

zdravstveni vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

VIII. KONGRES IN 129. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV

Maribor, 8. in 9. maj 1992

ODVISNOSTI OD PSIHOTROPNIH SUBSTANC IN ZDRAVJE

VSEBINA

UVODNIKA

- Beseda predsednika Slovenskega zdravniškega društva, *M. Demšar* 109
 Svobodno odločanje o številu svojih otrok, *J. Lokar, B. Voljč* 111

STROKOVNI PRISPEVKI

- Definicije odvisnosti od psihoaktivnih substanc po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB) 10, *S. Ziherl* 115
 Nekateri laboratorijske možnosti odkrivanja alkoholikov, *I. Malešič, M. Pregl* 119
 Zloraba psihotropnih snovi – kakšna je slovenska scena danes, *M. Tomori* 123
 Razširjenost zlorabe alkohola, tobaka in drugih drog v Sloveniji, *D. Nolimal* 127
 Nekateri socialno medicinski vidiki zlorabe drog, *D. Nolimal, M. Premik* 133
 Razširjenost pitja alkoholnih pijač in kajenja cigaret med slovenskimi srednješolci – rezultati
 mnenjske raziskave, *E. Stergar* 137
 Možnosti skupnostnega dela za reševanje problematike uživanja drog, *B. Stritih* 141
 Zakonski vidiki odvisnosti od drog, *D. Maver* 145
 Pet odvisnikov od psihotropnih snovi, *J. Kostnapfel* 151
 Zdravljenje in rehabilitacija oseb, odvisnih od drog, *M. Kobal* 155
 Organizacija zdravljenja odvisnosti od alkohola v Sloveniji, *Z. Čebašek-Travnik* 159
 Problematični pivec pri splošnem zdravniku, *Z. Čebašek-Travnik* 163

PISMA UREDNIŠTVU

- Deontološka vprašanja pri sindromu odvisnosti, *A. Dolenc* 165

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo: BIOLOGICAL ABSTRACTS, BIOMEDICINA SLOVENICA, BULLETIN SCIENTIFIQUE, CURRENT CONTENTS/CLINICAL MEDICINE, EXCERPTA MEDICA, MEDLARS

Zdrav Vestn

Letnik 61

Št. 3

Str. 109–172

Ljubljana

Marec 1992



RAZGLEDI

Jubileji	169
Nekrologi	169
Medikohistorična rubrika	170
Strokovna srečanja	125, 149
Odmevi	131
Zanimivo je vedeti	117
Nove knjige	172
Zdravniki v prostem času	140
V tej številki so sodelovali	136
Oglasi	110, 114, 118, 126, 132, 154, 158, 162

Glavni urednik / Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik / Responsible Editor:

M. Janko

Uredniki / Editors:

M. Cevc, J. Lindič, T. Žgur

Tehnični urednik / Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet / Editorial Council:

S. Herman (predsednik/president), F. Urlep (namestnik predsednika/vice-president), B. Baraga, J. Bedernjak, A. Gregorič, I. Jakša, J. Jeras, V. Kostevec-Zorko, T. Košir, A. Kovačič, I. Kralj, M. Lavrič, J. Lešničar, Ž. Ostojič, A. Planinšek, M. Porenta, A. Prijatelj, T. Ravnikar, M. Skulj, M. Strojman, B. Šalamun, T. Šiler, B. Šuštaršič, Z. Turk, T. Vahtar, M. Žitnik

Uredniški odbor / Editorial Board:

J. Bedernjak, A. Bren, S. Bunta, M. Cevc, J. Darovec, A. Dernikovič, D. Ferluga, J. Janež, D. Kéber, E. Kovačič, G. Lešničar, L. Marion, J. Markež, J. Marolt, M. Marolt-Gomišček, L. Morela, E. Mušič, M. Pajntar, D. Pokorn, S. Repše, Z. Rudolf, J. Simoniti, J. Sketelj, K. Šparaš, L. Toš, R. Turk

Tajnica uredništva / Secretary of the Editorial Office: K. Jovanovič

Lektor za slovenščino / Readers for Slovenian: T. Korošec, **za angleščino / for English:** M. Davis

Naslov uredništva in uprave / Address of the Editorial Office and Administration: 61000 Ljubljana, Komenskega 4, tel. (061) 317-868

Tekoči račun pri / Current Account with LB 50101-678-48620

Zdravstveni vestnik izhaja praviloma vsak mesec. Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino, ki znaša 2.600,00 SLT, za študente 650,00 SLT, za ustanove 20.000,00 SLT, za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 400,00 SLT. To številko so sofinancirali: Ministrstvo za znanost in tehnologijo in Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo – Tisk ČGP DELO – Tiskarna, Ljubljana – Naklada 4200 izvodov

Zdravstveni vestnik

LETNIK 61 – ŠTEVILKA 3

**GLASILO SLOVENSKEGA
ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA**

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY



Spoštovane kolegice in kolegi!

