilo ocenjeno izvajanje aktivnost št. 36, tj. *Aktivnost za povečanje usposobljenosti strežnega osebja za odgovorno prodajo alkohola s področja »Odgovornost alkoholne industrije in gostinskega sektorja«*, ki jo akterji ocenjujejo kot najmanj prisotno. Na sliki 5.2 so prikazani skupni rezultati ocen izvajanja alkoholne politike in interval zaupanja.

Mnenja udeležencev raziskave o izvajanju posameznih aktivnosti alkoholne politike so se statistično značilno razlikovala samo pri oceni izvajanja dveh aktivnosti, in sicer: *Prizadevanje za občutno zmanjšanje števila nezgod, smrtnih žrtev in poškodb zaradi vožnje pod vplivom alkohola* ter *Aktivnost za povečanje usposobljenosti strežnega osebja za odgovorno prodajo alkohola*. V obeh primerih je interesna skupina »Alkoholna industrija« menila, da so bile te aktivnosti izvajane v večji meri, kot so to ocenili preostali udeleženci raziskave.

Enotnost mnenj udeležencev v raziskavi ima dodano vrednost, saj je takšni oceni lažje zaupati kot parcialnim ocenam posameznih skupin, ki lahko odgovarjajo v skladu s svojimi interesi. Ker so v našem primeru udeleženci ocenjevali že izvedene aktivnosti, je bilo pričakovati realnejše ocene, saj naj nanje ne bi vplivali njihovi prihodnji interesi.



Opomba: Na sliki je pri vsaki vrednosti prikazan tudi 95-odstotni interval zaupanja. Aktivnosti so našteje po vrstnem redu od tiste, ki je bila v posamezni skupini ocenjena kot najbolj izvajana, do tiste, ki je bila ocenjena kot najmanj izvajana, njihov opis pa je podan v preglednici 5.2.

Vir: Radoš Krnel, S., T. Albreht, M. Omerzu, I. Švab in Markič, M. Mnenje akterjev o izvajanju aktivnosti na področju alkoholne politike v Sloveniji. Zdravstveni vestnik 2011; 80 (6): 458–68.

Slika 5.2: Povprečne ocene vseh udeležencev o prisotnosti posameznih aktivnosti alkoholne politike v Sloveniji v petih letih po sprejetju ZOPA

Po mnenju akterjev so bile v največji meri izvajane aktivnosti s področja vožnje pod vplivom alkohola

Akterji na področju alkoholne politike v Sloveniji menijo, da so se v petih letih po sprejetju ZOPA (v letih 2003–2008) najbolj izvajale aktivnosti s področja »Vožnje pod vplivom alkohola« (preglednica 5.2 in slika 5.2). Razlogi za takšno oceno so razumljivi, saj so se te aktivnosti v Sloveniji dejansko izvajale v veliki meri, poleg tega pa so bile zelo medijsko odzivne in prepoznavne. Na tem področju je aktivno delovalo več ministrstev, in sicer Ministrstvo za notranje zadeve, Ministrstvo za pravosodje, Ministrstvo za promet in zveze ter Ministrstvo za zdravje, sodelovale pa so tudi nevladne organizacije. Aktivnosti za preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola so poleg zgoraj omenjenega tudi politično najbolj sprejemljive, saj jih podpirajo prav vsi akterji v alkoholni politiki in ne ovirajo nikogaršnjih interesov.

V literaturi najpogosteje omenjeni ukrepi za zmanjšanje števila nezgod, povezanih z alkoholom, ki se aktivno izvajajo tudi v Sloveniji (28):

- *Omejevanje najvišje dovoljene koncentracije alkohola v krvi voznikov.* Uvajanje tega ukrepa in nižanje dovoljene koncentracije ima lahko trajne, dolgoročne učinke na zmanjševanje števila smrtnih žrtev zaradi vožnje pod vplivom alkohola. Vendar se je pokazalo, da lahko učinki brez doslednega izvajanja oslabijo (15).
- *Naključno testiranje vsebnosti alkohola v izdihanem zraku.* K učinkovitosti tega ukrepa pripomore prepričanje voznika, da se je verjetnost, da ga bodo »dobili«, povečala (29). V letu

2008 so v Sloveniji opravili 405.975 testiranj na vsebnost alkohola v izdihanem zraku, v letu 2009 pa 431.094, kar je za 6,2 % več. To je lahko eden od razlogov za zmanjšanje deleža alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nezgod v zadnjih letih (30, 31).

- *Odvzem voznškega dovoljenja*. Ta ukrep je glede na podatke iz literature le delno učinkovit pri zmanjševanju števila povratnikov in prometnih nezgod zaradi alkohola (16).

Po mnenju udeležencev raziskave so se tudi aktivnosti, povezane z izobraževanjem in seznanjanjem, izvajale v večji meri kot ostale aktivnosti alkoholne politike

Na drugo mesto, takoj za aktivnostmi, povezanimi z vožnjo pod vplivom alkohola, so udeleženci raziskave postavili aktivnosti s področja »Seznanjanja in izobraževanja«, in sicer *Večanje ozaveščenosti javnosti o škodljivosti alkohola in o njegovih posledicah za zdravje in kakovost življenja posameznikov, družin in skupnosti ter Vzgojo otrok in mladih za sprejemanje zdravih odločitev in za večanje samozavesti v smislu zmožnosti, da se uprejo pritiskom mladostniškega popivanja* (preglednica 5.2 in slika 5.2). Tudi aktivnosti iz te skupine so politično sprejemljive, javnost jim je naklonjena, podpira pa jih tudi alkoholna industrija, saj jih ocenjuje kot relativno neučinkovite (4, 15, 16, 21). Znotraj te skupine aktivnosti so pomembni širši javni programi, ki jih pri nas izvajajo javnozdravstvene in nevladne organizacije v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje, in so namenjeni predvsem ozaveščanju javnosti ter pridobivanju naklonjenosti za spremembe politike.

Pri aktivnosti *Vzgoje otrok in mladih za sprejemanje zdravih odločitev in za večanje samozavesti v smislu zmožnosti, da se uprejo pritiskom mladostniškega popivanja* je pomembno zavedanje, da je odnos mladostnikov do alkohola močno odvisen od družbenih norm in vedenja odraslih (32). Veliko različnih raziskav je namreč pokazalo vpliv odraslih na znanje, vedenje, prepričanje in ostale družbene veščine mladostnikov, tudi v povezavi z alkoholom (33, 34). Pozitivni so tisti ukrepi in politike, ki gojijo podporno okolje, v katerem lahko posamezniki sprejemajo zdrave odločitve, vendar se, čeprav obstajajo dokazi o njihovi učinkovitosti, ne prenašajo vedno v alkoholno politiko (16, 35). Najpogosteje se še vedno izvajajo programi, ki so vezani na izobraževanje v šolah in so usmerjeni v izboljšanje znanja, čeprav so se izkazali za manj učinkovite v primerjavi z nekaterimi drugimi ukrepi (15).

Programi izobraževanja in preventive, ki jih pogosto finančno podpira alkoholna industrija ter prav tako država in šolski sistem, so prisotni že dolgo, vendar pa je vpliv teh politik, ki podpirajo izobraževanje, komunikacijo, učenje in javno mnenje, na zniževanje porabe alkohola ter škode, ki jo alkohol povzroča, nizek (16, 29).

Po mnenju akterjev se večina aktivnosti alkoholne politike izvaja le v omejenem obsegu

Slovenski akterji iz različnih interesnih skupin menijo, da se aktivnosti s področja alkoholne politike, z izjemo *Prizadevanja za občutno zmanjšanje števila nezgod, smrtnih žrtev in poškodb zaradi vožnje pod vplivom alkohola*, in aktivnosti s področja »Seznanjanja in izobraževanja« ne izvajajo ali pa se ne izvajajo v zadostni meri, saj je bilo njihovo izvajanje ocenjeno blizu srednje vrednosti ponujenih ocen ali pod njo (preglednica 5.2 in slika 5.2). Zato lahko upravičeno domnevamo, da te aktivnosti niso bile izvajane v zadostni meri, bodisi ker so nepriljubljene, predrage, težje izvedljive ali ker zahtevajo večstranski pristop z vključevanjem več pomembnih akterjev v alkoholni politiki.

V skupini aktivnosti, ki so bile nezadostno izvajane, so tudi takšne aktivnosti, ki so se izkazale kot stroškovno najbolj učinkovite pri zmanjševanju škode nastale zaradi alkohola, kot so npr. aktivnosti za omejevanje dostopnosti in oglaševanja alkoholnih pijač. Poleg tega pa so se po mnenju udeležencev raziskave slabo izvajale tudi aktivnosti, ki omogočajo podporo posameznikom, družinam in družbi, da se uspešno odzovejo na probleme, povezane z alkoholom, denimo aktivnosti za varno domače okolje, dostop do zdravljenja in zmanjševanje posledic rabe alkohola na delovnem mestu. Manjkajo tudi ukrepi, ki bi omogočili oblikovanje in izvajanje ustrezne alkoholne politike v Sloveniji.

Akterji menijo, da se v najmanjšem obsegu izvajajo aktivnosti za povečanje usposobljenosti strežnega osebja za odgovorno prodajo alkohola

Skupno mnenje akterjev je, da so najslabše izvajane aktivnosti, ki so povezane z izobraževanjem strežnega osebja v gostinskih lokalih ter osebja v trgovinah, ki bi moralo biti usposobljeno za odklonitev strežbe in prodaje alkohola mladoletnim osebam ter osebam pod vplivom alkohola.

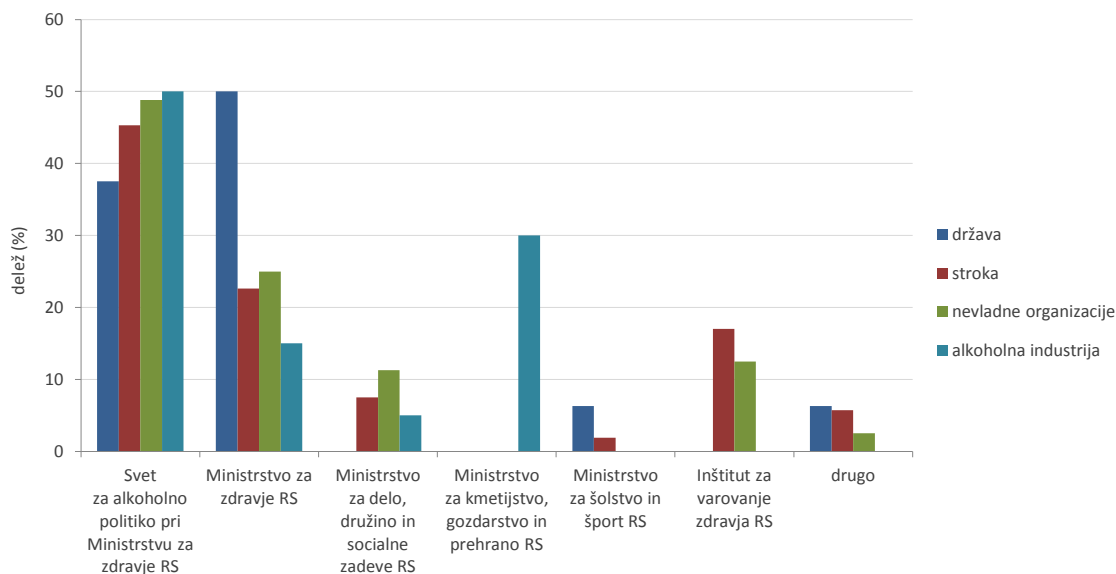
V raziskavah so ugotovili, da šolanje strežnega osebja v barih zmanjšuje slabo prakso točenja alkoholnih pijač, kot npr. vsiljevanje pijače, po drugi strani pa zvišuje število »mehkih« intervencij, kot npr. ponujanje hrane ali upočasnitev strežbe (15). Številne raziskave so pokazale, da ima šolanje osebja za posledico nižjo vsebnost alkohola v krvi gostov, manj je tudi gostov z visoko vsebnostjo alkohola v krvi (16). Vpliv odgovorne strežbe alkoholnih pijač se lahko še močno poveča, če ga podpremo z aktivnim in nenehnim uveljavljanjem zakonov, ki prepovedujejo prodajo alkohola opitim osebam. To je eden od ekonomsko učinkovitih ukrepov, pri katerih koristi močno presežejo stroške (36). Ko so inšpektorji obiskovali lokale, v katerih so točili alkoholne pijače vidno alkoholiziranim osebam, so po njihovem obisku osebam, ki so kazale znake alkoholiziranosti, točili trikrat manj alkohola, prijeli pa so tudi za četrtno manj voznikov, ki so vozili pod vplivom alkohola in so prihajali iz teh lokalov (16, 37).

5.3 Vodenje alkoholne politike

Večina udeležencev raziskave bi vodenje alkoholne politike dodelila posebnemu Svetu za alkoholno politiko pri Ministrstvu za zdravje, druga večja skupina pa neposredno Ministrstvu za zdravje (slika 5.3). V Svetu za alkoholno politiko so predstavniki različnih vladnih resorjev (in ministrstev), združenj gostincev, nevladnih organizacij in stroke, zato sklepamo, da udeleženci menijo, da je pri vodenju alkoholne politike potrebna širša vključenost različnih akterjev in ne samo tistih s strani države. To naj bi prineslo tudi lažje in uspešnejše sodelovanje, saj si interesi različnih akterjev na področju alkoholne politike večkrat medsebojno nasprotujejo, vključenost več različnih akterjev v samo vodenje pa bi olajšala njihovo usklajevanje, saj je to ena izmed glavnih nalog managementa (38–40). Hkrati naj bi takšen pristop omogočal lažjo implementacijo politike in doseganje boljših učinkov. Na drugi strani je treba upoštevati mnenje interesne skupine »Država«, ki najbolj pozna delovanje Sveta za alkoholno politiko in Ministrstva za zdravje, zato ima njihova izbira Ministrstva za zdravje kot tistega, ki naj bi vodil alkoholno politiko v Sloveniji, dodatno težo.

Največja razlika v mnenjih se je pokazala pri izbiri Ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano kot tistega akterja, ki naj bi vodil alkoholno politiko. Kar 30 % udeležencev iz interesne skupine

»Alkoholna industrija« je menilo, da naj bi to ministrstvo usklajevalo načrtovanje in vodilo alkoholno politiko, sicer pa tega ministrstva ni izbral noben drug od udeležencev raziskave.



Vir: Radoš Krnel S. Management interesnega vidika alkoholne politike v Republiki Sloveniji. Doktorska disertacija. Koper: Fakulteta za management, 2012.

Slika 5.3: Odgovori udeležencev raziskave (po interesnih skupinah) o akterju na področju alkoholne politike, ki naj bi alkoholno politiko usklajeval in vodil, izraženi v deležih glede na število odgovorov v posamezni interesni skupini

V preglednici 5.3 so podane ocene udeležencev o učinkovitosti vodenja alkoholne politike v Sloveniji. Z vodenjem alkoholne politike so bili najbolj zadovoljni udeleženci iz interesne skupine »Država«, sledita interesni skupini »Alkoholna industrija« in »Stroka«, najbolj nezadovoljna pa je bila interesna skupina »Nevladne organizacije«. Med mnenji posameznih interesnih skupin ni bilo statistično značilnih razlik, razlike se niso pokazale niti glede na spol, starost ali doseženo stopnjo izobrazbe. Noben udeleženec ni vodenju alkoholne politike v preteklem obdobju dodelil ocene 10 oziroma 9. Povprečna ocena učinkovitosti vodenja alkoholne politike v Sloveniji s strani vseh udeležencev je 4,1, kar je precej pod srednjo vrednostjo ponujenih ocen (5,5).

Preglednica 5.3: Povprečna ocena učinkovitosti vodenja alkoholne politike glede na interesno skupino udeležencev in skupaj

	Država	Stroka	Nevladne organizacije	Alkoholna industrija	Skupaj
Ocena učinkovitosti vodenja alkoholne politike v Sloveniji	4,7	4,2	3,7	4,6	4,1

Vir: Radoš Krnel S. Management interesnega vidika alkoholne politike v Republiki Sloveniji. Doktorska disertacija. Koper: Fakulteta za management, 2012.

Preverili smo tudi interval zaupanja za povprečje ocen (slika 5.4). Glede na rezultate lahko rečemo, da tudi akterji na področju alkoholne politike v Sloveniji menijo, da je bila učinkovitost vodenja alkoholne politike pod srednjo vrednostjo ponujenih ocen, in se zato bolj nagibajo k oceni »slabo učinkovito« oziroma »neučinkovito« vodenje.



Opomba: Na sliki je z rdečo črto prikazan 95-odstotni interval zaupanja.

Vir: Radoš Krnel S. Management interesnega vidika alkoholne politike v Republiki Sloveniji. Doktorska disertacija. Koper: Fakulteta za management, 2012.

Slika 5.4: Povprečje ocen vseh udeležencev raziskave o učinkovitosti vodenja alkoholne politike v Sloveniji

Pri vodenju alkoholne politike je treba upoštevati različne vidike, ki jih imajo akterji, saj lahko z doseganjem soglasja že v fazi načrtovanja pričakujemo lažjo implementacijo dogovorjenih aktivnosti. Poleg tega je treba izboljšati nadzor nad izvajanjem alkoholne politike, saj takšen pristop pomaga pri uveljavljanju in izvajanju ukrepov.

5.4 Ključne ugotovitve

Pomembnost in vpliv različnih ukrepov na zmanjševanje škode zaradi alkohola

Udeleženci menijo, da imajo najvišji vpliv in pomembnost ukrepi, povezani z informiranjem in izobraževanjem, ki pa so pri omejevanju škode, ki nastane zaradi alkohola, samo delno učinkoviti.

Največja razlika v mnenjih je na področju ukrepov, povezanih z zakonodajo, saj so akterji iz interesne skupine »Alkoholna industrija« ocenili vpliv in pomembnost teh ukrepov statistično značilno nižje kot ostale interesne skupine. To je bilo pričakovano, saj so tovrstni ukrepi stroškovno najučinkovitejši ukrepi alkoholne politike in vplivajo tudi na zmanjšanje količine popitega alkohola.

Udeleženci raziskave menijo, da uvedba ukrepov, povezanih s ceno, nima velike pomembnosti ali vpliva na omejevanje škode, ki jo povzroča alkohol, čeprav je znano, da povišanje cen alkoholnih pijač vodi k nižji porabi alkohola in zmanjševanju škode zaradi alkohola.

Ženske iz različnih skupin akterjev na področju alkoholne politike ocenjujejo vpliv in pomembnost ukrepov višje v primerjavi z moškimi.

Slovenski udeleženci raziskave v primerjavi z akterji na nivoju EU višje ocenjujejo vpliv in pomembnost ukrepov, povezanih z informiranjem in izobraževanjem, nižje pa vpliv in pomembnost ukrepov, povezanih z zakonodajo.

Izvajanje alkoholne politike

Akterji so enotni pri oceni izvajanja aktivnosti alkoholne politike v Sloveniji.

Po mnenju akterjev so bile v največji meri izvajane aktivnosti s področja vožnje pod vplivom alkohola.

Po mnenju udeležencev so se tudi aktivnosti, povezane z izobraževanjem in seznanjanjem, izvajale v večji meri kot ostale aktivnosti alkoholne politike.

Po mnenju akterjev se večina aktivnosti alkoholne politike izvaja le v omejenem obsegu. Akterji menijo, da se v najmanjšem obsegu izvajajo aktivnosti za povečanje usposobljenosti strežnega osebja za odgovorno prodajo alkohola.

Vodenje alkoholne politike

Večina udeležencev raziskave bi vodenje alkoholne politike dodelila posebnemu Svetu za alkoholno politiko pri Ministrstvu za zdravje.

Učinkovitost vodenja alkoholne politike so udeleženci ocenili pod srednjo vrednostjo ponujenih ocen in se zato bolj nagibajo k oceni »slabo učinkovito« oziroma »neučinkovito« vodenje.

5.5 Literatura

1. Brughla R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: a review. *Health and policy planning* 2000; 15(3): 239–246.
2. Radoš Krnel S. Management interesnega vidika alkoholne politike v Republiki Sloveniji. Doktorska disertacija. Koper: Fakulteta za management, 2012.
3. MOSA. Seznam akterjev. Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola. Pridobljeno 12. 6. 2009 s spletne strani: http://www.infomosa.si/baze_podatkov/akterji/seznam.html.
4. Anderson P, Baumberg B. Stakeholders' views of alcohol policy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2006; 23(6): 393–414.
5. Gil A, Polikina O, Koroleva N, Leon DA, McKee M. Alcohol policy in a Russian region: A stakeholder analysis. *European Journal of Public Health* 2010; 21(5): 674–5.
6. Poplas Susič T. Vloga osebnih zdravnikov in možni javnozdravstveni ukrepi pri zmanjševanju pitja alkohola v Sloveniji. Doktorsko delo. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2006.
7. Varvasovszky Z, McKee M. An analysis of alcohol policy in Hungary. Who is in charge? *Addiction* 1998; 93(12): 1815–27.
8. Latimer WW, Hardwood EM, Newcomb MD, Wagenaar AC. Measuring public opinion on alcohol policy – A factor analytic study of a US probability sample. *Addictive Behaviours* 2003; 28(2): 301–13.
9. Giesbrecht N, Ialomiteanu A, Room R, Anglin L. Trends in public opinion on Alcohol policy measures: Ontario 1989–1998. *Journal of studies on alcohol* 2001; 62(2): 142–9.
10. Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA). Uradni list RS, št. 15/2003.
11. Zakon o varnosti cestnega prometa (ZVCP-1). Uradni list RS, št. 83/2004.
12. Zakon o medijih (ZMed). Uradni list RS, št. 35/2001.
13. Radoš Krnel S, Kamin T, Košir M, Markič M. Stakeholders' interests identified through their views on the alcohol policy measures in Slovenia. *Zdravstveno varstvo* 2010; 49(2): 86–98.
14. Anderson K. Young people and alcohol, drugs and tobacco. Copenhagen: World Health Organization, the Regional Office for Europe, 1995.
15. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy (2nd ed). Oxford: Oxford University Press, 2010.
16. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe - A public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
17. Anderson P, Chrisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009; 373(9682): 2234–46.
18. Eurobarometer. Attitudes towards alcohol. Pridobljeno 10. 6. 2007 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs272_en.pdf.
19. TNS Opinion & Social. Special Eurobarometer 331 »EU citizens' attitudes towards alcohol. Luxembourg: European Commission, Directorate-General Health and Consumers, 2010.
20. Timbrell J. Paradoks strupa. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008.
21. Anderson P, Moller L. Overview of Effectiveness and cost-effectiveness. In: Anderson P, Moller L, Galea G, editors. Alcohol in the European Union. Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe, 2012.
22. Mann RE, MacDonald S, Stoduto G, Bondy S, Jonah B, Shaikh A. The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: An international review. *Accident Analysis and Prevention* 2001; 22(5): 569–83.
23. WHO. Country profiles on alcohol consumption harm and policies. For European Union and Norway & Switzerland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.

24. European Commission. Excise duty tables, Part I - Alcoholic Beverages. Pridobljeno 12. 10. 2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/alcoholic_beverages/rates/excise_duties-part_i_alcohol_en.pdf.
25. Eurocare. Eurocare Newsletter. Pridobljeno 19. 12. 2008 s spletne strani: http://www.eurocare.org/press/newsletter/december_2008.
26. Stockwell T, Pakula B, Macdonald S, Zhao J, Reist D, Thomas G et al. Alcohol consumption in British Columbia and Canada: A case for liquor taxes that reduce harm. CARBC statistical bulletin #3, University of Victoria, British Columbia, 2007. Pridobljeno 10. 12. 2011 s spletne strani: <http://www.nabca.org/assets/Docs/alcohol-consumption.pdf>.
27. Anglin L, Kavanagh L, Giesbrecht N. Alcohol-Related Policy Measures in Ontario: Who Supports What and to What Degree? *Revue Canadienne de Sante Publique* 2001; 92(1): 24–8.
28. Radoš Krnel S, Albreht T, Omerzu M, Švab I, Markič M. Mnenje akterjev o izvajanju aktivnosti na področju alkoholne politike v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik* 2011; 80(6): 458–68.
29. Akers RL. *Drugs, alcohol, and society*. Belmont: Wadsworth, 1992.
30. MNZ. Poročilo o delu policije za leto 2009. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Policija, 2008. Pridobljeno 6. 5. 2011 s spletne strani: <http://www.policija.si/index.php/statistika>.
31. MNZ. Poročilo o delu policije za leto 2008. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Policija, 2009. Pridobljeno 6. 5. 2011 s spletne strani: <http://www.policija.si/index.php/statistika>.
32. Cook PJ, Moore MJ. The economics of alcohol abuse and alcohol-control policies. *Health Affairs* 2002; 21(2): 120–33.
33. Botvin GJ, Baker E, Botvin EM, Filazzola AD, Millman RB. Prevention of alcohol misuse through the development of personal and social competence: a pilot study. *Journal of Studies on Alcohol* 1984; 45(6): 550–2.
34. Perry CL, Grant M, Ernberg G, Florenzano RU, Langdon MC, Myeni AD et al. WHO collaborative study on alcohol education and young people: Outcomes of a four-country pilot study. *International Journal of the Addictions* 1989; 24(12): 1145–71.
35. Marmot M. Evidence based policy or policy based evidence? *British Medical Journal* 2004; 328(7445): 906–7.
36. Levy DT, Miller TR. A cost-benefit analysis of enforcement efforts to reduce serving intoxicated patrons. *Journal of Studies on Alcohol* 1995; 56(2): 240–7.
37. McKnight AJ, Streff FM. The effect of enforcement upon service of alcohol to intoxicated patrons of bars and restaurants. *Accident Analysis and Prevention* 1994; 26(1): 79–88.
38. Drucker P. *O managementu*. Ljubljana: GV založba, 2004.
39. Biloslavo R. *Strateški management in management spreminjanja*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, 2006.
40. Česen M. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje, 2003.

PREDLOGI UKREPOV

Vesna Kerstin Petrič

6

6. PREDLOGI UKREPOV

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) v svojih dokumentih opozarja, da je za zmanjšanje zdravstvene, socialne in ekonomske škode zaradi tvegane in škodljive rabe alkohola potreben celovit pristop, ki temelji na jasni viziji in ciljih ter vključuje različne akterje in resorje na vseh ravneh; skratka celovita alkoholna politika, ki se redno spremlja in posodablja (1, 2, 3). Ukrepi morajo temeljiti na znanstvenih dokazih o učinkovitosti in cenovni učinkovitosti ter upoštevati kulturno in drugo raznolikost, prednost pa mora v vsakem primeru imeti zaščita zdravja in blagostanja prebivalstva (1, 4).

V Sloveniji pravno osnovo za načrtovanje na področju alkoholne politike predstavlja Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) (5), ki v svojem 3. členu določa ključne ukrepe za omejevanje porabe alkohola, v 4. členu pa Ministrstvu za zdravje nalaga pripravo dvoletnih načrtov, ki vključujejo sodelovanje vseh relevantnih resorjev in jih sprejme Vlada RS.

6.1 Učinkovitost in cenovna učinkovitost ukrepanja

Zaradi omejenih virov se danes veliko pozornosti posveča preverjanju učinkovitosti in tudi cenovne učinkovitosti ukrepov zdravstvene politike. Za merjenje ekonomske uspešnosti in učinkovitosti posameznih ukrepov se uporablja več metod (6). SZO za področje alkoholne politike priporoča predvsem analizo učinkovitosti glede na stroške (angl. cost-effectiveness analysis), analizo preprečljivega bremena bolezni in modeliranje. Pri analizi učinkovitosti glede na stroške se izračunava stroške izvajanja posameznega ukrepa ob upoštevanju njegovega učinka na leta manjzmožnosti (angl. DALY – Disability Adjusted Life Years) zaradi alkohola. V analizi preprečljivega bremena bolezni ocenimo obstoječe zdravstveno ali ekonomsko breme zaradi alkohola, ki bi se mu lahko izognili z določenim ukrepom. Modeliranje pa je širitev analize cenovne učinkovitosti še na druge posledice ukrepa poleg zdravstvenih (npr. kriminalna dejanja, brezposelnost). Uporabimo lahko tudi analizo koristnosti glede na stroške (angl. cost-benefit analysis), v kateri primerjamo čiste stroške ukrepa (angl. net costs) s čistimi koristmi (angl. net gains), ki jih prinaša, oboje pa se meri v denarju (4, 6).

Glede na analize SZO in druge mednarodne študije poznamo dve skupini učinkovitih ukrepov. V prvo sodita omejevanje dostopnosti do alkohola in tržnega komuniciranja alkoholnih pijač, ki vključujeta povečevanje dajatev in višanje cene alkoholnim izdelkom, omejitve prodajnih mest in časa prodaje, prepovedi oglaševanja in drugih oblik trženja, starostne omejitve in omejitve glede prostora, kjer ljudje lahko pijejo alkoholne pijače. Te ukrepe SZO priporoča kot enostavno izvedljive ukrepe za preprečevanje zdravstvene škode tudi, kadar država nima na voljo dovolj sredstev za izvajanje celovite alkoholne politike. Oviro pri uvajanju predstavlja dejstvo, da s tovrstnimi ukrepi trčimo ob interes posameznih gospodarskih panog, saj vplivajo na zmanjševanje povpraševanja po alkoholnih

pijačah. Za sprejetje zato običajno potrebujejo veliko javno podporo, ki jo lahko dosežemo s strokovnimi argumenti in ustrezno javno kampanjo (7, 8).

V drugi skupini so cenovno sicer bolj zahtevni ukrepi, ki pa so običajno za javnost in politiko bolj sprejemljivi. Sem sodijo svetovanje pri izbranem zdravniku in ukrepi za omejevanje vožnje pod vplivom alkohola, ki so učinkoviti samo, če se v praksi rigorozno izvajajo. Za njihovo uveljavljanje mora biti država pripravljena nameniti ustrezne vire za izgradnjo in vzdrževanje potrebnih kapacitet (9).

Programi ozaveščanja in informiranja sami po sebi ne vplivajo na zmanjševanje škode zaradi alkohola, so pa kljub temu nujen integralen del celovite alkoholne politike, saj vplivajo na boljšo sprejemljivost drugih ukrepov v družbi in povečajo njihov učinek. Pomemben del alkoholne politike so tudi zdravljenje in rehabilitacija odvisnih od alkohola ter pomoč njihovim svojcem, čeprav odpravljanje posledic stane bistveno več kot ukrepi, s katerimi škodo lahko preprečimo (7).

Raziskava, ki je bila narejena v Kanadi (10), je pokazala, da se cenovna učinkovitost bistveno poveča, če se kombinira različne ukrepe, na primer ukrepe za povečanje cene alkoholnih pijač in svetovanje pri osebem zdravniku. Učinkovitost ukrepov je odvisna tudi od širšega konteksta, v katerem se izvajajo. Tako na primer povečan nadzor nad nedovoljeno prodajo in tihotapljenjem alkoholnih pijač v državah, kjer ne predstavljata velikega problema, ni cenovno učinkovit in se bolj izplača povečati davke na alkohol; nasprotno pa velja za države, kjer je obseg nedovoljene prodaje in tihotapljenja velik (6). Kateri ukrep je najbolj učinkovit pri posamezni skupini prebivalcev, je odvisno tudi pogostnosti tvegane pitja alkoholnih pijač. Povečanje davkov je najbolj cenovno učinkovit ukrep v tistih skupinah prebivalstva, kjer je pogostnost uživanja večjih količin alkohola zmerna ali velika (populacija moških v industrijskih državah), v tistih pa, kjer je manj tvegane pitja, so bolj učinkoviti bolj ciljniki ukrepi, kot je na primer svetovanje pri izbranem zdravniku (11).

Za zmanjševanje ekonomskega bremena kroničnih bolezni in stanj v manj in srednje razvitih državah SZO kot cenovno najbolj učinkovite ukrepe priporoča povečanje davkov na alkoholne pijače, zmanjšanje dostopnosti do alkohola in prepoved oglaševanja alkoholnih pijač (12).

6.2 Predlogi ukrepov za Slovenijo

ZOPA nalaga državi ukrepanje na naslednjih področjih:

- spremljanje porabe alkohola in obsega škodljivih posledic rabe alkohola za zdravje;
- informiranje, izobraževanje in osveščanje javnosti in posameznih skupin prebivalstva o škodljivih posledicah rabe alkohola;
- usklajevanje aktivnosti za čim zgodnejše prepoznavanje oseb, ki imajo težave z alkoholom, in njihovo vključevanje v preventivne programe;
- usklajevanje, spremljanje in vrednotenje preventivnih programov za posamezne skupine prebivalstva;
- priprava in izvajanje programov za spodbujanje zdravega življenjskega sloga med različnimi starostnimi in družbenimi skupinami prebivalstva ter njihovo vrednotenje;

- strokovno svetovanje in podpora institucijam, združenjem, nevladnim organizacijam, lokalnim skupnostim in posameznikom pri izvajanju preventivnih programov in pri reševanju problemov, povezanih z rabo alkohola.

SZO predlaga 10 bolj specifičnih področij ukrepanja celovite alkoholne politike (2, 3, 4), ki pa v svojem bistvu ne odstopajo od zahtev ZOPA (5):

1. vodenje, ozaveščanje in zavezanost k ukrepanju
2. ukrepi v zdravstvu
3. ukrepi v lokalni skupnosti in na delovnem mestu
4. ukrepi na področju vožnje pod vplivom alkohola
5. cene alkohola
6. dostopnost alkohola
7. tržno komuniciranje alkoholnih pijač
8. preprečevanje javnozdravstvenih posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkohola
9. preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitve z alkoholom
10. spremljanje in nadzor

Evropska komisija in Urad SZO za Evropo sta junija letos že tretjič objavila rezultate skupne raziskave o alkoholu in zdravju (13), ki vključuje podatke o ukrepanju na teh desetih področjih za 35 evropskih držav, med njimi tudi Slovenijo (prejšnji raziskavi sta bili objavljeni leta 2008 in 2011). V raziskavi je predstavljen napredek, ki so ga države naredile na alkoholni politiki med letoma 2006 in 2012.

Iz raziskave (13) je razvidno, da smo na posameznih področjih, kot je na primer ukrepanje na področju vožnje pod vplivom alkohola, naredili v zadnjih letih velik napredek, na nekaterih drugih pa bo treba še zagotoviti dovolj javne podpore in politične volje za sprejem najbolj učinkovitih in cenovno učinkovitih ukrepov. Ob upoštevanju zaključkov nacionalnih in regijskih konferenc (glej poglavje 1, stran 29) sta umeščanje Slovenije v tej raziskavi in ocena učinkovitosti posameznih ukrepov lahko dobra osnova za načrtovanje ukrepanja na vseh desetih področjih alkoholne politike pri nas, tako na nacionalni kot na ravni zdravstvenih regij in lokalnih skupnosti.

6.2.1 Vodenje, ozaveščanje in zavezanost k ukrepanju

SZO priporoča, da se na ravni države in lokalnih skupnosti za koordinacijo ukrepanja in mobilizacijo vseh ključnih akterjev sprejme strategijo oziroma akcijski načrt za alkoholno politiko z jasnimi cilji, prednostnimi nalogami in ukrepi. Akcijski načrt, katerega izvajanje naj nadzoruje medresorsko sestavljeno telo pri vladi ali ministrstvu za zdravje, mora zagotavljati potrebno infrastrukturo za izvajanje alkoholne politike, z ustreznimi kadrovskimi in finančnimi viri ter s sistemom upravljanja in spremljanjem napredka (1).

Ozaveščanje javnosti in posameznih skupin prebivalstva je treba razumeti kot pomemben del alkoholne politike, ki prispeva k boljšemu poznavanju problema in zavedanju o nujnosti ukrepanja,

vendar pa sam po sebi ne more učinkovito vplivati na zmanjšanje tveganega in škodljivega pitja alkohola (1, 4).

Eno od pomembnejših orodij za doseganje večje zavezanosti k ukrepanju je zagovorništvo. Zagovorništvo, v katerega so vključeni tudi mediji, lahko mobilizira javno podporo za uveljavitev učinkovitega ukrepanja, vključno z ukrepi za zmanjševanje dostopnosti, preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola in ukrepanja v pivskih okoljih (14, 15).

Za ozaveščanje uporabnikov se uporabljajo tudi zdravstvena opozorila na embalaži alkoholnih izdelkov ali v reklamah za te izdelke. Čeprav ni veliko dokazov o tem, da bi zdravstvena opozorila vplivala na porabo alkohola in z njim povezano škodo, jih strokovnjaki priporočajo z vidika pravice potrošnika, da je informiran o škodljivih posledicah tvegane in škodljive rabe alkohola. Še posebej to velja za informacije, ki se nanašajo na nevarnosti, povezane s pitjem alkohola otrok, med nosečnostjo, pred vožnjo in upravljanjem s stroji ter ob jemanju določenih zdravil. Takšna opozorila poznajo na primer v Ameriki in Franciji. Treba jih je razumeti predvsem kot eno od orodij za povečevanje zavedanja, da alkohol ni navadna dobrina (15, 16). Ne nazadnje, uvedbo zdravstvenih opozoril podpira tudi velika večina (79 % na steklenicah in 82 % v oglasih) državljanov EU (17).