VIII. kongres Slovenskega zdravniškega društva bo odprl svoja vrata le nekaj dni za tem, ko bo v Vaših rokah ta številka Zdravstvenega vestnika.

Vsaka štiri leta sedemo zdravnice in zdravniki skupaj, da temeljiteje vzamemo pod lupo dogodke zadnjega obdobja in določimo svoje mesto za vnaprej.

Letos bomo z obojim imeli kar precej opraviti: za nami so štiri dinamična leta, ki so vnesla v čas in prostor veliko novega. Resnici na ljubo povedano: marsikaj smo terjali na svojem zadnjem kongresu in nekaj od tega sedaj tudi imamo. Kako se bomo znašli ter svojemu stanu v prid kar najbolje uporabili te možnosti, bo pokazal čas. Zanesljivo je, da morajo zahteve, ki jih je doslej oblikovalo Slovensko zdravniško društvo, dobiti svoje »utelešenje« v pravicah in nalogah Zdravniške zbornice, katere ustanovitev si lahko pripišemo kot izpolnitev enega od najpomembnejših ciljev. Slovenskemu zdravniškemu društvu ob Zdravniški zbornici ni padel pomen: odslej bo morda njegova podoba še veliko prijaznejša in tudi potrebna »nevtralnost« lahko pomeni dragocenost pri usklajevanju (ne vedno povsem enakih) pogledov zdravništva na Slovenskem.

Na tem kongresu dobivamo nov statut. Njegov predlog je nastal zaradi očitne potrebe, korenito pospraviti z odvečnostmi v dosedanjem in upoštevati, da je Slovensko zdravniško društvo prostovoljna stanovska asociacija zdravnikov v samostojni državi. Vot v svet pa bo ena prednostnih nalog v prihodnosti in toliko lažja, kolikor bolj so se že ali pa se še bodo stkale vezi med našimi ter tujimi strokovnimi sekcijami ali društvi.

Regijska zdravniška društva ohranjajo svojo veliko vrednost in prednost, da poznajo in udeležajo želje svojih članov ter ustvarjajo in čuvajo med njimi duh prijateljstva in sodelovanja.

Druga vez med nami so – še vnaprej in še močnejše – sekcije in strokovna društva, ki bodo imela pomembno vlogo v življenju Slovenskega zdravniškega društva.

Končno – pa ne nazadnje – je na udeležencih kongresa, da izrečejo svoje zaupanje kolegom, ki bodo v naslednjih letih obkrmili naše skupne barke. Tisti, ki so bili doslej, so svoje delo opravili častno, za kar jim gre vsa zahvala.

Kongresi so lahko silno dolgočasna zadeva, če je vse že vnaprej odločeno in če delegatke in delegati samo dvigajo roke.

Več medijske odmevnosti imajo tisti kongresi, kjer prihaja do razkolov ali razprave na njih vzbujajo nestrpnost.

Naš letošnji kongres naj ne bo ne eno ne drugo! Na njem preglejmo sadove svojega vztrajnega, preudarnega in doslednega dela ter sklenimo, kako naprej.

In prav na tak kongres Vas vabim!

**BESEDA PREDSEDNIKA
SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA**

Lekoptin[®]

(verapamil)

NOVO IME

antianginalgik

antihipertenziv

antiaritmik



Lekoptin[®]

dražeji po 120 mg

dražeji po 80 mg

mite po 40 mg

Lekoptin[®]

ampule po 5 mg/2 ml

Lekoptin[®]

retard

tablete po 240 mg

**Lekoptin[®] je učinkovit kalcijev antagonist,
ki ga bolniki tudi med dolgotrajnim zdravljenjem
dobro prenašajo**



lek tovarna farmaceutskih in
kemičnih izdelkov d.d.
Ljubljana

SVOBODNO ODLOČANJE O ŠTEVILU SVOJIH OTROK

Večina ljudi uravnava, koliko otrok bodo imeli, in to počnejo že tisočletja. Teoretično možnost, da rodi 10 do 20 otrok, izkoristi dandanes le malokatera ženska, a tudi v preteklosti jih ni bilo veliko. Novo ustavno določilo (55. člen ustave), da ljudje svobodno odločajo o rojstvu svojih otrok, je zato za večino ljudi manj pomembno, kot bi sodili po zapletih, preden je bilo sprejeto. Večina ljudi si že dolgo lasti pravico ne glede na ustavno ali kakšna druga družbena določila. Zavzemanje mnogih ljudi, da se v ustavo vnese tak člen, pa je seveda mogoče razumeti tudi tako, da si ljudje že prilaščene pravice niso pustili vzeti.

Ustavnih določil o svobodnem odločanju o številu svojih otrok zato ljudje ne bodo doživljali kot nekakšne nove svoboščine. Pravzaprav to ustavno določilo predvsem nalaga dolžnosti zdravstveni službi, da ljudem pomaga in z njimi sodeluje pri konkretnem uveljavljanju tega določila. Brez sodelovanja zdravstvene službe bi namreč ostalo na ravni deklarativnosti in zato je treba tudi na splošno pritrditi B.M. Zupančiču, da naj se to vprašanje prepusti tistim, ki jih te okoliščine neposredno prizadevajo: ženski, moškemu in zdravniku (1). Njegove misli, da se pravo v teh zadevah ne bo vtikalo v okoliščine, ki jim ni doraslo, pa vendarle ni mogoče razumeti tako, da iz ustavnega določila izvirajoča zdravstvena zakonodaja ne bi v ničemer uravnavala medsebojnih dolžnosti in pravic, kadar ljudje uveljavljajo to določilo s pomočjo zdravstvenih ukrepov. To pa počnejo zelo pogosto, saj svobodno odločanje o številu svojih otrok zajema tiste zdravstvene ukrepe, s katerimi se omejuje število zanositev, in tiste, s katerimi se omogoča zanositev. Načelno izhodišče, naj bi vsa ta dogajanja prepustili strokovnemu znanju in etični vesti zdravnika na eni strani in željam posameznega človeka (»bolnika«) na drugi strani, je sicer zapeljivo, a hkrati prinaša toliko tveganj in nejasnosti, da se mu je treba odreči. Vsekakor bodo potrebni ustrezni zdravstveni predpisi, pri čemer niti ni pomembno, ali bomo obdržali dosedanj način, ko ta vprašanja uravnava zakon (2) in navodilo (3).

S stališča zdravstva je zaželeno, da bi bil to en zdravstveni predpis (pa naj se mu reče zakon ali kako drugače), ki bi določal medsebojne pravice in dolžnosti, kadar želijo ljudje s pomočjo zdravstvene službe bodisi omegniti bodisi omogočiti zanositev.

V tem zdravstvenem predpisu bi bilo smiselno zakoličiti vsaj temeljna načela glede medsebojnih pravic in obveznosti ljudi in zdravstvene službe. Želje ljudi glede spolnega življenja in uravnavanja tega življenja so namreč silno različne in prav različnost je ena od osnovnih značilnosti človekove spolnosti. Življenjska realnost je, da prav vsem željam prav vseh ljudi glede spolnosti in spolnega vedenja ni mogoče ugoditi. Na drugi strani pa se soočimo s spoznanjem, da medicina že dandanes zmora storiti glede zanositve in preprečevanja zanositve marsikaj, kar vzbuja ne le etične dileme, temveč tudi tehtne etične pomisleke. Preprosto rečeno, medicina zna in zmora storiti tudi take zdravstvene ukrepe, ki so v nasprotju s temeljnimi etičnimi določili.

Zdravstveni predpis, ki bo posegal v svobodno odločanje o številu otrok, bo zato nujno v hudem precepu: ne bo zmozel upoštevati vseh želja in pričakovanj vseh ljudi, a hkrati bo moral postavljati omejitve, ki izvirajo iz etičnih vodil, kaj od svojega strokovnega znanja sme medicina uporabiti in kako. Zato tak predpis ne bo v celoti zadovoljil nikogar, ne posameznih ljudi ne zdravnikov in ne pravnikov, ki ga bodo sooblikovali.

Pri oblikovanju novega predpisa o »zdravstvenih ukrepih pri svobodnem odločanju o številu svojih otrok« (približno tako ga bo

najbrž treba poimenovati) je smiselno iz dosedanjega zakona (2) prevzeti vse tisto, kar je zdravstvena praksa potrdila kot ustrezno. Nujno potrebno pa bo dodati nekatera strokovna področja, ki jih ta zakon ne zajema, ker jih ob oblikovanju tega zakona še ni bilo (Louise Brown, prvi s pomočjo izventelesne oploditve rojeni otrok, je zavekala na svet leto dni kasneje), in spremeniti tista določila, ki niso več docela ustrezala sedanjemu strokovnemu znanju ali pa sedanjim razmeram. Vseh podrobnosti o različnih željah ljudi in vseh podrobnosti glede vse bolj zapletenih zdravstvenih posegov zagotovo ne bo mogel zajeti, a preveč nedorečen tudi ne bo smel biti. Zato je smiselno, da se v strpni razpravi najprej določijo strokovna zdravstvena izhodišča in se šele potem dajo v širšo razpravo ter v končno oblikovanje v predpis (ali zakon).