V Sloveniji je preprečevanje škode zaradi alkohola integralni del različnih zdravstvenih in drugih politik in ukrepov. Ministrstvo za zdravje je na primer v preteklih letih uskladilo več izvedbenih načrtov preventivne akcije na področju preprečevanja udeležbe v prometu pod vplivom alkohola v okviru Nacionalnega programa varnosti cestnega prometa (NPVCP) (18). Pripravljeni in izvedeni so bili načrti ukrepanja za preprečevanje opijanja na posameznih množičnih prireditvah (Maturantska četvorka, smučarski poleti v Planici) (19), področje alkohola pa je predstavljalo tudi pomemben del letnih programov IVZ in ZZV-jev (20). Kljub določbi zakona (ZOPA) (5), da se vsaki dve leti sprejme celovit akcijski načrt na ravni države za izvajanje alkoholne politike, pa ta do danes ni bil sprejet. Medresorsko usklajevanje je potekalo na ravni sprejetih sklepov Sveta za alkoholno politiko pri Ministrstvu za zdravje, v katerem so med drugim zastopani člani trgovinske zbornice in nevladnih organizacij. Svet naj bi med drugim koordiniral pripravo strateškega načrta na tem področju in po sprejemu bdel nad njegovim izvajanjem (21). V Sloveniji tudi nimamo koalicije, ki bi povezovala stroko in nevladne organizacije v prizadevanjih za večjo zavezanost k ukrepanju. Napredek pri povezovanju ključnih akterjev predstavlja pobuda ministrstva za zdravje, da se sprejme regijske akcijske načrte za izvajanje alkoholne politike, ki je bila potrjena na II. Nacionalni konferenci o alkoholni politiki (22). Nacionalne in regijske konference o alkoholni politiki so tudi sicer priložnost za pobude na področju alkoholne politike, izmenjavo dobrih praks in povezovanje med različnimi akterji. K povezovanju, ozaveščenosti in zavezanosti k ukrepanju ne nazadnje prispeva tudi spletna stran www.infomosa.si, ki v slovenski prostor na uporabniku prijazen način med drugim prinaša ob naših tudi tuje izkušnje.

V Sloveniji so v zadnjem času potekale široke medijske kampanje predvsem na področju preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola («0,0 šofer – Trezna odločitev») (23), sicer pa se je ozaveščanje javnosti in posameznih skupin prebivalstva zagotavljalo v programih javnih strokovnih inštitucij in nekaterih nevladnih organizacij, ki se financirajo iz proračuna (20, 24). Za razliko od področja nadzora nad tobakom ne spremljamo javnega mnenja o podpori posameznim ukrepom

alkoholne politike, zdravstvena opozorila "Minister za zdravje opozarja: Uživanje alkohola lahko škoduje zdravju!" ali "Minister za zdravje opozarja: Prekomerno pitje alkohola škoduje zdravju!" pa se zahtevajo samo na oglasih za alkoholne pijače in ne na embalaži (ZZUZIS-A) (25).

Na podlagi priporočil SZO in sklepov nacionalnih konferenc bi morali v Sloveniji:

1. sprejeti strategijo oziroma akcijski načrt, ki bo temeljil na dokazano učinkovitih ukrepih, spodbujal sodelovanje države, stroke in civilne družbe in za izvajanje katerega bodo zagotovljeni tudi potrebna infrastruktura in finančni viri ter sistem upravljanja in spremljanja napredka;
2. zagotoviti kampanje za podporo sprejemanju in izvajanju alkoholne politike in ozaveščati javnosti o tveganjih, ki jih za zdravje in blagostanje prebivalstva predstavljata tvegana in škodljiva raba alkohola, in o možnostih učinkovitega ukrepanja;
3. spremljati javno mnenje glede podpore posameznim ukrepom;
4. splošna opozorila na oglasih za alkoholne izdelke nadomestiti z bolj ciljanimi sporočili, ki nagovarjajo na primer starše in skrbnike, bodoče matere, bolnike ali voznike;
5. po zgledu Francije umestiti opozorila o nevarnosti uživanja alkohola v času nosečnosti na embalažo alkoholnih izdelkov in uvedbo teh sporočil podpreti s široko kampanjo za ozaveščanje bodočih staršev.

6.2.2 Ukrepi v zdravstvu

V zdravstvu se izvajajo ukrepi za preprečevanje tveganega in škodljivega pitja ter zagotavljanja zdravljenja tistim, ki so že zboleli za boleznimi, povezanimi z alkoholom, vključno z odvisnostjo od alkohola. Zdravstvo je pogosto pobudnik in ključni nosilec alkoholne politike, zdravstveni delavci pa njeni pomembni izvajalci. Pomembna, a pogosto premalo prepoznana vloga zdravstva in zdravstvenih delavcev je tudi ozaveščanje javnosti o zdravstvenih in socialnih posledicah tvegane in škodljive rabe alkohola, zagovorništvo učinkovitega odgovora družbe in mobilizacija vseh ključnih akterjev (2). Preprečevanje in zdravljenje posledic rabe alkohola sta bila v preteklosti večinoma povsem ločena, danes pa se zagovarja bolj celovit pristop, v katerem sta preventiva in zdravljenje komplementarna in pogosto združena aktivnost (26).

Zgodnje odkrivanje in svetovanje glede tveganega in škodljivega pitja v primarnem zdravstvu velja za učinkovit ukrep. V primerjavi z drugimi zdravstvenimi ukrepi je tudi cenovno učinkovit (7) in vpliva tako na zmanjšano rabo alkohola kot na posledice škodljive rabe, nekoliko bolj pri moških kot pri ženskah. Na osem pacientov s tveganim in škodljivim pitjem alkohola, ki so bili deležni tovrstne obravnave, bo eden imel korist, kar je dvakrat bolj učinkovito, kot pri svetovanju za opuščanje kajenja (27). Uspeh ukrepa je odvisen od zagotavljanja usposabljanja in motiviranja zdravstvenih delavcev za njegovo izvajanje, ker se brez tovrstne podpore redkeje odločajo za nudenje takšne intervencije. Čeprav ukrep lahko izvajajo tudi drugi profili v zdravstvu, ga v praksi največkrat izvajajo splošni zdravniki, ki pa obravnavanje tveganega in škodljivega pitja alkohola pogosto dojemajo kot težavno (28). Med učinkovite ukrepe SZO prišteva tudi zdravljenje in rehabilitacijo odvisnih od alkohola, ki vključujeta farmakološko obravnavo in psihoterapijo (7).

V Sloveniji se v primarnem zdravstvenem varstvu izvaja kratko preventivno svetovanje glede tvegane in škodljivega pitja, ki ga večinoma izvajajo zdravniki družinske medicine in vključuje ugotavljanje pivskih navad in kratko motivacijsko svetovanje. Svetovanje je del programa preventivnih zdravstvenih pregledov, ki so jih deležni moški po 35. letu in ženske po 45. letu. Za takšno svetovanje so bili v zadnjih letih usposobljeni praktično vsi zdravniki družinske medicine, na voljo pa so tudi podrobna navodila za zgodnje odkrivanje in obravnavo tvegane in škodljivega pitja v primarnem zdravstvu (27). Model obravnave tvegane in škodljivega pitja v primarnem zdravstvu je bil razvit na podlagi izsledkov o učinkovitosti različnih pristopov v okviru evropskega projekta PHEPA (29), ki ga je financirala Evropska komisija.

Z uveljavitvijo alternativnih ukrepov kaznovanju v primeru vožnje pod vplivom alkohola smo zagotovili, da so tega ukrepa lahko deležni tudi tisti, ki glede na starost še niso vključeni v program preventivnih pregledov, so pa z vožnjo pod vplivom alkohola dokazali, da tvegano in škodljivo pijejo (ZPrCP) (30, 31). Za mlade se programi, ki bi ponujali tudi individualno svetovanje glede opustitve z alkoholom povezanih tveganih in škodljivih navad, šele oblikujejo in so pogosto del prizadevanja za preprečevanje rabe drog pri mladih na sploh (32). Prav tako smo šele v fazi prepoznavanja nujnosti uvajanja specifičnih programov pomoči starejšim, ki imajo sami težave z alkoholom oziroma so žrtve zlorab zaradi alkohola (33, 34).

V Sloveniji se zdravljenje odvisnosti od alkohola tradicionalno izvaja predvsem v okviru psihiatrične obravnave v obliki bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja. Program zdravljenja poteka v petih psihiatričnih bolnišnicah (Ljubljana, Ormož, Vojnik, Begunje na Gorenjskem, Idrija) in ga izvajajo psihiatri, specializirani za področje odvisnosti od alkohola. Zdravljenje odvisnosti od alkohola je plačano iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Poleg omenjenih ustanov poteka organizirano ambulantno zdravljenje alkoholizma tudi še v nekaterih drugih zdravstvenih ustanovah (npr. Splošna bolnišnica Maribor) (35). Obstajajo pa tudi številna društva anonimnih alkoholikov, ki v lokalnih skupnostih pomagajo alkoholikom oziroma nekdanjim alkoholikom s svetovanjem in motiviranjem. Društev oziroma klubov (o)zdravljenih alkoholikov je po nekaterih ocenah v Sloveniji več kot 50, večinoma pa jih vodijo socialni delavci, medicinske sestre ter splošni ali družinski zdravniki (36). Kot je razloženo v 3. poglavju (strani 57 in 58), je posebej zaskrbljujoče dejstvo, da je SOA (sindrom odvisnosti od alkohola) v zdravstvu pogosto spregledan in da se v zdravljenje odvisnosti od alkohola vključuje vedno manj ljudi, ti pa prihajajo v bolj napredovalih fazah bolezni in v slabšem zdravstvenem stanju.

Na podlagi priporočil SZO in zaključkov nacionalnih konferenc bi morali v Sloveniji prednostno:

1. vzpostaviti celovit sistem za zgodnje odkrivanje tistih, ki tvegano in škodljivo pijejo, in za prepoznavanje odvisnosti od alkohola, ki poleg zdravstvenih vključuje tudi službe socialnega varstva, delovne organizacije in izobraževalne ustanove;
2. vzpostaviti celovite in dolgoročne programe pomoči za od alkohola odvisne posameznike in njihove svojce, ki bodo dostopni tudi specifičnim skupinam prebivalcev (npr. starejšim, mladim);
3. vzpostaviti sistem za prepoznavanje in spremljanje tvegane in škodljivega pitja alkohola pri bodočih materah;

4. nadgraditi obstoječe programe obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola s programi za specifične skupine prebivalstva (otroci, mladi, ženske, starejši, etnične skupine);
5. vpeljati pozitivne spodbude tako za izvajalce kot za uporabnike in delodajalce, da se bodo prej in bolj pogosto odločali za napotitev, vključitev ali v primeru delodajalcev spodbujanje k vključitvi v obravnavo v zdravstvu;
6. za zagotavljanje večje dostopnosti v izvajanje kratkih intervencij vključiti tudi druge zdravstvene profile poleg zdravnikov družinske medicine.

6.2.3 Ukrepi v lokalni skupnosti in na delovnem mestu

Med ukrepe na tem področju SZO prišteva vse aktivnosti v lokalni skupnosti, v delovnih organizacijah in tudi v sistemu izobraževanja. Sem sodijo programi, ki so namenjeni družinam s problemom alkohola, mobilizacija skupnosti s ciljem preprečevanja nasilja v pivskih okoljih ali vožnje pod vplivom alkohola in programi promocije delavnega mesta brez alkohola. Namen ukrepanja je predvsem vplivanje na celotno populacijo glede odnosa do pitja alkohola in opijanja v okviru prizadevanj za zdrav način življenja. Gre za področje, kjer je še posebej pomembno usklajeno delovanje različnih resorjev. Državam SZO priporoča, da v prizadevanja za zmanjševanje tvegane in škodljive rabe alkohola vključijo čim več šol in delovnih organizacij in spodbujajo sprejemanje akcijskih načrtov na ravni občin oziroma lokalne skupnosti. Poudarjajo tudi nujnost spremljanja in vrednotenja kakovosti izvajanih projektov in programov in priporočajo, da ti temeljijo na dokazano učinkovitih ukrepih in strokovno utemeljenih aktivnostih ter da se za njihovo izvajanje zagotovi dovolj ustrezno usposobljenih kadrov. Nacionalna zakonodaja mora podpirati prizadevanja na lokalni ravni in predvsem ne sme predstavljati ovire za ukrepanje (3).

V Sloveniji programe, projekte in aktivnosti na področju vzgoje in izobraževanja, krepitve zdravja v delovnih organizacijah ter mobilizacije lokalne skupnosti izvajajo javne strokovne inštitucije in nevladne organizacije. Na ravni države še nimamo sprejetih enotnih strokovnih usmeritev, ki bi bile v pomoč načrtovalcem in izvajalcem. Redka so tudi vrednotenja programov in projektov, ki bi zagotavljala izboljšanje njihove kakovosti in učinkovitosti. Novi Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) (37) izrecno prepoveduje alkoholiziranost na delovnem mestu in predvideva kazni za kršitve, tako za delavca, kot tudi delodajalca. Po drugi strani zakon nalaga delodajalcu, da načrtuje programe krepitve zdravja na delovnem mestu in zagotovi potrebna sredstva za izvajanje ter spremljanje Ministrstvu za zdravje zakon nalaga, da izda smernice za določitev in pripravo krepitve zdravja na delovnem mestu.

Na podlagi priporočil SZO in sklepov nacionalnih konferenc bi morali v Sloveniji prednostno:

1. zagotoviti pregled programov, projektov in aktivnosti, ki se v Sloveniji izvajajo v lokalni skupnosti, v izobraževalnem sistemu in v delovnih organizacijah;
2. zagotoviti nacionalne strokovne smernice ter sistem vrednotenja za programe, projekte in aktivnosti, ki se na področju alkoholne politike izvajajo v šolskem in delovnem okolju ter v lokalni skupnosti;

3. sprejeti lokalne akcijske načrte za alkoholno politiko, ki bi temeljili na prepoznanih lokalnih potrebah in bi povezali v skupna prizadevanja vse ključne akterje na lokalni ravni;
4. zagotoviti ustrezna orodja in usposabljanja za izvajalce programov, projektov in aktivnosti na lokalni ravni, v sistemu izobraževanja in v delavnih organizacijah;
5. preučiti potrebe in možnosti po spremembi zakonodaje z namenom zagotavljanja pozitivnih spodbud in boljših pogojev za izvajanje učinkovitih ukrepov v lokalni skupnosti, sistemu izobraževanja in v delovnih organizacijah.

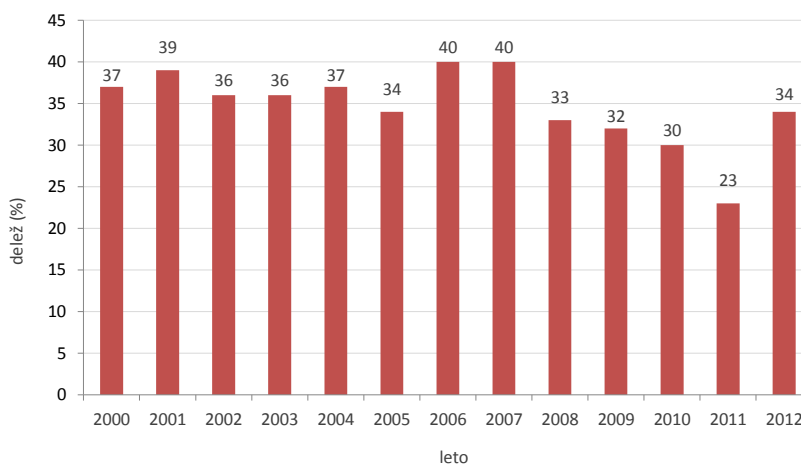
6.2.4 Ukrepi na področju vožnje pod vplivom alkohola

Vožnja pod vplivom alkohola je eden od pomembnejših vzrokov za prometne nezgode in predstavlja velik javnozdravstveni problem, saj pogosto vodi v invalidnost in jemlje mlada življenja. Posebej zaskrbljujoče je, da se prometne nezgode z udeležbo alkohola v primerjavi s prometnimi nezgodami brez udeležbe alkohola v večjem odstotku končajo s težjim, tudi smrtnim izidom. Statistični podatki kažejo (38), da približno vsaka tretja smrtna žrtev prometnih nezgod v EU nastane kot posledica uporabe alkohola, kar pomeni približno 17.000 smrtnih žrtev letno. Posebej izpostavljeni tveganju za smrt v prometni nezgodi so mladostniki v starosti od 18 do 24 let (47 %), medtem ko podatki kažejo, da sta dve tretjini udeležencev, ki vozijo pod vplivom alkohola, stari od 15 do 34 let, pri tem pa je večina moških (96 %). Prav zaradi večjega tveganja vožnje pod vplivom alkohola strokovnjaki priporočajo ničelno toleranco za alkohol v krvi pri mladih voznikih začetnikih. Pri kateri koli vrednosti alkohola v krvi so mladi vozniki (16 do 20 let) trikrat bolj pogosto udeleženi v nezgodi kot vozniki, starejši od 30 let (39).

Evropska komisija kot primere dobre prakse za zmanjševanje števila prometnih nezgod, ki nastanejo zaradi uporabe alkohola, predlaga: uvedbo najvišje dovoljene meje koncentracije alkohola v krvi do največ 0,5 g/kg (za mlade, nove in profesionalne voznike še nižje - 0,2 g/kg ali celo 0,0 g/kg); redna in naključna preverjanja alkoholiziranosti voznikov; odvzem vozniškega dovoljenja ob morebitni alkoholiziranosti; ter obsežne kampanje, ki so namenjene informiranju, ozaveščanju in izobraževanju splošne populacije. Celovito in dosledno izvajanje omenjenih ukrepov je praviloma visoko učinkovito, kar potrjujejo številne raziskave (40).

Omenjene ukrepe predlaga tudi SZO, ki poleg tega priporoča še uvedbo zaklepov, ki preprečujejo vžig vozila v primeru, da je voznik alkoholiziran (ang. ignition interlock); uvedbo obveznih izobraževanj, svetovanj in, če je treba, programov zdravljenja; ter spodbujanje uporabe alternativnih možnosti prevoza in javnega prevoza. Ob represivnih ukrepih se priporoča tudi pazljivo načrtovane, intenzivne in široko zasnovane medijske kampanje, ki se izvajajo ob posebnih dogodkih (počitnice, praznovanja ...) in so namenjene specifični populaciji, npr. mladim. Učinkovito izvrševanje in kombiniranje omenjenih ukrepov glede vožnje pod vplivom alkohola znatno zmanjša število smrtnih žrtev v prometu (do 25 % pri moških in do 10 % pri ženskah), poškodb in invalidnosti (2, 3). Raziskave kažejo, da določitev tistega, ki bo ostal trezen in vozil, ne vpliva na zmanjšanje nezgod zaradi vožnje in alkohola (7).