Izventelesna oploditev

Metoda, pri kateri ženski odvzamejo jajčece, ga zunaj telesa oplodijo in ga nato vsadijo v (njeno) maternico, je najbrž le skromen zametek te vrste zdravstvenih ukrepov v bodočnosti, ki se nam zdijo dandanes še domišljjski. Ta sorazmerno zahtevna in naglo razvijajoča se zdravstvena metoda omogoča zanositev nekaterim ženskam, ki brez uporabe te metode ne bi bile sposobne zanositi. Že več let se izvaja tudi pri nas, a družbenih določil o njenem izvajanju zaenkrat še ni. Strokovnih, etičnih in pravnih dilem pa je pri tej metodi več kot pri katerikoli drugi zdravstveni metodi, ki omogoča ljudem zanositev. Zato se tudi – vsaj zaenkrat – pričakuje, da predpis prav pri tej metodi ne bo dovoljeval vsega, kar medicina že dandanes zmora narediti. Mejo med možnim in dovoljenim pa je treba postaviti po strpni razpravi in ob spoznanju, da take odločitve niso sprejete za vselej.

Navidežno ne more biti sporno, kadar se jajčece vzame ženski, naker se ga zunaj telesa oplodi s semenčicami njenega moža (ali spolnega partnerja) in se ga prenese nazaj v isto žensko, ko ima embrio 4–8 celic. Smiselno sta navidezna nespornost za prenos gamet v jajcevode (4) (kar je le pomoč pri oploditvi, a ni izventelesna oploditev), pa za prenos zigot (5) ali embria v jajcevode, če se ženski prenese nazaj njeno jajčece, oplojeno s semenčicami njenega partnerja. Toda tudi v takih primerih se porajajo številne etične dileme.

V žensko namreč vselej prenesejo več embriev, ker se s tem poveča verjetnost, da bo zanosila in rodila. Nastajanje oocitov spodbujajo s stimulacijo ovarijev (6), a eksperimentalno injicirajo spermatozoje z mikroinjekcijo v oocite. Cilj vseh teh, vse bolj zapletenih postopkov je, da se poveča verjetnost zanositve. Zanosijo od 15–23% žensk pri enkratnem prenosu več embriev, a od 10–15% žensk potem rodi živega otroka, vendar pri 17–23% od vseh zanositev se razvije več kot en plod (7). Zaradi komplikacij nato »reducirajo« embrie, če jih je več kot dva (8). Poimenovanje »reduciranje čezmernih embriev« seveda ne more zakriti dejstva, da je tak poseg ena od oblik splava.

Zagotovo je treba imeti razumevanje za željo ginekologov, da je njihov zapleteni postopek izventelesne oploditve kronan z zanositvijo in rojstvom, saj s tem prihranijo ženski ponavljanje teh postopkov, ki seveda niso brez nevarnosti. Očitno pa je ta vnema ginekologov prehuda, saj nemški zakon o zavarovanju embria izrecno prepoveduje, da bi naenkrat prenesli več kot tri embrie nazaj v maternico ali več kot tri oocite v jajcevode (9).

Ob tem se zastavlja tudi vprašanje, ali je dopustno oploditi več oocitov, kot jih naenkrat prenesejo nazaj v žensko, in dodatno vprašanje, ali je dopustna ohranitev z zamrznitvijo oplojenega jajčeca le v pronuklearni fazi ali tudi embria z več celicami. Že omenjeni nemški zakon prepoveduje, da bi oplodili več jajčec, kot se jih prenese v enem prenosu, in prepoveduje ohranjanje embriev z zamrznitvijo, a dopušča tako ohranjanje oplojenih oocitov v pronuklearni fazi.

Zastavlja pa se še več dodatnih vprašanj, ki pa so smiselno enaka tudi pri umetni inseminaciji, in ne le izventelesni oploditvi. Eno od njih je, ali je dovoljeno razločevanje spermijev po spolnem kromosomu, s čimer bi že vnaprej izbrali, kakšnega spola bo otrok. Takega poseganja človeka v igrivo naključnost narave ni mogoče zagovarjati (razen pri ljudeh, ki imajo na spol vezano dedno bolezen) in ni presenetljivo, da ga tudi omenjeni nemški zakon prepoveduje. Podobno velja za vprašanje, ali se sme oploditi jajčece s spermiji moškega, ki je že mrtev, a je njegova sperma ohranjena z zamrznitvijo. Če bi to dovolili, bi lahko nastali ne le osupljivi pravni zapletji (recimo glede dedovanja in še česa), a grešili bi tudi zoper temeljno izhodišče, da naj se otrok spočne s soglasjem obeh staršev v času spočetja.