V Sloveniji so bili za preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola sprejeti številni zgoraj naštet ukrepi. Zadnja sprememba zakonodaje, ki je stopila v veljavo leta 2011 in je plod tesnega sodelovanja notranjega, prometnega, zdravstvenega in pravosodnega resorja, poleg represivnih ukrepov in višjih glob za voznike, ki so vozili pod vplivom alkohola, uvaja tudi svetovalne in rehabilitacijske ukrepe. Njihov namen je predvsem sprememba voznikovega razmišljanja, njegovih stališč in pogledov na prometno varnost (31). Z uvedbo strožje zakonodaje, ki sta jo spremljala široka medijska kampanja in naključno testiranje voznikov na alkohol v izdihanem zraku, se je delež alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nezgod s smrtnim izidom iz 30 % v letu 2010 zmanjšal na 23 % v letu 2011. V letu 2012 pa se je delež spet povrnil na 34 % (41), kar bi lahko pomenilo, da so učinki strožjih kazni, novih ukrepov in medijske kampanje že popustili.



Slika 6.1: Deleži alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nezgod s smrtnim izidom od 2000–2012 (Vir: Ministrstvo za zdravje, povzeto po podatkih Generalne policijske uprave)

V letu 2011 se je zmanjšal tudi delež alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nezgod glede na vse povzročitelje prometnih nezgod na slovenskih cestah in povprečna stopnja alkohola v krvi povzročiteljev prometnih nezgod (41).

V okviru Nacionalnega programa varnosti v cestnem prometu (NPVCP) (18) smo si v Sloveniji zastavili za cilj zmanjšanje števila prometnih nezgod, pri katerih je kot sekundarni dejavnik prisoten alkohol, ter zmanjšanje števila udeležencev v prometu, ki so pod vplivom alkohola. Do leta 2021 naj delež povzročiteljev prometnih nezgod s smrtnim izidom, ki so bili pod vplivom alkohola, ne bi presegel 30 %. Aktivnosti, ki jih predvidevajo obdobjni načrti, potekajo v sodelovanju policije, inšpekcijskih služb, pristojnih ministrstev, zdravstvenih delavcev, strokovnih institucij in nevladnih organizacij pod sloganom »0,0 šofer - Trezna odločitev« (41). V maju, oktobru, novembru in decembru po vsej Sloveniji potekajo poostreni nadzori nad vožnjo pod vplivom alkohola, intenzivni nadzori nad prepovedjo prodaje in ponudbe alkohola mladoletnim in alkoholiziranim osebam ter različne druge preventivne aktivnosti, ki so usklajene z drugimi pristojnimi resorji in vključujejo tako delovanje državnih institucij kot tudi stroke in nevladnih organizacij.

Na podlagi priporočil EK, SZO in sklepov nacionalnih konferenc bi morali v Sloveniji prednostno:

1. zagotavljati dosledno izvajanje NPVCP;
2. zagotoviti obsežne kampanje, ki so namenjene informiranju, ozaveščanju in izobraževanju splošne populacije in še posebej mladih voznikov;
3. preučiti možnost nadaljnjega zmanjšanja dovoljene koncentracije alkohola v krvi voznikov.

6.2.5 Cene alkohola

Obstajajo številni dokazi, da zviševanje cene alkohola zmanjša porabo alkohola in z njo povezano škodo (4). Povečanje cene alkoholnih izdelkov za 20 do 50 % je cenovno učinkovito predvsem v tistih državah, v katerih je značilna velika poraba alkohola na posameznika, in samo pod pogojem, da je hkrati zagotovljen učinkovit nadzor nad nedovoljeno proizvodnjo in trgovino z alkoholnimi pijačami.

Ukrep je še posebej učinkovit pri mladih in tistih, ki najbolj tvegano in škodljivo pijejo. Kljub temu se v članicah EU poviševanje davkov še vedno premalo uporablja kot ukrep za izboljševanje zdravja. Večina držav nima trošarine na vino (42), zanimivo pa je, da jo je pred kratkim uvedla Francija, ki je vinorodna dežela (43). Povišanje davkov po drugi strani ne vpliva nujno na povišanje cen, zato se nekatere države odločajo za uvedbo minimalne cene alkoholnih pijač, da bi zmanjšale dostopnost predvsem nizkocenovnih izdelkov (42). Finska je leta 2008 uzakonila prepoved popustov na količino in čas nakupa ("happy hours"), vendar s tem ni dosegla zaželenega dviga cen, saj so se prodajalci prilagodili z znižanjem cen za vse izdelke. Finska Vlada je zato v štirih zadnjih letih štirikrat zvišala trošarine in dosegla ob zvišanju cen tudi povečanje priliva trošarin za 400 milijonov evrov in zmanjšanje porabe alkohola za 8 %. Nekatere države, na primer Nemčija, so se odločile za dodatne obdavčitve predvsem za tiste alkoholne izdelke, ki so namenjeni mladim, kot so na primer mešane gazirane alkoholne pijače – "alcopops" (13).

SZO poudarja, da je za učinek davčne politike na porabo in zdravje nujno upoštevanje cenovne dostopnosti alkohola. Pomemben je tudi vpliv neregistrirane porabe, ki vključuje nedovoljeno prodajo in tihotapljenje, vendar samo, kadar gre za zelo velik obseg tovrstne dejavnosti. Povezovanje zdravstvenega in finančnega resorja je ključno za uveljavljanje davčne politike kot orodja za zmanjševanje škode zaradi alkohola (3, 4).

Za Slovenijo so glede na podatke SZO (13) značilne nizke cene alkohola predvsem za vina. Povprečna prodajna cena vina je v EU glede na ocene SZO nižja samo še na Madžarskem in v Španiji. Trošarine na pivo, vmesne pijače in žganja so se nazadnje povišale aprila 2012, vino pa v Sloveniji še vedno ni obdavčeno s trošarinami. Slovenija tudi ne pozna omejevanja promocijskih cen in posebne obdavčitve pijač, ki so namenjene pretežno mladim.

V Sloveniji bo treba glede na priporočila SZO v sodelovanju med Ministrstvom za zdravje in Ministrstvom za finance predvsem:

1. preučiti nadaljnje možnosti povečevanja cen alkoholnih izdelkov in zagotoviti ozaveščanje prebivalstva o pomenu uvajanja tovrstnih ukrepov;
2. preučiti možnosti uvedbe posebnih obdavčitev alkoholnih pijač, ki so posebej privlačne za mlade – npr. mešane gazirane alkoholne pijače (angl. alcopops);
3. preučiti možnost uvedbe minimalne cene na g alkohola.

6.2.6 Dostopnost alkohola

Raziskave kažejo, da je dostopnost alkohola neposredno povezana z obsegom porabe (7). Že majhne omejitve dostopnosti lahko prispevajo k izboljšanju zdravja, zmanjšanju nasilja in škode za druge. Ukrepi, ki se uporabljajo za zmanjševanje dostopnosti, so lahko tako krajevne kot časovne omejitve prodaje alkoholnih pijač, starostne omejitve za nakup alkohola ali uvedba licenc za prodajo alkohola. Licence državi omogočajo, da lahko bolje načrtuje gostoto prodajnih mest in z grožnjo odvzema tudi bolje uveljavlja izvajanje zakonodaje. Učinkovite so tudi prepovedi rabe alkohola v določenih inštitucijah (šole, zdravstvene inštitucije, delovna mesta), na določenih krajih (parki, ploščadi, športni objekti) ali na določenih dogodkih (športne prireditve; prireditve, namenjene otrokom in mladostnikom). Nekatere države, predvsem v Skandinaviji, dovoljujejo prodajo alkoholnih pijač samo prek državnih monopolov in tako lažje kontrolirajo dostopnost. SZO priporoča, da se za boljši nadzor nad prodajo mladoletnim uporablja tudi mlade testne osebe, ki v praksi preverijo ravnanje prodajalca – skrivno nakupovanje (angl. mystery shopping) (3).

V Sloveniji je prodaja alkohola lokacijsko in časovno omejena z Zakonom o omejevanju porabe alkohola iz leta 2003 (ZOPA) (5). Zakon določa tudi, da je prepovedana prodaja in ponudba alkohola mlajšim od 18 let. Prodaja in ponujanje alkohola tudi nista dovoljena v objektih vzgoje in izobraževanja, športnih objektih eno uro pred in med dogodkom, v zdravstvenih ustanovah in na delovnih mestih. Prepovedana je tudi prodaja alkohola iz avtomatskih naprav.

Slovenija po drugi strani ne pozna sistema licenciranja prodajnih mest, kar onemogoča strožje ukrepanje pri tistih, ki kljub opozorilom in kaznim vztrajajo pri kršenju zakonodaje. Preverjanje zakonodaje s testnimi mladimi kupci se je za enkrat izvajalo samo v okviru projekta nevladne organizacije, ki ga je financiralo Ministrstvo za zdravje v okviru javnega razpisa (24). Izkazalo se je, da se s tovrstnim preverjanjem ugotovi večji odstotek kršitev na preverjenih lokacijah kot v povprečju v rednih nadzorih inšpekcijskih služb. Nadzor nad izvajanjem zakona je med drugim po poročanjih inšpekcijskih služb (44, 45, 46) otežen tudi zaradi pomanjkljivih definicij, kot je na primer definicija športnega objekta, ki je za namen omejevanja škode zaradi alkohola na športnih prireditvah preveč ohlapna.

Na podlagi priporočil EK, SZO in sklepov nacionalnih konferenc bi morali v Sloveniji prednostno:

1. uvesti izboljšave zakonodaje predvsem z vidika lažje interpretacije in nadzora nad ukrepi omejevanja dostopnosti do alkohola;

2. preučiti možnost uvedbe dodatnih ukrepov za zmanjšanje gostote prodajnih mest in krčenje odpiralnih časov za prodajo alkohola;
3. spodbujati lokalne skupnosti, ki se soočajo s problemom zbiranja mladih z namenom opijanja, da se odločajo za prepoved popivanja na javnih površinah, ki niso določene za prodajo alkoholnih pijač.

6.2.7 Tržno komuniciranje alkoholnih pijač

Med tri najbolj cenovno učinkovite ukrepe alkoholne politike sodi tudi prepoved oglaševanja alkoholnih pijač (12). Obstaja cela vrsta znanstvenih dokazov, da je oglaševanje alkoholnih pijač povezano s pozitivnim odnosom in prepričanji glede alkohola pri mladih ter z njihovimi pričakovanji glede rabe alkohola in glede vloge alkohola v njihovem življenju. To ne preseneča, če upoštevamo, da je glavni namen oglaševanja povečati željo po pitju določene pijače (15, 16). Pri oglaševanju alkoholnih pijač sta pomembna tako vsebina oglasov kot trajanje in pogostnost izpostavljenosti. Obstaja povezava med količino izpostavljenosti oglaševanju alkohola pri mladih in verjetnostjo, da bodo po izpostavljenosti začeli piti več. Ta učinek je večji pri tistih, ki že tako ali tako več pijejo (47).

Alkoholne pijače se že dolgo ne oglašuje več zgolj prek tradicionalnih medijev. Promocija alkoholnih pijač se izvaja prek sponzoriranja športnih in kulturnih prireditev ter prek neposrednega oglaševanja z uporabo novih tehnologij, kot so internet in tekstovna sporočila. Pomembno vlogo pri oblikovanju pričakovanj mladih glede rabe alkohola igra tudi industrija zabave s sporočili v filmih, v televizijskih oddajah, popevkah in drugih kulturnih produktih (4).

Skoraj vse države EU poznajo omejitve oglaševanja alkoholnih pijač in njihovega promocijskega prikazovanja v medijih. V večini držav gre za delne omejitve, popolni prepovedi oglaševanja pa se je med državami EU še najbolj približala Francija, ki je leta 1991 sprejela zakon (Loi Evin), s katerim je prepovedala oglaševanje na televiziji in kakršnokoli sponzorstvo. Oglaševanje je prepovedano med peto uro popoldne in polnočjo ter ves dan razen po polnoči ob sredah, ko so šole zaprte. Popolna prepoved velja tudi za tiskane medije in za internetne strani, ki so namenjene mladim. Kjer je oglaševanje dovoljeno, je omejeno na predstavitev produkta in mora vsebovati zdravstveno opozorilo. Pri nadzoru nad izvajanjem zakona so vključene tako vladne kot nevladne organizacije, kazni pa so zelo visoke (13). V nekaterih državah je omejevanje tržnega komuniciranja alkoholnih pijač predmet prostovoljnega omejevanja proizvajalcev, trgovcev, medijev in oglaševalcev. Uspešno je samo tam, kjer ima jasen zakonski okvir in ustrezne spodbude (7).

SZO državam priporoča, da uveljavijo prepovedi tržnega komuniciranja in sponzoriranja in oglaševanje omejijo tudi v vseh oblikah spletnega komuniciranja. Prepovedi tržnega komuniciranja so lahko delne in vključujejo zgolj prepoved uporabe humorja in glamurja oziroma drugih mladim namenjenih pristopov pri oglaševanju, lahko pa se popolnoma prepove vsako tržno komuniciranje in sponzoriranje alkoholnih pijač. Predlagajo omejevanje tako vsebine kot količine tržnega komuniciranja alkoholnih izdelkov; omejevanje sponzoriranja; omejevanje oziroma prepoved promocijskih aktivnosti, ki nagovarjajo mlade; nadzor nad novimi načini oglaševanja alkoholnih pijač, na primer prek mobilnih telefonov in drugih socialnih medijev; vzpostavitev učinkovitih sistemov za

spremljanje tržnega komuniciranja alkoholnih pijač in nadzor nad izvajanjem zakonodaje; ter omejevanje neposrednega in posrednega oglaševanja v nekaterih ali v vseh medijih (3).

Glede na to, da komunikacije ne poznajo nacionalnih meja, so nujni tudi enotni pristopi v širšem mednarodnem okolju. Oglaševanje alkoholnih pijač je na ravni EU za enkrat le deloma omejeno z Direktivo televizija brez meja (48) in sicer direktiva v 15. členu določa, da morajo države zagotoviti, da oglaševanje ne nagovarja mladih, ne povezuje rabe alkohola z vožnjo in boljšimi fizičnimi sposobnostmi ali z večjo uspešnostjo pri socialnih stikih in v spolnosti, ne pripisuje alkoholu zdravilnih, spodbujevalnih ali pomirjevalnih učinkov, ne spodbuja zmerne pitja alkohola oziroma ne postavlja v negativno luč tistih, ki ne pijejo alkohola, ter ne poudarja visoke vsebnosti alkohola kot pozitivne lastnosti alkoholne pijače.

V Sloveniji je bilo leta 2001 prej ohlapno urejeno področje oglaševanja alkoholnih pijač s 47. členom Zakona o medijih (ZMed) (49) oglaševanje alkoholnih pijač prek medijev in na nosilcih oglaševanja prepovedano razen, če je z zakonom določeno drugače. Proizvajalci alkoholnih pijač so lahko še naprej predstavljali ime svoje firme in se z njim v javnosti pojavljali kot sponzorji; v primeru pa, da je bilo ime pijače enako imenu proizvajalca, se je smel ta predstavljati le, če na nosilcu informacije ni bil viden/omenjen tudi alkoholni izdelek. Ta ureditev, je bila deležna nasprotovanja predvsem s strani Ministrstva za kmetijstvo, ki je menilo, da je treba tudi pri alkoholu upoštevati pravila svobodne konkurence in prostega pretoka blaga (50). Že leta 2002 je bilo tako tik pred sprejetjem Zakona o omejevanju porabe alkohola s 15., 15.a in 15.b členu Zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS-A) (25) v celoti prepovedano zgolj oglaševanje alkoholnih pijač, ki vsebujejo več kot 15 volumskih odstotkov alkohola. Za vse ostale alkoholne pijače zakon določa, da se lahko oglašujejo na nosilcih, kot so bilteni, katalogi, letaki in prospekti, ki so namenjeni oglaševanju in poslovnemu komuniciranju in na drugih nosilcih objavljanja informacij, razen ob cestah na plakatih, tablah, panojih in svetlobnih napisih. Zakon določa časovne omejitve za oglaševanje na radiu, televiziji in v kinematografih ter krajevne omejitve za oglase na nosilcih manj kot 300 metrov od vrtcev in šol in na stavbah, objektih in na pripadajočih zemljiščih, kjer se opravlja zdravstvena dejavnost ter dejavnost vzgoje, športa ter izobraževanja. Oglaševanje pijač je prepovedano tudi na športnih prireditvah in na prireditvah, namenjenih mladoletnim osebam. Glede vsebine oglasov zakon povzema Evropsko direktivo (48), na vseh oglasih pa morajo biti tudi zdravstvena opozorila.

Ob upoštevanju znanstvenih dokazov glede vpliva oglaševanja na pивske navade predvsem pri mladih in glede na priporočila SZO bi morali v Sloveniji predvsem:

1. razširiti popolno prepoved oglaševanja alkoholnih pijač na pijače, ki so namenjene predvsem mladim (alcopops);
2. prepovedati sponzorske aktivnosti, ki so namenjene promociji alkoholnih pijač;
3. posebno pozornost posvetiti promocijski prodaji, ki cilja predvsem na mlade;
4. zagotoviti sistem spremljanja in vrednotenja oglaševalskih sporočil za alkoholne pijače v vseh medijih, vključno z elektronskimi, ki bo zagotavljal informacije, potrebne za nadaljnje ukrepanje.

6.2.8 Zmanjšanje javnozdravstvenih posledic nezakonitega in neformalno pridelanega alkohola

V EU lahko približno 13 % vse porabe alkohola na odraslega prebivalca (15+) pripišemo neregistrirani porabi, kar je posledica neformalne in nedovoljene pridelave, čezmejnega nakupovanja in tihotapljenja, uživanja alkohola, ki ne sodi med alkoholne pijače (industrijski in medicinski alkohol, kozmetika), ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkoholnih pijač. Neregistrirana poraba alkohola ima ob zdravstvenih in drugih posledicah za posameznika tudi velike ekonomske posledice tako za državo zaradi izgube prihodkov iz davkov kot za gospodarstvo zaradi nelojalne konkurence. Med EU državami obstajajo pomembne razlike v neregistrirani porabi alkohola, Slovenija pa se po ocenah SZO uvršča med tiste države z visoko neregistrirano porabo (42).

Glede neregistrirane porabe alkohola SZO državam v svojih poročilih, strategijah in akcijskih načrtih priporoča, da predvsem izboljšajo spremljanje (sledenje) trošarinskih izdelkov z informatizacijo zbiranja in obdelave podatkov ter uvedbo davčnih nalepk, iz katerih je razvidno, kje in kdaj so bili davki plačani. Dober pregled nad obsegom in vrsto neregistrirane porabe je pogoj za ustrezno načrtovanje učinkovitega ukrepanje. V državah z visoko neregistrirano pridelavo in porabo alkohola smo lahko z ukrepi za povečanje količine obdavčenega alkohola celo bolj učinkoviti kot zgolj s povečanjem trošarin. Pri tem pa SZO opozarja, da nižji in enotni davki še ne pomenijo zmanjšanja tihotapljenja alkoholnih pijač. Ukrepi za zmanjševanje neregistrirane porabe alkohola so lahko učinkoviti le, če so del celovite alkoholne politike, ki vključuje tako nadzor nad kakovostjo alkoholnih pijač kot tudi informiranje in opozarjanje prebivalstva glede nevarnosti, ki jih lahko predstavljajo alkoholne pijače, ki niso predmet takšnega nadzora (3).

V Sloveniji morajo biti vsi pridelovalci in proizvajalci alkoholnih pijač ustrezno registrirani pri upravni enoti skladno s predpisi, ki urejajo gospodarske družbe, ali predpisi v kmetijstvu. Hkrati morajo biti registrirani tudi pri carinskem uradu kot trošarinski zavezanci v skladu z 62. členom Zakona o trošarinah (51) in morajo obračunavati ter plačevati trošarino v skladu s 33. do 35. členom tega zakona.

Pridelovalci grozdja in vina se morajo na primer po Zakonu o vinu vpisati v register pridelovalcev grozdja in vina (52). Čeprav je iz letalskih posnetkov razvidno, da imamo na ozemlju Republike Slovenije slabih 21.500 ha vinogradov, je v register vpisanih samo dobrih 16.000 ha vinogradov, pridelek pa se redno prijavlja iz 13.000 ha (53). Velik del neregistrirane pridelave tako deloma lahko pripišemo razdrobljenosti vinogradniških površin, deloma pa tudi izogibanju prijavi v register s ciljem izogibanja administrativnim postopkom, predvsem pa obdavčitvi. Zavezanci za vpis v register so zgolj pridelovalci, ki obdelujejo več kot 0,05 ha vinograda oziroma tudi manj, če pridelek tržijo. Pridelava za lastno uporabo, za katero zakon ne predvideva vpisa v register, še dodatno prispeva k velikemu obsegu neregistrirane porabe v Sloveniji. Pridelovalec za lastno uporabo je fizična oseba, ki obdeluje vinograd za pridelavo grozdja, vendar le za lastno uporabo, in pridelava manj kot 240 litrov vina letno na polnoletnega člana kmetijskega gospodarstva oziroma obdeluje manj kot 0,02 ha vinograda na polnoletnega člana kmetijskega gospodarstva in ne več kot 0,1 ha oziroma največ 500 trsov na kmetijsko gospodarstvo (54).

Dodaten problem lahko predstavljata dovoljen in nedovoljen vnos alkoholnih izdelkov iz drugih držav. V Slovenijo lahko na primer posameznik z enkratnim preходом meje pripelje 10 l žganja, 20 l vmesnih pijač, 90 litrov vina in 110 litrov piva, kar ni nikjer registrirano. Trenutno se verjetno ne soočamo z razmerami, kakršne poznajo Finci, zaradi nizkih cen alkohola v Estoniji, saj midsosedska primerjava (Avstrija, Italija, Slovenija, Hrvaška, Madžarska) cen v skupini hrana kaže, da so bile ravni cen v letu 2012 v primerjavi s Slovenijo za alkoholne pijače višje le na Hrvaškem (za 2 odstotni točki) (55).

Pri neregistriranem alkoholu predstavlja dodaten problem tudi pomanjkanje nadzora nad kakovostjo alkoholnih pijač, pri čemer je najbolj problematična kontaminiranost z metanolom. V nekaterih državah EU so zato prepovedali uporabo metanola kot sredstva za denaturacijo (40). Metanolu in drugim škodljivim agensom (visoka koncentracija etanola, acetaldehid, težke kovine, višji alkoholi, etil karbamat, dietil ftalat in nekatere biološko aktivne arome) se je pred leti pripisovala tudi izredno visoka pojavnost jetrne ciroze na Madžarskem, Hrvaškem in v Sloveniji. Te vzročne povezave za enkrat niso potrjene (56), so pa v novejših raziskavah ugotavljali prisotnost hepatotoksičnih snovi v neregistriranem alkoholu na Poljskem, Madžarskem in v Litvi (57).

Glede na priporočila SZO bi lahko v Sloveniji v prihodnje predvsem:

1. izboljšati nadzor nad proizvodnjo in prodajo alkoholnih pijač z na primer uvedbo davčnih nalepk;
2. vzpostavili učinkovit sistem spremljanja neregistrirane porabe alkohola, vključno z nadzorom nad njegovo kakovostjo.

6.2.9 Preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitve z alkoholom

S pitjem alkoholnih pijač je povezana cela vrsta negativnih posledic, med katere sodijo predvsem zastrupitve z alkoholom in namerne ter nenamerne poškodbe, gledano širše pa tudi z alkoholom povezane kronične bolezni, odvisnost od alkohola in fetalni alkoholni sindrom ter škoda, ki jo tisti, ki tvegano in škodljivo pijejo, povzročijo drugim (npr. prometne nezgode in nasilje). Omenjene posledice so bolj pogoste pri tistih, za katere je značilno visoko tvegano opijanje. V raziskavi Eurobarometer je leta 2006 v EU kar 80 milijonov ljudi poročalo, da so popili pet ali več pijač (50g alkohola) ob eni priložnosti v povprečju vsaj enkrat na teden v zadnjih 12ih mescih. Vsako leto sta v EU alkohol in še posebej visoko tvegano pitje povezana z 2.000 umori, 17.000 smrtmi v prometnih nezgodah, 27.000 smrtmi v drugih nezgodah, 10.000 samomori in s 16 % zlorab otrok, ki živijo v družinah, ki so obremenjene z alkoholom (58).

V nekaterih državah v zadnjih letih opažajo, da posamezniki v pivska okolja, kot so pivnice, klubi in bari, prihajajo vedno bolj pogosto že opiti, saj lahko alkohol v trgovini kupijo ceneje. Med takšne države sodi tudi Slovenija, kjer se je delež tistih, ki so alkohol kupovali v trgovini, med leti 1997 in 2010, povečal (42).

V Evropskem akcijskem načrtu za zmanjšanje tvegane in škodljive rabe alkohola SZO državam priporoča vrsto ukrepov v okoljih, kjer se pije alkohol, z namenom preprečevanja vožnje pod vplivom

alkohola in nasilja. Med take ukrepe uvrščamo: vse aktivnosti v podporo uveljavljanja zakonskih določb glede strežbe mladoletnim in opitim; usposabljanje osebja za odgovorno strežbo in ravnanje v primeru z alkoholom povezanega nasilnega vedenja; informacije o tveganjih, ki jih pitje alkohola predstavlja v času nosečnosti; priporočanje dnevni količin zaužitega alkohola za oba spola ter uvedbo zdravstvenih opozoril in označevanja vsebnosti alkohola na steklenicah in drugi embalaži alkoholnih pijač; zagotavljanje prevoza za preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola; in smernice za arhitekturno načrtovanje lokalov in njihovo opremo v smislu zagotavljanja čim večje varnosti (3).

Svetovna zdravstvena organizacija poudarja pomen programov zmanjševanja škode kot pomembnega dela alkoholne politike, za njihovo učinkovitost pa kot ključno sodelovanje različnih resorjev, trgovcev in lastnikov lokalov ter lokalne skupnosti in nevladnih organizacij. Ukrepi zmanjševanja škode so lahko učinkoviti le, če se hkrati rigorozno izvaja prepoved strežbe alkoholnih pijač mladoletnim in opitim ter omeji promocijske aktivnosti (npr. "happy hours"), odpiralne čase in gostoto lokalov v lokalni skupnosti. Ključna je tudi pripravljenost lastnikov lokalov za sodelovanje, na katero lahko vplivamo s podeljevanjem licenc za točenje alkohola, ki jih ob kršitvah lahko tudi vzamemo (3, 59).

V Sloveniji programe zmanjševanja škode v pivskih okoljih izvajajo predvsem nevladne organizacije. Večina jih je usmerjena v preprečevanje vožnje in nasilja pod vplivom alkohola in ozaveščanje mladih o posledicah tvegane in škodljive rabe alkohola (60). V okviru projekta Evropske komisije "Club Health", ki smo ga koordinirali v Sloveniji, je nastala vrsta orodij za hitro oceno stanja in usmeritev za zmanjševanje z alkoholom povezane škode v nočnem življenju, tako za lokalne skupnosti kot za osebje v nočnih lokalih (gradiva so na voljo tudi v slovenskem jeziku) (59).

Kot drugje v Evropi tudi v Sloveniji poseben problem predstavlja opijanje na javnih mestih. Na lokalni ravni se je že več občin odločilo, da v odlokih o javnem redu in miru prepovejo pitje in/ali opijanje na javnih mestih z namenom preprečevanja tvegane in škodljive rabe alkohola predvsem med mladimi (61).

Glede na priporočila SZO in projekta "Club Health" bi morali v Sloveniji v prihodnje:

1. več pozornosti nameniti usposabljanju strežnega osebja in zagotavljanju fizične varnosti v pivskih okoljih;
2. vzpostaviti lokalne akcijske skupine in sprejeti regijske in lokalne akcijske načrte za preprečevanje tvegane in škodljive rabe alkohola med mladimi v pivskih okoljih in v lokalni skupnosti na sploh;
3. preučiti možnost uvedbe licenc za točenje alkohola;
4. po vzoru Francije uvesti obvezna zdravstvena sporočila o tveganjih, povezanih z uživanjem alkohola v času nosečnosti in druga zdravstvena opozorila na embalaži alkoholnih pijač oziroma prehranskih izdelkov, ki vsebujejo alkohol.

6.2.10 Spremljanje in nadzor

Za uspešno izvajanje in posodabljanje alkoholne politike je nujno vzpostaviti učinkovit sistem spremljanja tvegane in škodljive rabe alkohola, njenih posledic in ukrepanja. Treba je zagotoviti tudi

učinkovit nadzor nad izvajanjem zakonskih ukrepov alkoholne politike. SZO priporoča, da se za izvajanje alkoholne politike sprejmejo akcijski načrti, ki vključujejo kazalnike za spremljanje napredka in redno poročanje strokovni in splošni javnosti (3).

Odbor za podatke, kazalnike in definicije pri EK je za spremljanje izvajanja in učinka EU strategije za podporo državam članicam pri zmanjševanju škode zaradi alkohola priporočil spremljanje treh ključnih kazalnikov: porabo alkohola v litrih čistega alkohola na odraslega prebivalca na leto (registrirana in neregistrirana); vzorce tvegane in škodljivega pitja alkohola (vnos najmanj 60g alkohola ob eni priložnosti najmanj enkrat na mesec v zadnjih 12 mesecih); in izgubljena leta življenja (angl. YLL – years of life lost), ki jih lahko pripišemo alkoholu tako iz naslova kroničnih bolezni kot poškodb. Ti podatki se že zbirajo v okviru sistema ECHIS (angl. European Community Health Indicators) in EUROSTAT-a. Glede na posamezne cilje strategije naj bi države EU spremljale tudi podatke o: rabi alkohola med otroki in mladostniki (ESPAD, HBSC); škodi, ki nastane zaradi rabe alkohola v nosečnosti (EUROCAT); z alkoholom povezanih nezgodah in smrtih v prometu (še ni primerljivih podatkov); pojavnosti z alkoholom povezanih kroničnih bolezni in duševnih bolezni in umrljivosti zaradi alkohola (EUROSTAT); in o ozaveščenosti o nevarnostih, ki jih predstavlja alkohol (Eurobarometer) (62).

Tudi SZO priporoča, da se zbirajo podatki vsaj o rabi alkohola v odrasli populaciji; rabi alkohola pri mladoletnikih; pojavnosti bolezni, ki so povezane z alkoholom; dostopnosti in cenovni dostopnosti alkohola; in o ekonomskem bremenu alkohola, vključno z zdravstveno škodo, kriminalom in z alkoholom povezanimi prometnimi nezgodami. Priporoča tudi spremljanje ukrepov in politik na področju alkohola ob tem pa poudarja, da morajo biti države še posebej pozorne na socialno ekonomske razlike med različnimi skupinami prebivalstva, ki bi lahko predstavljale vzrok ali posledico tvegane in škodljivega pitja alkoholnih pijač (3). SZO Urad za Evropo je v sodelovanju z EK vzpostavil spletno aplikacijo EISAH (The European Information System on Alcohol and Health), ki je del Globalnega informacijskega sistema (GISAH) za alkohol in zdravje in omogoča boljšo dostopnost primerljivih informacij in podatkov o alkoholu in zdravju v Evropi in tudi o alkoholni politiki, raziskovanju in zdravljenju na tem področju v posameznih državah članicah (63).

Slovenija je vključena v večino zgoraj navedenih baz podatkov in mednarodnih raziskav (glej poglavja 2, 3 in 4). Alkohol kot dejavnik tveganja spremljamo že vrsto let v periodični nacionalni raziskavi Z zdravjem povezan vedenjski slog (2001, 2004, 2008, 2012), v letu 2012 pa je bila zaključena tudi obsežna anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah, ki je zajela 15.200 prebivalcev Slovenije od 15 do 64 leta (64). V zadnjih letih je bila opravljena vrsta raziskav in pripravljenih analiz o med drugim mnenju ključnih akterjev o alkoholni politiki, neenakostih v zdravju in alkoholu, ključnih dejavnikih za tvegano in škodljivo pitje alkohola v odrasli populaciji; dejavnikih tveganja in varovalnih dejavnikih pri mladih ter o zdravljenju alkoholizma v Sloveniji (65–73).

V Sloveniji tudi zaradi neobstoja strategije in akcijskega načrta za izvajanje alkoholne politike za enkrat še nimamo nacionalnega nabora kazalnikov, ki bi vključeval spremljanje in poročanje o izvajanju alkoholne politike. O napredku alkoholne politike sicer redno poročamo v Evropski informacijski sistem o alkoholu in zdravju (EISAH), na nacionalni ravni pa predvsem na področju vožnje in alkohola, kjer obstajata strategija in akcijski načrt (NPVCP) (74). Med drugim se pri

načrtovanju ukrepanja kaže tudi velika potreba po na primer oceni bremena z alkoholom povezane škode za družbo in posameznika; po podatkih o količini in vzorcih pitja ter posledicah v nekaterih specifičnih skupinah prebivalstva (npr. starejši, pripadniki manjšin, nezaposleni); po podatkih o posledicah rabe alkohola v nosečnosti in po merjenju ekonomske uspešnosti in učinkovitosti ukrepov.

Nadzor nad izvajanjem zakonskih ukrepov alkoholne politike v Sloveniji izvajajo Policija, Zdravstveni inšpektorat RS (ZIRS), Tržni inšpektorat RS (TIRS) in Inšpektorat RS za delo, ki o svoji dejavnosti poročajo Vladi RS in javnosti (ZOPA, ZZUZIS-A, ZPrCP) (5, 25, 30). V zadnjem času se inšpekcijske službe in nevladne organizacije vedno bolj povezujejo v skupna prizadevanja za bolj dosledno upoštevanje zakonodaje, preprečevanje tvegane in škodljivega pitja alkohola predvsem pri mladih in zmanjševanje škode v pivskih okoljih. Tak primer povezovanja je sodelovanje pri preprečevanju opijanja na množičnih dogodkih, kot so na primer skoki v Planici in Maturantska četvorka (19).

Glede na priporočila EK, SZO in zaključke nacionalnih konferenc o alkoholni politiki, bi morali v Sloveniji prednostno:

1. zagotoviti celovit sistem spremljanja o tvegani in škodljivi rabi alkohola, njenih posledicah in o učinkovitosti ukrepanja;
2. zagotoviti spremljanje dostopnosti in cenovne dostopnosti alkohola;
3. zagotoviti ekonomsko oceno bremena, ki ga za posameznika in družbo predstavlja alkohol in sistem merjenja ekonomske uspešnosti in učinkovitosti ukrepov alkoholne politike;
4. vzpostaviti sistem spremljanja posledic tvegane in škodljive rabe alkohola v nosečnosti;
5. zagotoviti podatke o tvegani in škodljivi rabi alkohola v različnih skupinah prebivalstva (npr. ženske, mladi, starejši, etnične skupine, brezposelni) s predlogi specifičnih ukrepov;
6. zagotoviti celovita periodična poročila o rabi alkohola, vzorcih pitja, posledicah tvegane in škodljive rabe alkohola in izvajanju ukrepov alkoholne politike na nacionalni in regionalni ravni ter vzpostaviti sistem za redno poročanje in širjenje informacij in dobrih praks.

6.3 Ključne ugotovitve

V Sloveniji potekajo številne aktivnosti na področju zdravja in alkohola, ki pa med sabo niso ustrezno povezane v celovit pristop za zmanjševanje škode, ki jo za družbo in posameznika lahko predstavlja alkohol. Zato bi morali čim prej sprejeti celovito strategijo, ki bi temeljila na dokazano učinkovitem ukrepanju in bi povezala ključne akterje na nacionalni, regijski in lokalni ravni v skupna prizadevanja za zmanjšanje škode, ki jo za družbo in posameznika predstavlja tvegana in škodljiva raba alkohola.

Z akcijskimi načrti bi morali opredeliti prednostne naloge, njihove izvajalce in potrebna sredstva za njihovo izvajanje za vsa ključna področja alkoholne politike: vodenje in ozaveščanje, ukrepanje v zdravstvu, lokalni skupnosti, na delavnem mestu in v izobraževalnih ustanovah, na področju vožnje in alkohola, omejevanje cenovne in druge

dostopnosti alkohola ter tržnega komuniciranja alkoholnih pijač, preprečevanja posledic neformalne ter nedovoljene pridelave, ponudbe in prodaje alkoholnih pijač, preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitve z alkoholom ter spremljanje in nadzor nad porabo alkohola, posledicami tvegane in škodljive rabe alkohola in ukrepanjem.

Na vseh področjih dela bo treba okrepiti kadrovske kapacitete in bolje povezati izvajalce alkoholne politike znotraj zdravstva, med različnimi resorji in na nivoju lokalne skupnosti. Za razvoj alkoholne politike je prav zaradi omejenih kadrovskih kapacitet nujno nadaljnjo intenzivno vključevanje v mednarodne projekte in mreže.

Za zagotavljanje razvoja na tem področju bo treba v prihodnje zagotoviti celovit sistem spremljanja rabe alkohola, njenih posledic in izvajanja alkoholne politike. Pomemben del sistema spremljanja mora biti tudi redno poročanje o stanju in napredku odločevalcem in široki javnosti ter zagotavljanje priložnosti za izmenjavo informacij, izkušenj in dobrih praks.

Ena od ključnih nalog alkoholne politike mora biti vsekakor tudi vzpostavitev sistema vrednotenja programov in ukrepov alkoholne politike glede na njihovo kakovost, dostopnost in cenovno učinkovitost.