Ob tem pa bo treba opredeliti tudi razna raziskovanja na embriih, ki so postali z metodami izventelesne oploditve bolj dostopni za raziskovanje, a raziskovalna vnaša je močnejša. Embrii so postali tako zanimiv »raziskovalni objekt«, da se utegne spregledati, kaj embrio sploh je. Zato bo najbrž treba tudi pravno opredeliti, da oocit v prenukearni fazi še ni embrio, v vseh nadaljnjih fazah pa je že embrio in – zelo verjetno – na splošno prepovedati eksperimente (vključno seveda z eksperimenti, ki se ukvarjajo s kloniranjem) na njem in z njim. Morebitne izjeme od te splošne prepovedi pa naj bi bile dopustne le s posebnimi dovoljenji medicinskih etičnih komisij.

Donatorstvo

Razvoj medicine nas neredko prisili, da uvajamo nova imena ali dajemo poseben pomen že znanim. Morda se bo utrdilo, da dajanje kakršnihkoli organov, tkiv in specifičnih »produktov« (kot je jajčece in semenčica) drugim ljudem poimenujemo donatorstvo.

Donatorstvo sperme je že dolgo v rabi pri umetni inseminaciji (= heterologna inseminacija). Čeprav so znani tudi pomisleki zoper to metodo, jo dosedanja zakonodaja dovoljuje (2) in verjetno ni tehničnih vzrokov, da bi to utirjeno določilo spreminjali. Vsekakor pa se bo zastavilo vprašanje, ali naj se opravi umetna inseminacija na željo ženske, ki ni poročena ali nima partnerja ter izbiro donatorja prepušča zdravniku. Če želimo ali ne, se vselej zgodi, da tako vprašanje vzbuja različne čustvene reakcije pri vseh ljudeh (tudi zdravnikih), kar neredko vpliva na razumske odločitve.

Povsem upravičena je domneva, da bo med takimi ženskami nemalo takih, ki imajo – bolj ali manj – izoblikovano homoseksualno usmeritev, a tega vendarle ne smemo posploševati, ker se bodo odločale za tak medicinski ukrep tudi samske ženske brez partnerjev zaradi drugih vzrokov. Huda strokovna napaka bi bila, če bi te vzroke posplošno tolmáčili za »bolezenske«, kar velja tudi za homoseksualno usmeritev. Dejstvo, da sama ženska brez partnerja želi donatorsko inseminacijo, samo po sebi ne pomeni, da ji smemo pripisovati kakršnekoli psihiatrične ali celo moralizatorske oznake.

Ustavno določilo o svobodnem odločanju o številu svojih otrok je mogoče razlagati tudi tako, da ima taka ženska pravico zahtevati umetno inseminacijo z donatorskim semenom, saj je njena želja povsem nedvoumna, a donator semena je tudi načelno pristal, da bo njegova sperma uporabljena za inseminacijo. Kljub morebitnim pomislekom tudi ni res tehničnih strokovnih in etičnih ovir, zaradi katerih bi bilo treba tak ukrep prepovedovati. Bolj pomembna kot morebitna posplošena prepoved je ustrezna strokovna in etična kritičnost tistih, ki tak ukrep izvajajo, in sicer tako, da vselej skrbno pretehtajo vse tiste individualne posebnosti, ki jih nikoli ne bo zmožni do podrobnosti urejati noben zakon.

Mnogo bolj pomembna pa je opredelitev, da ima ženska pravico izvedeti, kdo je donator semena in s tem biološki oče njenega otroka,

in vprašanje, ali ima to pravico otrok, ko postane polnoleten. Načeloma sicer ni mogoče zanikati, da naj bi to pravico imela oba. Tej pravici se ženska lahko za vselej odreče, preden se umetna inseminacija opravi, a otroka tedaj sploh še ni in se zato ne more ničesar odreči. Te vrste razmišljanje torej pelje v nerešljivo zagato, zato se je treba iz pravnih in teoretičnih razmišljanj vrniti v konkretno življenje.