6.4 Literatura

1. WHO. Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 2006
2. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO, 2010. Pridobljeno 30. 4. 2013 s spletne strani: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf.
3. WHO. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: WHO, 2012.
4. WHO. Handbook for action to reduce alcohol related harm. Copenhagen: WHO, 2009.
5. Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA). Uradni list RS, št. 15/2003.
6. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007.
7. WHO. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol related harm. Copenhagen: WHO, 2009.
8. Chisholm D, Rehm J, Ommeren M, Monteiro M. Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: A Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studies on Alcohol* 2004; 65(6): 784–93.
9. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2010.
10. Rehm J, Gnam HG, Popova S, Patra J, Sarnocinska-Hartet A. Avoidable cost of alcohol abuse in Canada 2002 – Highlights. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2008.
11. WHO. Choosing interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE). Pridobljeno 22. 10. 2013 s spletne strani: <http://www.who.int/choice/en/>.
12. WHO. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Pridobljeno 15. 8. 2013 s spletne strani: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf.
13. WHO. Status report on alcohol and health in 35 European countries. Copenhagen: WHO/Europe, 2013.
14. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2003.
15. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe, A public health perspective: A report for the European Commission, London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
16. Deutsche Hauptstelle für Suhtfragen e.V. (DHS). Consumer labelling and alcoholic drinks. Hamm: DHS, 2008.

17. Eurobarometer. Attitudes towards alcohol (2009). Pridobljeno 10. 6. 2013 s spletne strani: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_331_en.pdf.
18. Resolucija nacionalnega programa varnosti cestnega prometa za obdobje 2013 do 2022 (Skupaj za večjo varnost). Pridobljeno 15. 7. 2013 s spletne strani: http://www.avp-rs.si/images/dokumenti/novice/SRKV/nacionalni/nacionalni_program_2013_2022.pdf.
19. Seznam aktivnosti za zmanjšanje tveganega in škodljivega pitja alkoholnih pijač med mladimi na dan ulične maturantske četvorke, 24. maja 2013. Pridobljeno 10. 6. 2013 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/preventivna_akcija_0_0_sofer_2013/seznam_ukrepov_2013_ulicna_maturantska_cetvorka_24_maj.pdf.
20. Letni programi IVZ in ZZV RS od leta 2006 do leta 2012. Pridobljeno 10. 6. 2013 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/dejavnosti_ivz_rs_in_zzv_jev/letni_programi_zzv_in_ivz_rs_od_leta_2006_do_2012/.
21. Pogosta vprašanja in odgovori. Pridobljeno 10. 6. 2013 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/sector_za_krepitev_zdravja_in_zdrav_zivljenjski_slog/alkohol/pogosta_vprasanja_in_odgovori/.
22. II. nacionalna konferenca o alkoholni politiki (2012). Pridobljeno 10. 6. 2013 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article//6560/.
23. 0,0 šofer trezna odločitev (Izvedbeni načrt preventivne akcije, 2012). Pridobljeno 10. 6. 2013 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/akcija_00_sofer/Preventivna_akcija_00_sofer_2012_140512.pdf.
24. Javni razpis na področju varovanja in krepitve zdravja 2011/2012. Pridobljeno 10. 6. 2013 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/javni_razpis_20132014/arhiv_javni_razpis_na_podrocju_varovanja_in_krepitve_zdravja_20112012/.
25. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS-A). Uradni list RS, št. 42/2002.
26. Edwards G. Alcohol policy and the public good. Oxford: Oxford University Press, 1995.
27. 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. Slovenski prevod: Kolšek M, editor. Alkohol in osnovno zdravstvo – Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.
28. Anderson P. The risk of alcohol – what general practice can do. Njmegen: Drukkerij Quackprint, 2003.
29. Primary health care European project on alcohol - PHEPA. Pridobljeno 14. 7. 2013 s spletne strani: <http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html>.
30. Zakon o pravilih cestnega prometa (ZPrCP). Uradni list RS, št. 109/2010.
31. Petrič VK. Obravnava tveganega in škodljivega pitja ter odvisnosti od alkohola v zdravstvu v kontekstu celovite alkoholne politike. 5. dnevi prekrškovnega prava – DPP 2010; 5: 36–47.
32. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor. Center za preprečevanje odvisnosti. Oblike pomoči. Pridobljeno 14. 7. 2013 s spletne strani: <http://cpo.zzv-mb.si/oprojektu-03-oblike-pomoci.html>.
33. Pihlar T. Zasvojenost v starosti. Kakovostna starost: Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Pridobljeno 8. 9. 2013 s spletne strani: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=956>
34. Lipar T. Zloraba starejših in alkohol. Kakovostna starost: Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Pridobljeno 8. 9. 2013 s spletne strani: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1189>.
35. Kravos M, Malešič I. Bolnišnično zdravljenje odvisnih od alkohola v vzhodni Sloveniji. Zdrav Vestn 2011; 80: 258–67.
36. Pomoč. Pridobljeno 1. 9. 2013 s spletne strani: <http://www.infomosa.si/pomoc/>.
37. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1). Uradni list RS, št. 43/2011.
38. Alcohol Related Harm – Key data, 2006. Pridobljeno 22. 10. 2013 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf.
39. Sethi D, Francesca Racioppi F, Mitis F. Youth and Road Safety in Europe - Policy Briefing. Copenhagen: WHO, 2007
40. Sporočilo komisije svetu, evropskemu parlamentu, ekonomskosocialnemu odboru in odboru regij. Strategija EU za podporo državam članicam pri zmanjševanju škode zaradi uživanja alkohola. Pridobljeno 10. 8. 2013 s spletne strani: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0625:FIN:SL:PDF>.
41. 0,0 šofer trezna odločitev (Izvedbeni načrt preventivne akcije, 2013). Pridobljeno 15. 8. 2013 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/preventivna_akcija_0_0_sofer_2013/Preventivna_akcija_00_sofer_2013.pdf.
42. WHO. Alcohol in the European Union. Copenhagen: SZO, 2012.

43. European Commission, Excise duty tables, Brussels, July 2013. Pridobljeno 10. 8. 2013 s spletne strani: http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/alcoholic_beverages/rates/excise_duties-part_i_alcohol_en.pdf.
44. Poslovno poročilo tržnega inšpektorata RS za leto 2012. Pridobljeno 10. 8. 2013 s spletne strani: <http://www.ti.gov.si/fileadmin/ti.gov.si/pageuploads/dokumenti/TirsPoslovnoPorocilo2012.pdf>.
45. Poročilo o delu zdravstvenega inšpektorata leto 2011. Pridobljeno 10. 8. 2013 s spletne strani http://www.zi.gov.si/fileadmin/zi.gov.si/pageuploads/porocila_o_delu/Leto2011/Letno_porocilo__o__delu__ZIRS__2011.pdf.
46. Letno poročilo inšpektorata Republike Slovenije za šolstvo in šport za leto 2012. Pridobljeno 10. 8. 2013 s spletne strani: http://www.iss.gov.si/fileadmin/iss.gov.si/pageuploads/letna_porocila/POROCILO_INSPEKTORATA_2012.pdf.
47. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and alcoholism* 2009; 44(3): 229–43.
48. Council Directive 89/552/EEC of 3 October 1989 on the coordination of certain provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in Member States concerning the pursuit of television broadcasting activities. Brussels: European Commission, 1989. Pridobljeno 1. 9. 2013 s spletne strani: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1989:298:0023:0030:EN:PDF>.
49. Zakon o medijih (ZMed). Uradni list RS, št. 35/2001.
50. Teja Bezeg. Oglaševanje pijač v slovenskem tisku. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani, 2003.
51. Zakon o trošarinah (ZTro-UPB8). Uradni list RS, št. 97/10.
52. Pravilnik o spremembah in dopolnitvi Pravilnika o registru pridelovalcev grozdja in vina. Uradni list RS, št. 62/2009.
53. Stanje na področju vinogradništva in vinarstva v Sloveniji. Pridobljeno 22. 10. 2013 s spletne strani: http://www.mko.gov.si/si/delovna_podrocja/kmetijstvo/kmetijski_trgi/vino/opis_stanja_v_panogi/.
54. Uredba o uravnavanju obsega vinogradniških površin. Uradni list RS, št. 103/2003.
55. Statistični urad RS – Ravni cen hrane, pijače in tobaka, evropske države, 2012 - končni podatki. Pridobljeno 15. 9. 2013 s spletne strani http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5589.
56. Lachenmier DW, Haupt S, Schulz K. Defining maximum levels of higher alcohols in alcoholic beverages and surrogate alcohol products. *Regulatory toxicology and Pharmacology* 2008; 50: 313–21.
57. Lachenmier DW, Schoeberl K, Kanteres F, Kuballa T, Sohnius EM, Rehm J. Is contaminated unrecorded alcohol a health problem in the European Union? A review of existing and methodological outline for future studies. *Addiction* 2011; 106(S1): 20-30.
58. Deutsche Hauptstelle für Suhtfragen e.V. (DHS). Binge drinking and Europe. Hamm: DHS, 2008.
59. Club Health. Pridobljeno 22. 10. 2013 s spletnih strani: www.club-health.eu in <http://www.institut-utrip.si/projekti/>.
60. Seznam preventivnih programov. Pridobljeno 12. 9. 2013 s spletne strani: http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi.
61. Prepoved popivanja na javnih površinah, ki niso določene za točenje alkoholnih pijač, je lahko učinkovit ukrep. Pridobljeno s spletne strani: 11. 8. 2013 http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=12&pi=5&_5_id=2143&_5_PageIndex=0&_5_groupId=180&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&p=12-5.0.
62. European Community Health Indicators (ECHI). Pridobljeno 22. 10. 2013 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/indicators/committees/alcohol_subindicators_draft_6_2010-02-22.pdf.
63. Global Information System on Alcohol and Health. Pridobljeno 22. 10. 2013 s spletne strani: <http://apps.who.int/gho/data/view.main-euro?showonly=GISAH>.
64. Lavtar D, Koprivnikar H, Zorko M, Drev A, Rostohar K, Breznikar D. Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS (v tisku).
65. Radoš Krnel S. Management interesnega vidika alkoholne politike v republiki sloveniji. Doktorska disertacija. Koper: Fakulteta za management, 2012.
66. Radoš Krnel S, Kamin T, Košir M, Markič M. Stakeholders' interests identified through their views on the alcohol policy measures in Slovenia. *Zdravstveno varstvo* 2010; 49(2): 86–98.
67. Radoš Krnel S, Albreht T, Omerzu M, Švab I, Markič M. Mnenje akterjev o izvajanju aktivnosti na področju alkoholne politike v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik* 2011; 80(6): 458–68.
68. Uživanje alkohola. In: Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S et al., editors. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 39–40.
69. Boben D, Boben-Bardutzky D, Čebašek-Travnik Z, Ferlan Istinič M, Petrič KV, Sorko N, et al. Sodobni pristopi s področja motivacije posameznikov za krepitev zdravega življenjskega sloga: analiza nekaterih ključnih dejavnikov pitja alkohola odraslih prebivalcev. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, 2013.
70. 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.

71. Ramovš J, Ramovš K. Varovalni dejavniki pred škodljivim pitjem mladih. Raziskovalni rezultati projekta Varovalni dejavniki pred zlorabo alkohola med mladimi. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2011.
72. Boben-Bardutzky D, Boben D, Čebašek-Travnik Z, Ivačič M, Sorko N, Zorko M. Odraščanje z ali brez alkohola? Rezultati raziskave med slovenskimi srednješolci. Ljubljana: Društvo žarek upanja, 2009.
73. Čebašek-Travnik Z. Alcoholism treatment in Slovenia - from the past to the future. *Alcoholism* 2004, 40(2): 139–44.
74. Nacionalni program varnosti cestnega prometa za obdobje 2012 do 2021 – Skupaj za večjo varnost. Pridobljeno 12. 9. 2013 s spletne strani: [http://www.avp-rs.si/avp/avp-si.nsf/0/FD9E1C9AAFAF603CC22578860035AA82/\\$FILE/Nacionalni%20program_3_5_2011.pdf](http://www.avp-rs.si/avp/avp-si.nsf/0/FD9E1C9AAFAF603CC22578860035AA82/$FILE/Nacionalni%20program_3_5_2011.pdf).

PREGLED UČINKOVITOSTI UKREPANJA

*Maja Zorko, Maja Bajt, Tadeja Hočevar, Nataša Blažko,
Vesna Kerstin Petrič, Sanja Vuzem*

7

7. PREGLED UČINKOVITOSTI UKREPANJA

Država ima pri preprečevanju in odpravljanju škode zaradi tvegane in škodljive rabe alkohola na voljo vrsto ukrepov, ki so dokazano učinkoviti (glej poglavje 6). V tem poglavju so ukrepi predstavljeni po posameznih področjih glede na njihovo učinkovitost, podprtost z raziskavami, stroškovno učinkovitost in stanje ukrepa v Sloveniji. Tabela je namenjena načrtovalcem alkoholne politike kot tudi izvajalcem, ki bodo v svoje projekte in programe vključevali posamezne ukrepe. Kot je bilo v tej publikaciji večkrat poudarjeno (glej poglavje 1 in 6), načeloma velja, da smo lahko najbolj uspešni, kadar povežemo posamezne učinkovite ukrepe v celovito alkoholno politiko.

Legenda k preglednici 7.1

Učinkovitosti	Podprtost z raziskavami	Stroškovna učinkovitost	Stanje ukrepa v Sloveniji
*** zelo učinkovit	*** ^a končanih pet ali več študij o učinkovitosti (1, 2, 3, 5) *** ^b izvedenih je bilo toliko študij učinkovitosti, da so mogoče metaanalize (4)	*** nizki stroški uveljavljanja in izvrševanja	DA
** zmerno učinkovit	** ^a končane 2–4 študije o učinkovitosti (1, 2, 3, 5) ** ^b narejenih je bilo več študij učinkovitosti, včasih tudi v različnih državah, vendar na voljo ni preglednih analiz (4)	** srednje visoki stroški uveljavljanja in izvrševanja	DELNO
* delno učinkovit	* ^a končana samo ena študija o učinkovitosti (1, 2, 3, 5) * ^b izvedeni sta bili ena ali dve študiji učinkovitosti (4)	* visoki stroški uveljavljanja in izvrševanja	NE
O ni dokazov o učinkovitosti	O ^a ni bilo izvedenih študij o učinkovitosti (1, 2, 3, 5) O ^b ni bilo izvedenih študij o učinkovitosti (4)	O zelo visoki stroški uveljavljanja in izvrševanja	
? ni bilo izvedenih (dovolj) študij, na osnovi katerih bi lahko skleпали o učinkovitosti	? ^a ni dovolj dokazov (1, 2, 3)	? ni informacij o stroškovni učinkovitosti ali stroškovne učinkovitosti ni možno oceniti / v literaturi nismo zasledili podatka	

7.1 Preglednica učinkovitosti ukrepanja

Preglednica 7.1: Predlogi ukrepov z ocenjeno učinkovitostjo (učinkovitost, podprtost z raziskavami, stroškovna učinkovitost) (1–6)⁴⁵ in stanjem ukrepa v Sloveniji⁴⁶

PODROČJE UKREPA	UČINKOVITOST	PODPRTOST Z RAZISKAVAMI	STROŠKOVNA UČINKOVITOST	OPOMBE	STANJE UKREPA V SLOVENIJI
Vožnja pod vplivom alkohola					
Znižanje dovoljene vsebnosti alkohola v krvi – najvišja dovoljena raven alkohola v krvi je 0,5 g/l. Postopno zniževanje najvišje dovoljene ravni do 0,2 g/l	***	*** ^a	***	Nižja kot je najvišja dovoljena raven alkohola v krvi, večji je učinek.	DA 0,5g/kg krvi (ZPrCP, 105. člen) (7).
Nizka dovoljena vsebnost alkohola v krvi za mlade voznike – najvišja dovoljena raven alkohola v krvi je 0,0 g/l za mlade voznike, voznike javnega prevoza in voznike težkih tovornih vozil	***	** ^a	***	Pokazal se je jasen učinek pri mladostnikih, ki so stari manj, kot je zakonsko določena starostna meja za pitje in/ali nakup alkohola.	DA (ZPrCP, 105. člen) (7).
Naključno preverjanje vsebnosti alkohola v izdihanem zraku	***	** ^a	*	Učinek je odvisen od števila voznikov, ki jih ukrep doseže. Učinek je večji, če se ukrep izvaja dosledno in medijsko odmevno.	DA 0,24 mg/l izdihanega zraka (ZPrCP, 105. člen) (7).
Odvzem vozniškega dovoljenja	**	** ^a	**	Učinkovit ukrep, kadar odvzem hitro sledi prekršku in v državah, kjer se izvaja dosledno.	DA (ZPrCP, 107. člen) (7).
Postopno pridobivanje vozniškega dovoljenja	**	** ^a	***		DA Od 16. do 18. leta vožnja s spremljevalcem (ZVoz, 51. člen) (8) in obvezna udeležba v rehabilitacijskih programih pred ponovnim opravljanjem vozniškega izpita (ZVoz, 45. člen) (8).
Kampanje množičnih medijev na temo vožnje pod vplivom alkohola	**	* ^a	*		DA (9)
Programi v skupnosti; vključno s programi izobraževanja inštruktorjev v šolah vožnje	**	** ^a	*		DA (9)
Posebna območja za preverjanja vsebnosti alkohola pri voznikih (angl. sobriety check points)	**	*** ^b	?	Praviloma kratkoročni učinek policijskih kampanj.	DA Se izvaja v okviru preventivnih akcij.
Blokada vžiga avtomobila ob alkoholiziranosti voznika (angl. alcohol locks oziroma ignition interlock)	*	* ^a	*		NE

Preglednica 7.1 se nadaljuje ...

⁴⁵ Predlogi ukrepov z ocenjeno učinkovitostjo so nastali na podlagi več virov in so prikazani z dovoljenjem avtorjev (1–6).

⁴⁶ Stanje ukrepa v Sloveniji so avtorice prikazale na podlagi pregleda več virov (7–12, 20–23).