Če namreč dopustimo, da imata bodisi ženska bodisi otrok pravico izvedeti, kdo je biološki oče otroka, potem donatorjev semena enostavno ne bo. Nemogoče je namreč pričakovati, da bo duševno zdrav in osebnostno trden moški pristal na to, da se bo čez kakih dvajset let oglasilo pri njem pet doraščajočih ljudi (večinoma namreč seme enega donatorja ne uporabljamo za umetno inseminacijo več kot petih žensk) in mu povedalo, da so njegovi otroci. Njegove čustvene, družinske in pravne stiske bi bile namreč neizmerne.

Dopustitev umetne inseminacije z donatorjevim semenom je zato nesmiselna, če se hkrati ne prepreči možnost, da bi bodisi ženska bodisi otrok kdajkoli zvedel, kdo je biološki oče. Pri ugovorih zoper tako ureditev je treba upoštevati, da utegnejo nekateri zagovarjati, da sme otrok zvedeti za svojega biološkega očeta predvsem zato, ker so načeloma proti umetni inseminaciji z donatorjevim semenom in vedo, da bi potem te vrste medicinskih ukrepov praktično ne bilo.

Donatorstvo pa dobi mnogo širše razsežnosti pri izventelesni oploditvi, ker so pri njej mogoče razne kombinacije:

- donatorstvo jajčeca, ki se oplodi s semenom moža tiste ženske, ki se ji prenese podarjeno in oplojeno jajčece;
- donatorstvo semenčic, s katerimi se oplodi jajčece, odvzeto ženski, v katero se po oploditvi prenese nazaj;
- donatorstvo embria, ki se je razvil iz podarjenega jajčeca in semenčic od donatorja, ki ni mož ženske, v katero se prenese embrio;
- posojanje uterusa, v katerega se vstavi embrio, ki je nastal iz jajčeca in semenčic ženske in moškega, ki nato rojenega otroka prevzame za svojega.

O donatorstvu jajčec so poročali že leta 1984 (10), a posamezne strokovne skupine poročajo o donatorstvu že več kot dvajset jajčec in embriev (11), kar posredno kaže, da so taki ukrepi vse pogostejši. Etična komisija Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE) je leta 1989 označila vse oblike donatorstva za dopustne, razen posojanje uterusa (7).

Tako stališče je – vsaj nekoliko – presenetljivo. Prav vse oblike donatorstva pri zunajtelesni oploditvi rojevajo namreč številne etične in pravne dileme. Če upoštevamo dosedanja združenja in pravna načela, je otrokova mati tista ženska, ki ga je rodila. Pri donatorstvu jajčeca ali embria pa ima otrok po bioloških merilih še eno mater. Razprava o tem, kdo je dejanska mati takega otroka, zato zelo spominja na razpravo sholastikov.

Vsekakor pa je res, da ženske z nekaterimi okvarami zmorejo zanositi in roditi le, če jim jajčece podari druga ženska, in prav tako je res, da zmorejo nekatere ženske zaradi prirojenih motenj roditi zdravega otroka le, če jim jajčece podari druga ženska. Želji ženske, da zanosi, da donosi in rodi otroka, ki je v vsem njen, le po genetski zasnovi ne, je v takih primerih zelo težko odreči, pa čeprav so seveda etične (in najbrž tudi pravne) dileme zares hude.

Ponekod, recimo v Nemčiji, je prepovedano donatorstvo jajčeca, donatorstvo embria in surrogatno materinstvo (= posojanje uterusa). Praktično res ne more biti pomislekov zoper prepoved surrogatnega materinstva. Dvomljivo pa je, ali se bodo za prepoved donatorstva jajčeca in embria odločili v večini držav, kjer so že usposobljeni za te vrste medicinskih ukrepov, ki zaradi sinhronizacije mesečnega ciklusa obeh žensk (12) in mnogih drugih zapletov nikakor niso enostavni.

V naših okoliščinah je zaenkrat najbrž ustrežnejše, da se donatorstvo jajčeca in donatorstvo embria ne dovoli kot rutinska terapevtska metoda za zdravljenje nekaterih oblik neplodnosti. Te prepovedi pa najbrž ne bi bilo smiselno pavšalno razširjati na eksperimentalne programe, ki itak niso dopustni, če se o vsakem od njih posebej ne izreče medicinska etična komisija.

Ohranjanje gamet z zamrznitvijo

Dandanes je mogoče spermijske in jajčeca z zamrznitvijo ohranjati teoretično za neomejeno dobo, saj recimo pri -196°C ni več nikakršnih bioloških procesov, a radiacijski vplivi iz okolja bi utegnili okvariti DNA šele v več kot 2000 letih (13). Ohranjanje gamet z zamrznitvijo pa je dobilo še poseben pomen, ker se le s testiranjem v času odvzema jajčec ali sperme ter testiranjem čez šest mesecev izogumno morebitni okužbi z virusom HIV prek donatorstva (14).

Teoretično in praktično je treba dopustiti možnost, da ljudje zahte-

vajo ohranitev svojih gamet z zamrznjenjem vselej, kadar je mogoče predvideti, da zaradi poškodb, bolezni ali medicinskih posegov čez čas v njih ne bodo več dozorevale žive gamete, a vse druge sposobnosti, da postanejo starši, so ohranjene. To možnost morajo imeti že pred polnoletnostjo, in sicer od tedaj, ko začnejo med puberteto v njih dozorevati semenčice oziroma jajčeca.

Shranjevanje gamet je verjetno treba zagotoviti do 40. leta starosti lastnika gamet, a najmanj pet let (kar pride v poštev zlasti pri ljudeh, ki se odločijo za sterilizacijo nekaj pred 40. letom starosti). Čeprav utegnejo imeti nekateri pomisleke zoper tako shranjevanje gamet, je vendarle potrebno in je za nekatere ljudi (pa čeprav jih je malo) edini način, da uveljavijo svobodno odločanje o številu svojih otrok.

Mnogo več etičnih in pravnih vprašanj pa zastavlja ohranjanje embriev z zamrznitvijo. V biološkem smislu je življenje nepretrgan proces in je združitev genskih informacij, ki jih nosita jajčece in semenčica, le eden od mejnikov tega procesa, brez katerega pa novega osebk seveda ni. Čeprav so mogoče seveda različne razlage (15), je začetek novega osebk po zdravstvenih merilih vendarle združitev obeh gamet in njunih genskih informacij. Od tedaj dalje je možno, da se bo razvil embrio in kasneje rodil in živel človek, čeprav je seveda od neštetihih okoliščin odvisno, ali se bo to zgodilo ali ne. Zato združitev gamet ni mogoče brez pridržkov označevati kot »začetek življenja«, kar je bolj filozofski kot pa naravoslovni pojem. Neskončni klobčič filozofskih (pa tudi verskih, etičnih, pravnih in drugih) razglabljanj o »spoštovanju življenja od začetka dalje« je zagotovo zanimiv in pomemben, a v mnogočem premalo uporaben za etično in pravno varovanje posameznih faz v človekovem razvoju. Stališče, da mora biti tako varovanje povsem enako od združitev gamet dalje, bi namreč povzročilo zdravstvu nerešljive zaplete.

Potrđiti je treba zahteve, da mora vsaka država izdelati pravne smernice o varovanju embria v raznih razvojnih stadijih, kar vključuje tudi določila o ohranjanju embriev z zamrznitvijo (16). Ostra določila, da se sme na tak način ohranjati le oplojeno jajčece, utegnejo neposredno škodovati ženskam, pri katerih prvi prenos pri izven telesni oploditvi ne uspe. Zato bi bila bolj smiselna omejitev, da se smejo embriji gojiti v kulturi in ohranjati z zamrzovanjem le, če so namenjeni prenosu v žensko, ki je dala ženske gamete za razvoj teh embriev. Taka omejitev naj bi veljala za redne terapevtske, ne pa tudi za eksperimentalne programe.

Zelo verjetno pa bo treba preprečiti, da bi se v terapevtske namene vzgojeni in ohranjeni čezmerni embriji uporabljali za kakršenkoli drug namen kot za prenos v žensko, ki je prispevala jajčeca. Tudi morebitni pisni pristaneek ženske, vključene v terapevtski program, da se njeni embriji uporabijo za kaj drugega, je brez veljave. Ženska, ki si želi zanositi na tak način, je namreč pripravljena soglašati z marsičem, samo da bi se ji izpolnila njena želja po otroku, in takega pristanka zato res ne kaže razlagati kot njeno »svobodno voljo«.

Podoben pomislek narekuje tudi odločitev, da se ne smejo uporabiti z zamrznitvijo ohranjene semenčice ali embrio, če umre moški, ki je dal te semenčice oziroma je bilo z njimi oplojeno jajčece. Čeprav se seveda utegne zgoditi, da bi bila taka odločitev v nasprotju s trenutnimi željami ženske in željami moškega tedaj, ko je semenčice oddal in je vedel, da jih bodo ohranili in čemu so namenjene, bi drugačno ravnanje zapeljalo v prehuda tveganja.

Posebni zdravstveni vidiki svobodnega odločanja o rojstvih svojih otrok

Ljudje želijo s pomočjo zdravstvene službe bodisi omejevati bodisi omogočiti zanositev in rojstvo. Ti dve nasprotni si želji imata tudi nasprotni zdravstvene vidike.