PODROČJE UKREPA	UČINKOVITOST	PODPRTOST Z RAZISKAVAMI	STROŠKOVNA UČINKOVITOST	OPOMBE	STANJE UKREPA V SLOVENIJI
Vožnja pod vplivom alkohola					
Izobraževalni programi za zaposlene v strežbi in odškodninska odgovornost	*	** ^a	*		DELNO Izobraževanja za zaposlene v strežbi niso zakonsko obvezna. Z denarno kaznijo se kaznujejo pravna oseba, odgovorna oseba pravne osebe in posameznik v zvezi s samostojnim opravljanjem dejavnosti, ki streže osebi, ki kaže znake opitosti, ter kdor omogoči osebi, mlajši od 18 let, pitje alkoholne pijače na javnem mestu (ZOPA, 16. člen) (10). V določenih regijah Slovenije se izobraževanja zaposlenih v strežbi izvajajo projektno (9).
Strožja kazen, če je prekršek narejen pod vplivom alkohola	O/*	**	?	Mešani podatki o učinkovitosti obveznih ali strožjih ukrepov za vožnjo pod vplivom alkohola. Učinek upade s časom, razen če ga spremljajo medijske objave.	DA (ZPrCP, 23., 24. in 107. člen) (7).
Zagotavljanje sredstev službam za hitro odzivanje (policija, reševalna služba, gasilci) za povečevanje razpoložljivosti in dostopnosti svetovalnih programov, ki so namenjeni zmanjšanju vožnje pod vplivom alkohola	*	* ^a	*		DA Uveden zdravstveni pregled s svetovanjem (ZVoz, 76. člen) (8) in vzpostavljen sistem rehabilitacijskih programov glede na stopnjo alkoholiziranosti voznika (edukacijske delavnice, psihosocialne delavnice, programi zdravljenja) (ZVoz, 45. člen) (8).
Predhodna določitev voznika, ki na zabavi ne pije, oziroma zagotavljanje prevoza opitim	O	* ^a	**	Negativen učinek na sopotnike, saj jim sporoča, da lahko pijejo več. Nima vpliva na nezgode, ki nastanejo pod vplivom alkohola.	DELNO Zagotavljanje prevoza v nekaterih regijah v okviru projekta (9).
Izobraževalni tečaji, vključeni v šolske programe	?/O	* ^a	*		DA V učnih načrtih so predvidene vsebine o vožnji in alkoholu (11). Vsebine se izvajajo tudi projektno (9).
Omejevanje dostopnosti alkohola					
Določena spodnja starostna meja za uživanje alkohola	***	*** ^a	**		NE
Državna prodaja alkohola na drobno (državni monopol nad prodajo alkohola)	***	*** ^a	***	Učinkovit način omejevanja porabe alkohola in zmanjšanja škode, ki nastane zaradi alkohola.	NE

Preglednica 7.1 se nadaljuje ...

PODROČJE UKREPA	UČINKOVITOST	PODPRTOST Z RAZISKAVAMI	STROŠKOVNA UČINKOVITOST	OPOMBE	STANJE UKREPA V SLOVENIJI
Omejevanje dostopnosti					
Prepoved prodaje	***	*** ^b	/	Neučinkovito brez izvajanja nadzora. Ukrep sicer zmanjša porabo in v določeni meri tudi škodo, povzročeno zaradi pitja alkohola, obstaja pa nevarnost črnega trga.	DELNO Prepovedana je prodaja in ponudba alkoholnih pijač (ZOPA, 7. člen) (10): - v stavbah in na funkcionalnih zemljiščih, kjer se opravlja dejavnost vzgoje, izobraževanja in zdravstvena dejavnost, - v športnih objektih, v katerih poteka športna prireditve, eno uro pred začetkom in med športno prireditvijo, - med delovnim časom na delovnem mestu (ZOPA, 12. člen) (10), prepovedana je prodaja alkoholnih pijač osebam, ki kažejo očitne znake opitosti od alkohola.
Določena spodnja starostna meja za prodajo alkoholnih pijač	***	*** ^b	/	Učinkovit ukrep za zmanjšanje prometnih nezgod s smrtnim izidom in druge škode.	DA Prepovedana je prodaja in ponudba alkoholnih pijač mlajšim od 18 let (ZOPA, 7. člen) (10).
Omejevanje gostote prodajnih mest	**	*** ^b	***	Dokazano zmanjšanje porabe in težav, povezanih z alkoholom. Zmanjševanje števila prodajnih mest ima največji učinek na območjih, kjer je bila dostopnost že predhodno slabša. Kopičenje prodajnih mest na območjih, ki so namenjena zabavi, lahko poveča število kršitev javnega reda in miru.	NE
Omejen čas in dnevi prodaje	**	** ^b	***	Učinkovit ukrep, če res pomeni zmanjšanje dostopnosti do alkohola. Učinkovit ukrep na območjih, kjer je nočno nasilje povezano z urami prodaje alkoholnih pijač.	DA Prepovedana je prodaja alkoholnih pijač med 21. uro in 7. uro naslednjega dne v trgovinah, prepovedana je prodaja žganih pijač v gostinskih obratih od začetka dnevnega obratovalnega časa do 10. ure dopoldan (ZOPA, 10. člen) (10).
Omejevanje prodaje alkohola določenim posameznikom (angl. rationing)	**	** ^b	/	Večji vpliv na tvegane pive alkohola.	DA Prepovedana je prodaja alkoholnih pijač osebam, mlajšim od 18 let, in tistim, ki kažejo očitne znake opitosti od alkohola (ZOPA, 7. člen) (10).

Preglednica 7.1 se nadaljuje ...

PODROČJE UKREPA	UČINKOVITOST	PODPRTOST Z RAZISKAVAMI	STROŠKOVNA UČINKOVITOST	OPOMBE	STANJE UKREPA V SLOVENIJI
Omejevanje dostopnosti					
Različna dostopnost alkoholnih pijač glede na stopnjo vsebnosti alkohola	**	** ^b	/		DA Prepovedana je prodaja žganih pijač v gostinskih obratih od začetka dnevnega obratovalnega časa do 10. ure dopoldan (ZOPA, 10. člen) (10).
Prepoved pitja alkoholnih pijač na javnih površinah	?	** ^b	/	Vpliv na mlade in visoko tvegane pive iz marginaliziranih skupin. Ne vpliva na zmanjšanje škode, če ti pivci pijejo drugje.	DELNO Ukrep se izvaja glede na odločitev lokalnih oblasti (12).
Kratko svetovanje, preventivni programi (na področju zdravstva in socialnega varstva) in zdravljenje⁴⁷ (13-21)					
Kratko svetovanje tveganim pivcem v primarnem zdravstvu	***	*** ^a	**	Zelo učinkovit ukrep, ovire so pomanjkanje znanja in časa zdravnikov za izvajanje.	DELNO Ukrep se izvaja glede na odločitev lokalnih oblasti (12).
Detoksikacija	***	** ^b	/	Varen in učinkovit način zdravljenja odtegnitvenih simptomov.	DA Izvaja se v okviru zdravstvenega sistema.
Programi v delovnem okolju	**	* ^a	*		DELNO Izvaja se projektno (9).
Kratko svetovanje v nujni medicinski pomoči	**	** ^a	**		NE
Skupine za samopomoč	**	** ^b	/	Izvedljivo dopolnilo oziroma alternativa formalnemu zdravljenju v veliko državah.	DA (22)
Pogovorne, psihološke terapije	**	*** ^b	/		DA (ZVoz, 45. člen) (8).
Programi socialnega varstva	*	* ^a	*		DA
Programi za nosečnice	*	* ^a	*		DA Izvaja se v okviru šole za starše, ki vsebuje predavanja o zdravem načinu življenja (23).
Obvezno zdravljenje za voznike povratnike	*	** ^b	/	Kaznovalni in prisilni pristopi imajo časovno omejen učinek, včasih odvrnejo pozornost od bolj učinkovitih intervencij.	DA (ZVoz, 45. člen) (8).

Preglednica 7.1 se nadaljuje ...

⁴⁷ Organizacija, načini ter možnosti obravnave odvisnosti od alkohola v Sloveniji so opisani v publikacijah 13-21.

PODROČJE UKREPA	UČINKOVITOST	PODPRTOST Z RAZISKAVAMI	STROŠKOVNA UČINKOVITOST	OPOMBE	STANJE UKREPA V SLOVENIJI
Spreminjanje pivskih okolij					
Odgovornost strežnega osebja	**	** ^b	***		NE Zaposleni v strežbi odškodninsko niso odgovorni, z denarno kaznijo pa se kaznujejo pravna oseba, odgovorna oseba pravne osebe in posameznik v zvezi s samostojnim opravljanjem dejavnosti, ki streže osebi, ki kaže znake opitosti, ter kdor omogoči osebi, mlajši od 18 let, pitje alkoholne pijače na javnem mestu (ZOPA, 16. člen) (10).
Aktivno izvajanje zakonodaje	**	* ^a	*		DA Inšpekcijski in policijski nadzor (ZOPA, 15. člen) (10).
Izobraževanje zaposlenih v gostinstvu za obvladovanje nasilnega vedenja opitih	**	* ^b	/		DELNO Projektno se izvaja v nekaterih regijah (9).
Zagotavljanje dostopnosti javnega prevoza	?	* ^a	*		DELNO Redne linije do določene ure v večjih mestih.
Zagotavljanje varnejšega okolja v gostinskih obratih	?	O ^a	**		DELNO Projektno se izvaja v nekaterih regijah (9).
Izobraževanje zaposlenih v gostinstvu in hišna pravila v gostinstvu o odgovorni rabi alkohola	O/*	*** ^b	/		DELNO Projektno se izvaja v nekaterih regijah (9).
Prostovoljno postavljanje pravil glede strežbe alkoholnih pijač s strani gostincev	O	* ^b	/	Neučinkovito, če je popolnoma prostovoljno.	NE Pravila so določena zakonsko (ZOPA, 7. člen) (10).
Zaprtje licenciranih ponudnikov alkoholnih pijač v poznih nočnih urah	?	* ^b	/		NE V Sloveniji ni sistema licenciranja.
Cene alkohola					
Obdavčitev – zvišanje minimalnih davčnih stopenj, v skladu z inflacijo, za vse alkoholne pijače; stopnje naj bodo vsaj sorazmerne z vsebnostjo alkohola	***	*** ^a	***	Obdavčitev zmanjša uživanje alkohola in škodo. Učinkovitost je odvisna od pregleda in nadzora države nad celotno dobavo alkoholnih pijač.	DELNO Slovenija ima uvedeno trošarino na pivo, vmesne pijače in etilni alkohol. Za vino in fermentirane pijače je trošarina 0 EUR (ZTro-UPB837-46. člen) (24), uredba o določitvi zneska trošarine za alkohol in alkoholne pijače, 1. člen). Trošarina se ne usklajuje z inflacijo.
Določitev cene glede na vsebnost alkohola v pijači	*	* ^b	/	Višje cene za žgane pijače povzročijo preobrat k uživanju pijač z nižjo vsebnostjo alkohola. Spodbudni so dokazi davčnih olajšav na nizkoalkoholne pijače.	NE

Preglednica 7.1 se nadaljuje ...

PODROČJE UKREPA	UČINKOVITOST	PODPRTOST Z RAZISKAVAMI	STROŠKOVNA UČINKOVITOST	OPOMBE	STANJE UKREPA V SLOVENIJI
Cene alkohola					
Dodatna obdavčitev za mešane gazirane alkoholne pijače (angl. alcopops) in pijače, ki so namenjene mladim	*	* ^b	/	Višja cena dokazano zmanjšuje porabo tovrstnih pijač pri mladih.	NE
Minimalna določena cena	?	* ^b	/	Ukrep temelji na teoriji cene, malo dokazov o učinkovitosti. Ker gre za trgovinske politike, je implementacija težje izvedljiva, mogoča je le prek sprememb davčne politike.	NE
Prepoved akcijskih in promocijskih cen za alkoholne pijače	?	* ^b	/	Učinkovitost je odvisna od razpoložljivosti alternativnih oblik cenovno dostopnega alkohola.	NE
Programi v lokalni skupnosti					
Programi v lokalni skupnosti	**	** ^a	*		DA Izvaja se projektno (9).
Omejevanje oglaševanja					
Omejevanje izpostavljenosti	*/**	*** ^b	***	Večji vpliv na pitje alkohola pri mladih, ki pijejo tvegano, manjši in nepomemben vpliv na porabo čistega alkohola na nivoju populacije. Potrebna pazljivost, da se oglaševanje ne preseli na medije, ki so manj nadzorovani (internet, ...).	DA Prepovedano je oglaševanje alkoholnih pijač, ki vsebujejo več kot 15 vol. % alkohola, alkoholne pijače z manj kot 15 vol. % alkohola je prepovedano oglaševati na radiu in televiziji med 7. in 21.30. uro, v kinematografih pa pred 22. uro (ZZUZIS-A, 5. člen) (25), prepovedano je je oglaševanje na panojih, tablah, plakatih ali svetlobnih napisih, ki so od vrtcev in šol oddaljeni manj kot 300 metrov (ZZUZIS-A, 6. člen) (25).
Nadzor nad vsebino	?	O ^b	**	Obstajajo dokazi, da vsebina oglasov vpliva na rabo alkohola, ni pa dokazov o učinkovitosti samonadzora s strani alkoholne industrije.	DA Oglaševalsko sporočilo za alkoholne pijače z manj kot 15 vol. % mora izpolnjevati različne pogoje, npr. vsebovati mora zdravstveno opozorilo, ne sme biti namenjeno mladim, ne sme povezovati uživanja alkohola s povečano telesno zmogljivostjo, vožnjo v prometu, z uspehom v družbenem in spolnem življenju, ne sme se pojavljati v okolici vrtcev in šol itd. (ZZUZIS-A, 6. člen) (25).

Preglednica 7.1 se nadaljuje ...

PODROČJE UKREPA	UČINKOVITOST	PODPRTOST Z RAZISKAVAMI	STROŠKOVNA UČINKOVITOST	OPOMBE	STANJE UKREPA V SLOVENIJI
Omejevanje oglaševanja					
Samonadzor s strani alkoholne industrije	O	** ^b	/	Samonadzor oglaševanja s strani industrije nima vpliva na zmanjšanje izpostavljenosti mladih alkoholnemu marketingu.	NE
Socialno oglaševanje	O	** ^b	O	Poveča ozaveščenost populacije, a ne spremeni vedenja. Potrebni programi socialnega marketinga, katerih osnovni namen je sprememba vedenja.	DA Izvajata se projektno (9).
Izobraževanja in ozaveščanja javnosti					
Sporočila javnih ustanov	O	*** ^a	**		DA
Izobraževanje o alkoholu v šolah	O/*	*** ^a	*	Učinek na znanje in odnos do alkohola, ni dolgoročnega učinka na pitje alkoholnih pijač.	DA V učnih načrtih so predvidene vsebine o vožnji in alkoholu (11). Vsebine se izvajajo tudi projektno (9).
Kampanje množičnih medijev, vključno s kampanjami na temo vožnje pod vplivom alkohola	O	*** ^b	/	Nima učinka na omejevanje pitja pri pivcih alkohola, vendar ob medijski podpori poveča učinek naključnega preverjanje vsebnosti alkohola v izdihanem zraku.	DA V učnih načrtih so predvidene vsebine o vožnji in alkoholu (11). Vsebine se izvajajo tudi projektno (9).
Zdravstvena opozorila na embalažah in etiketah	O	* ^a	***	Vpliv na ozaveščenost javnosti, ne vpliva na spremembe v pivskem vedenju.	NE
Normativno izobraževanje za študente	*	* ^b	/	Individualizirani multikomponentni pristopi, ki vključujejo povratne informacije o normah, pričakovanjih, motivih in odločanju, imajo učinek na pitje in težave z alkoholom. Pristopi, ki vključujejo zgolj informiranje, povečajo znanje in vplivajo na spreminjanje odnosa do alkohola, nimajo pa učinka na navade pitja.	NE
Kratke intervencije za študente z visoko tveganim pitjem alkohola	*	* ^b	/	Vpliv na pivsko vedenje mladih.	NE

7.2 Literatura

1. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: A public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
2. Deutsche Hauptstelle fuer Suchtfragen e.V. (DHS). Reducing drinking and driving. Report. Hamm, DHS, 2008.
3. Deutsche Hauptstelle fuer Suchtfragen e.V. (DHS). Reducing drinking and driving. Recommendations & conclusions. Hamm, DHS, 2008.
4. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2010.
5. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2003.
6. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet 2009; 373: 2234–46.
7. ZPrCP – Zakon o pravilih cestnega prometa, Uradni list RS, št. 109/2010.
8. ZVoz – Zakon o voznikih, Uradni list RS, št. 109/2010.
9. MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola. Pridobljeno 30. 7. 2013 s spletne strani: http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi/seznam.html.
10. ZOPA – Zakon o omejevanju porabe alkohola, Uradni list RS, št. 15/2003.
11. Ministrstvo za izobraževanje, znanost in sport. Učni načrti. Pridobljeno 30. 7. 2013 s spletne strani: http://www.mizs.gov.si/si/delovna_podrocja/direktorat_za_predsolsko_vzgojo_in_osnovno_solstvo/osnovno_solstvo/ucni_nacrti/.
12. MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola. Pridobljeno 30. 7. 2013 s spletne strani: <http://www.infomosa.si/clanki/ivz-prepoved-popivanja-na-javnih-povrsinah-je-lahko-ucinkovit-ukrep.html>.
13. Ziherl S, Čebašek-Travnik Z. Načela zdravljenja odvisnosti od alkohola. Slovenski program zdravljenja odvisnosti od alkohola. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 1991.
14. Čebašek-Travnik Z, Radovanovič M, editors. Zbornik prispevkov 1. Slovenske konference o medicini odvisnosti. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo, Delovna skupina za odvisnost od alkohola, 1997.
15. Boben Bardutzky D, Užmah Kučina A. Medicina sodelovanja: zbornik 6. konference o medicini odvisnosti. Ljubljana: Sanofi-Synthelabo, Lek, 2004.
16. Boben - Bardutzky D, Čebašek - Travnik Z, Erznožnik Lazar A, Gantar - Štular H, Rus Makovec M, Židanik M, editors. Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: Učbenik in smernice za delo. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2004.
17. Kolšek, M. (2004). O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: CINDI Slovenija.
18. Milič J, Pišljarič M, editors. Diagnostiranje odvisnosti od alkohola na različnih nivojih zdravstva. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2005.
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. Slovenski prevod: Kolšek M, editor. Alkohol in osnovno zdravstvo – Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.
20. Gual A, Anderson P, Segura L, Colom J. Alcohol and primary health care: training programme on identification and brief interventions. Slovenski prevod: Kolšek M, editor. Alkohol in osnovno zdravstvo – Priročnik za poučevanje odkrivanja ter ukrepanja ob tveganem in škodljivem pitju alkohola. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.
21. Avberšek Lužnik I, Kaučič MB, Hvalič Touzery S, editors. Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2010.
22. MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola. Kam po pomoč. Pridobljeno 30. 7. 2013 s spletne strani: <http://www.infomosa.si/pomoc/>.
23. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni – predporodna zdravstvena vzgoja šola za starše. Uradni list RS, št. 33/2002.
24. ZTro-UPB837 – Zakon o trošarinah, Uradni list RS, št. 97/2010.
25. ZZUZIS-A – Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili, Uradni list RS, št. 42/2002.

SEZNAM SLIK

Slika 1.1: Časovni trak (začetek, konec oziroma trajanje) preventivno-promocijskih programov, akcij in kampanj s področja alkoholne problematike v Sloveniji.....	27
Slika 1.2: Število preventivno promocijskih programov, akcij in kampanj s področja problematike alkohola po posameznih letih	28
Slika 2.1: Porazdelitev stopnje pitja alkoholnih pijač, 2001–2008, Slovenija	38
Slika 2.2: Pogostost visoko tveganega opijanja v zadnjem letu pri moških, 2001–2008, Slovenija	39
Slika 2.3: Pogostost visoko tveganega opijanja v zadnjem letu pri ženskah, 2001–2008, Slovenija.....	39
Slika 2.4: Demografska (spol, starost), socialno-ekonomska (izobrazba, samoocenjeni družbeni sloj, bivalno okolje) in geografska (geografsko območje) razporeditev oseb, ki čezmerno pijejo alkoholne pijače, 2001–2008, Slovenija	40
Slika 2.5: Delež populacije, ki čezmerno pije alkoholne pijače glede na demografske (spol, starost), socialno-ekonomske (izobrazba, samoocenjeni družbeni sloj, bivalno okolje) in geografske (geografsko območje, zdravstvena regija) značilnosti anketirancev, 2001– 2008, Slovenija	41
Slika 2.6: Demografska (spol, starost), socialno-ekonomska (izobrazba, samoocenjeni družbeni sloj, bivalno okolje) in geografska (geografsko območje) razporeditev oseb, ki se visoko tvegano opijajo, 2001–2008, Slovenija.....	42
Slika 2.7: Delež populacije, ki se visoko tvegano opija, glede na demografske (spol, starost), socialno-ekonomske (izobrazba, samoocenjeni družbeni sloj, bivalno okolje) in geografske (geografsko območje, zdravstvena regija) značilnosti anketirancev, 2001–2008, Slovenija.....	43
Slika 3.1: Stopnja standardizirane umrljivosti in groba stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov smrti, Slovenija 2000–2010	50
Slika 3.2: Groba stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov smrti, po spolu ter skupaj, Slovenija 2000–2010	51
Slika 3.3: Groba stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov smrti (vsi vzroki), zaradi alkoholne bolezni jeter (K70.0–70.9) ter zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola (F10.0–F10.9), Slovenija 2000–2010	51
Slika 3.4: Groba stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholne bolezni jeter (K70.0–70.9) po spolu in skupaj, Slovenija 2000–2010.....	52
Slika 3.5: Stopnja standardizirane hospitalizacije (SSH) in groba stopnja hospitalizacij (GSH) na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov, po spolu, Slovenija 2000–2010	52
Slika 3.6: Groba stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov skupaj ter posebej za duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola (F10.0–F10.9) in alkoholno bolezen jeter (K70.0–K70.9), po spolu in skupaj, Slovenija 2000–2010	53
Slika 3.7: Groba stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov skupaj ter posebej za duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola (F10.0–F10.9) in alkoholno bolezen jeter (K70.0–K70.9), Slovenija 2000–2010	53
Slika 3.8: Groba stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov skupaj ter posebej za duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola (F10.0–F10.9) in alkoholno bolezen jeter (K70.0–K70.9), moški, Slovenija 2000–2010.....	54
Slika 3.9: Groba stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov skupaj ter posebej za duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola (F10.0–F10.9) in alkoholno bolezen jeter (K70.0–K70.9), ženske, Slovenija 2000–2010	55

Slika 4.1: Deleži slovenskih mladostnikov, ki pijejo katero koli alkoholno pijačo, po starosti in spolu.....	65
Slika 4.2: Deleži slovenskih 11-, 13- in 15-letnih mladostnikov, ki pijejo alkoholne pijače glede na vrsto alkoholne pijače (pivo, vino, žgane pijače in mešane gazirane alkoholne pijače)	66
Slika 4.3: Primerjava deležev slovenskih 11-, 13- in 15-letnih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v tedenskem pitju alkoholnih pijač glede na vrsto alkoholne pijače in starost mladostnika.....	66
Slika 4.4: Primerjava deležev slovenskih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v tedenskem pitju alkoholnih pijač glede na starost in spol	67
Slika 4.5: Primerjava deležev 15-letnih deklet v tedenskem pitju alkoholnih pijač z deleži vrstnic iz držav HBSC	68
Slika 4.6: Primerjava deležev 15-letnih fantov v tedenskem pitju alkoholnih pijač z deleži vrstnikov iz držav HBSC	68
Slika 4.7: Primerjava deležev slovenskih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v opitosti 2-krat ali večkrat v življenju glede na starost in spol	69
Slika 4.8: Primerjava deležev 15-letnih deklet v opitosti z deleži vrstnic iz držav HBSC	70
Slika 4.9: Primerjava deležev 15-letnih fantov v opitosti z deleži vrstnikov iz držav HBSC.....	70
Slika 4.10: Deleži mladostnikov, starih od 11 do 15 let, ki so bili v življenju 2-krat ali večkrat opiti, skupaj in po spolu, v letih 2002, 2006 in 2010	71
Slika 4.11: Deleži 11- in 15-letnikov, ki so bili v življenju 2-krat ali večkrat opiti, po spolu, v letih 2002, 2006 in 2010	72
Slika 4.12: Primerjava deležev slovenskih 15-letnih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v zgodnjem prvem poskusu alkoholne pijače glede na spol.....	73
Slika 4.13: Primerjava deležev slovenskih 15-letnih mladostnikov z mednarodnim povprečjem v zgodnji prvi opitosti glede na spol	73
Slika 4.14: Deleži mladostnikov, starih 15 let, ki so prvič v življenju pili alkohol v starosti 13 let ali manj, skupaj in po spolu, v letih 2002, 2006 in 2010	73
Slika 4.15: Delež mladostnikov, ki tedensko uživajo alkoholne pijače, glede na izbrane kazalnike SEP	74
Slika 4.16: Deleži mladostnikov, ki so bili v življenju že vsaj 2-krat opiti, glede na izbrane kazalnike socialno-ekonomskega položaja.....	75
Slika 5.1: Povprečne ocene izvajanja posameznih aktivnosti alkoholne politike v Sloveniji glede na interesne skupine udeležencev	91
Slika 5.2: Povprečne ocene vseh udeležencev o prisotnosti posameznih aktivnosti alkoholne politike v Sloveniji v petih letih po sprejetju ZOPA.....	93
Slika 5.3: Odgovori udeležencev raziskave (po interesnih skupinah) o akterju na področju alkoholne politike, ki naj bi alkoholno politiko usklajeval in vodil, izraženi v deležih glede na število odgovorov v posamezni interesni skupini	96
Slika 5.4: Povprečje ocen vseh udeležencev raziskave o učinkovitosti vodenja alkoholne politike v Sloveniji	97
Slika 6.1: Deleži alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nezgod s smrtnim izidom od 2000–2012	110

SEZNAM PREGLEDNIC

Preglednica 2.1: Porazdelitev stopnje pitja alkohola po spolu, 2001–2008, Slovenija	38
Preglednica 3.1: Alkoholu neposredno pripisljivi vzroki (diagnoze MKB-10)	49
Preglednica 5.1: Povprečne ocene o vplivu in pomembnosti posameznih ukrepov alkoholne politike.	83
Preglednica 5.2: Povprečne ocene o izvajanju aktivnosti alkoholne politike.....	89
Preglednica 5.3: Povprečna ocena učinkovitosti vodenja alkoholne politike glede na interesno skupino udeležencev in skupaj	96
Preglednica 7.1: Predlogi ukrepov z ocenjeno učinkovitostjo (učinkovitost, podprtost z raziskavami, stroškovna učinkovitost) in stanjem ukrepa v Sloveniji	127

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

APYN (angl. Alcohol policy youth network) – Mreža mladih za alkoholno politiko

AUDIT (angl. Alcohol Use Disorders Identification Test) – presejalni pripomoček, ki se uporablja za presejanje tveganega in škodljivega pitja alkohola ter sindroma odvisnosti od alkohola

BOLOB – Informacijski sistem bolnišničnih obravnav za posamezne bolnišnične epizode

CAGE – presejalni pripomoček, ki se uporablja za odkrivanje škodljivega pitja alkohola

CINDI raziskava (angl. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) – Z zdravjem povezan življenjski slog

DALY (angl. DALY – Disability Adjusted Life Years) – leta življenja prilagojena na manjzmožnost

ECHIS (angl. European Community Health Indicators)

EHIS (angl. European Health Interview Survey) – Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu

EISAH (angl. European Information System on Alcohol and Health) – Evropski informacijski sistem o alkoholu in zdravju

EK – Evropska komisija

ESPAD raziskava (angl. European school survey project on alcohol and other drugs) – raziskava Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino

EU – Evropska unija

EUROCAT – The European Surveillance of Congenital Anomalies

F10.0 – F10.9 – duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola

FAS lestvica (angl. Family affluence scale) – lestvica materialne premožnosti družine

GISAH (angl. Global Information System on Alcohol and Health) - Globalni informacijski sistem o alkoholu in zdravju

GSH – groba stopnja hospitalizacij

HBSC raziskava (angl. Health behaviour in school-aged children) – raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog v osnovni šoli

IVZ – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

K70.0 – K70.9 – alkoholne bolezni jeter

M – ocena, označena, ki je zaradi premajhnega števila enot v opazovani podskupini manj natančna.

Mdn – mednarodno povprečje

MGAP – mešane gazirane alkoholne pijače

MKB -10 – Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, deseta revizija

MOL – Mestna občina Ljubljana

MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola

N – ocena, ki je zaradi premajhnega števila enot v opazovani podskupini za objavo premalo natančna.

NPVCP – Nacionalni program varnosti cestnega prometa

PHEPA (angl. Primary health care European project on alcohol) – evropski projekt za obravnavno alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu ZZV – Zavod za zdravstveno varstvo

SOA – sindrom odvisnosti od alkohola
SPP – sistem skupin primerljivih primerov
SSH – standardizirana stopnja hospitalizacij
SSS – starostno standardizirana stopnja
SSU – standardizirana stopnja umrljivosti
SZO – Svetovna zdravstvena organizacija
TIRS – Tržni inšpektorat Republike Slovenije
YLL (angl. YLL – years of life lost) – izgubljena leta življenja
ZDA – Združene države Amerike
ZIRS – Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije
ZOPA – Zakon o omejevanju porabe alkohola
ZOPA – Zakon o omejevanju porabe alkohola
ZPrCP – Zakon o pravilih cestnega prometa
ZTro-UPB837 – Zakon o trošarinah
ZVoz – Zakon o voznikih
ZZUZIS – Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili

STVARNO KAZALO

A

abstinenci 37–38, 44, 46
akcija »0,0 šofer – Trezna odločitev« 105, 110
akter 82, 85–86, 88–90, 92–98, 104–106, 109,
118–119
alkohola polinevropatija 49
alkoholizirani povzročitelji prometnih nezgod 110
alkoholna bolezen jeter (K70.0–K70.9) 49, 51–55
alkoholna industrija 72, 82–92, 94, 96–97
alkoholna kardiomiopatija 49
alkoholna miopatija 49
alkoholna politika 24–26, 28–29, 82–98,
102–106, 108–109, 113, 115, 117–120
alkoholni gastritis 49
alkoholu neposredno pripisljivi vzroki bolezni
48–59
APYN (angl. Alcohol policy youth network) 26

B

blokada vžiga avtomobila 127
bodoča mati 106–107
BOLOB 52–55

C

cene alkohola 77–78, 84–85, 87–88, 97,
102–104, 111–112, 116, 131–132
cenovna/stroškovna učinkovitost 25, 102–104,
106, 111, 113, 120, 127–133
CINDI raziskava 34–35

Č

čas in dnevi prodaje 129
časovni trak preventivnih programov 27
čezmerni pivci/ čezmerno pitje
37–38, 40–41, 43, 46

D

DALY 102
delovno okolje/delovno mesto 89, 95, 104,
108, 112, 130
detoksikacija 130
dostopnost alkohola 25, 28, 34–35, 56, 75–77,
79, 86–87, 90, 95, 102–105, 111–112,
118–120, 128–130
državna prodaja alkohola/državni monopol
112, 128
duševne in vedenjske motnje (F10.0–F10.9)
49, 51–55
davek/davčna politika/obdavčitev 35, 87, 90,
111, 115, 131

E

ECHIS 118
EHIS 38
EISAH 118
embalaže/etikete alkoholnih izdelkov 83, 85–86,
105–106, 117, 133
ESPAD raziskava 64, 118

F

FAS lestvica 74, 78–79
fetalni alkoholni sindrom 49, 116

G

GISAH 118
gostota prodajnih mest 112–113, 129
groba stopnja 50–52
groba stopnja hospitalizacij (GSH) 52–55
groba stopnja umrljivosti 50–52

H

HBSC raziskava 64–75, 118
hospitalizacije 49, 52–55, 57–59

I

ilegalna trgovina 84
ilegalna/neformalna pridelava 36, 104, 115, 120
informiranje 82–83, 85–86, 88, 97, 103, 105,
109, 111, 115, 133
Inšpektorat RS za delo 119
izobraževanje 25, 82–86, 88–89, 92, 94–95, 97,
103, 107–109, 111–112, 127–129, 131, 133
izvajanje ukrepov 89–95

K

kampanja množičnih medijev 127
kratko svetovanje 107, 130
kronični alkoholni pankreatitis 49

L

licence, licenciranje 112, 117, 131

M

manj tvegani pivci 37–38
Mednarodna klasifikacija bolezni – deseta
revizija (MKB– 10) 49, 51–52
mladostniki 64–69, 71–79
MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši
odnos do alkohola 26–28, 82, 105

N

Nacionalni program varnosti cestnega
prometa (NPVCP) 105, 110–111, 118
naključno preverjanje/testiranje vsebnosti
alkohola 83, 93–94, 127
neregistrirana poraba alkohola 35–37, 45, 111,
115–116, 118
nezgode 24, 26, 48, 58, 85–86, 87, 89, 91–94,
109–110, 116, 128
normativno izobraževanje 133
nosečnost/nosečnice 85, 105–106, 117–119, 130

O

odrasli 34–37, 94, 118
odvzem voznškega dovoljenja 94, 109, 127
oglaševanje 25, 28, 72, 84, 87, 90, 95, 102–103,
113–114, 132–133
opitost/opijanje (mladostniki) 69–72, 74–77
opitost v starosti 13 let ali manj 72–73, 78
ozaveščanje 25, 34, 78, 82–83, 85, 89, 92, 94,
103–106, 109, 111–112, 117–119, 133

P

PHEPA projekt 107
pitje na javnih površinah 113, 130
pivska okolja 56, 84, 105, 108, 116–117, 119, 131
predhodna določitev voznika 83, 128
predlogi ukrepov 102–103
prepoved prodaje 84, 95, 110, 112, 129, 130
preventivni program 26–28, 57, 94, 103–104,
130
produktivnost na delovnem mestu 24, 45, 48
programi socialnega varstva 130
projekt »Club Health« 26, 117
prvi poskus pitja v starosti 13 let ali manj 72–73,
78

R

registrirana poraba alkohola 35–37, 45, 118

S

samonadzor alkoholne industrije 132–133
sindrom odvisnosti od alkohola (SOA) 34, 37,
48, 54, 56–58, 107
spodnja starostna meja 128–129
spremljanje in nadzor 104, 117
standardizirana stopnja hospitalizacij (SSH) 52,
54–55
standardizirana stopnja umrljivosti (SSU) 50–51
starostno standardizirana stopnja (SSS) 50
starostno standardizirana stopnja umrljivosti
48, 55–56, 59
Svet za alkoholno politiko 26, 95, 98, 105

svetovanje 26, 29, 84, 103–104, 106–107, 109,
128, 130
Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) 24–25,
28–29, 34, 36, 48, 56, 58, 102–104, 106–109,
111–119

T

tedensko pitje (mladostniki) 66–69
trošarina 84, 87–88, 111, 115, 131
Tržni inšpektorat RS za delo (TIRS) 119
tržno komuniciranje 102, 104, 113–114, 120

U

ukrepi v zdravstvu 104, 106
umrljivost 48–52, 55–59

V

visoko tvegano opijanje 34–35, 39, 41–43, 46,
56, 69
vodenje alkoholne politike 95–96, 98, 104
vožnja pod vplivom alkohola 83, 86, 89–94, 97,
109, 127

Z

Zakon o medijih (ZMed) 82, 114
Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA)
25, 82, 102, 104–105, 112, 119, 128–131
Zakon o pravilih cestnega prometa (ZPrCP) 26,
107, 119, 127–128
Zakon o trošarinah (ZTro–UPB837) 115, 131
Zakon o varnosti cestnega prometa (ZVCP) 82
Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD) 108
Zakon o voznikih (ZVoz) 127–128, 130
Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov
ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS)
25, 106, 114, 119, 132
zaposleni v strežbi/strežno osebje 95, 98, 90–92,
117, 128, 131

zastropitev 49, 52, 104, 116, 120
zdravljenje 57–58, 90, 92, 95, 103, 106–107,
109, 118, 128, 130
zdravstvena opozorila 84–85, 133
Zdravstveni inšpektorat RS (ZIRS) 119
znižanje dovoljene vsebnosti alkohola v krvi
87, 127

»Knjigo so pripravili priznani strokovnjaki s področja javnega zdravja in bolezni odvisnosti in na enem mestu z več zornih kotov obravnava nadvse pereč problem Slovenije. Knjiga je izvrstna tako po znanstveni kot tudi po strokovni strani in upam, da bo našla širok krog bralcev.«

*izr. prof. dr. **Mojca Zvezdana Dernovšek,**
Psihiatrična klinika Ljubljana*

»Knjiga prinaša na enem mestu zbran obširen prikaz stanja na področju alkohola v Sloveniji, ki smo ga v našem prostoru že pogrešali. Knjiga je pomemben doprinos k prepoznavanju alkohola kot pomembnega javnozdravstvenega problema v slovenskem prostoru in ponuja predloge ukrepov za zmanjševanje škode, povezane z alkoholom, z ocenjeno učinkovitostjo.«

*mag. **Marjetka Hovnik Keršmanc,** viš. pred.,
Zavod za zdravstveno varstvo Kranj*

»Zaradi velikega pomena posledic pitja alkohola se v zadnjih letih krepi teža znanstvenih dokazov s tega področja. Dobre javnozdravstvene politike temeljijo na dokazih, enako kot na dokazih temelji klinično zdravljenje. Prepričan sem, da bo tudi pričujoča knjiga pomembno prispevala h kulturi oblikovanja na dokazih temelječih javnozdravstvenih ukrepov in politik tako na področju alkohola kot tudi širše.«

***Marijan Ivanuša,**
vodja Urada Svetovne zdravstvene organizacije, Slovenija*