Ljudje, ki želijo in zahtevajo, da se jim omogoči zanositev s pomočjo zdravstvenih ukrepov, imajo večino (čeprav seveda ne vselej) prepoznane zdravstvene okvare. Kljub nekaterim izjemam zato zmoremo na splošno opredeliti, da njihov »status bolnika« ni sporen. Pomoč zdravstvene službe pač večinoma iščejo zaradi zdravstvenih težav, a nezmognost, da imajo otroke, čeprav si jih želijo, ima že sama po sebi bolezensko obeležje. Težave pri izpolnitvi povsem jasne želje po starševstvu ima kar 15–20% vseh zakoncev oziroma parov (7).

Ljudje, ki želijo omejevati število svojih otrok, pa so – vsaj načeloma – zdravi. Večinoma od njih nima nobenih zdravstvenih problemov ali pa njihovi morebitni zdravstveni problemi niso v vzročni

povezavi z njihovo željo po preprečevanju zanositve. Ti ljudje zato nimajo »statusa bolnika« v ožjem pomenu te besede in pravzaprav pridobijo tak status šele tedaj, ko nastanejo zdravstvene komplikacije zaradi uporabljenih zdravstvenih metod za preprečevanje zanositve. To je pač poseben paradoks, ki se mu ni mogoče izogniti.

Možnost, da zdravim ljudem povzročimo zdravstvene probleme, ko uredničujemo njihovo željo o začasnem ali trajnem preprečevanju zanositve, nalaga zdravstveni službi posebno odgovornost. Ta je še toliko večja, ker sme nekatera sredstva za preprečevanje zanositve (recimo hormonske kontracepcijske tablete) predpisovati praktično vsak zdravnik. Omejevanje takih zdravniških pravic pa bi pomenilo, da bi bila kontracepcijska sredstva ljudem težje dostopna, kar bi utegnilo imeti najbolj nezaželeno posledico, namreč več splavov.

Zaradi teh posebnosti – in seveda še mnogih drugih vzrokov – je treba pretehtati možnost, da razne zdravstvene vidike svobodnega odločanja o rojstvih svojih otrok preučuje, strokovno usmerja (in tudi kontrolira, če je potrebno) ustrezna zdravstvena institucija. Ker nas je manj kot dva milijona, je dovolj le ena, ki bi ji bilo treba dati ustrezna strokovna, pa tudi »administrativna« pooblastila.

Taka organiziranost zdravstva na tem – izjemno občutljivem – zdravstvenem področju zagotovo nima namena posegati v pravice posameznega zdravnika. Uveljavljanje ustrezne strokovne doktrine in preprečevanje neustrezne stihije pa je zagotovo interes vseh, tako posameznega zdravnika kot zdravstva v celoti.

dr. Jože Lokar, dr. Božidar Voljč

J. Lokar je bil predstavljen v Zdrav Vestn 1990; 59: 187, B. Voljč pa v Zdrav Vestn 1991; 60: 310.

Literatura

1. Zupančič BM. O splavu. Naši razgledi 1991; 41: 3–3.
2. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Ur list SRS 1977; 11: 570–3.
3. Navodilo za izvrševanje Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Ur list SRS 1977; 105: 901–3.
4. Asch R, Ellsworth L, Balmaceda J, Wong PC. Pregnancy after trans-laparoscopic gamete intrafallopian transfer. Lancet 1984; ii: 1034–5.
5. Yovich JL, Blackledge DG, Richardson PA, Matson PL, Turner SR, Draper R. Pregnancies following pronuclear stage tubal transfer. Fertil Steril 1987; 48: 581–7.
6. Diedrich K, Van der Ven M, Al-Hasani S, Kreb D. Ovarian stimulation for in vitro fertilization. Hum Reprod 1988; 3: 39–44.
7. Kjessler B. Guidelines regarding medical practice related to assisted procreation and prenatal diagnosis. Focus on Reproduction 1991; 1: 8–37.
8. Salat-Baroux J, Aknin J, Antoine JM, Alamowitch R. The management of multiple pregnancies after induction for superovulation. Hum Reprod 1988; 3: 309–401.
9. Diedrich K. The embryo protection law after the unification of Germany. Focus on Reproduction 1991; 1: 7–7.
10. Lutjen P, Trounson A, Leeton J, Findlay J, Wood C, Renou P. The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. Nature 1984; 307: 174–5.
11. Devroey P, Camus M, Van den Abbeel E, Van Waesberghe L, Wisanto A, Van Steirteghem AC. Establishment of twenty-two pregnancies after oocyte and embryo donation. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96: 900–1.
12. Devroey P, Smits J, Camus M et al. Synchronization of donor's and recipients' cycles with GnRH analogues in an oocyte donation programme. Hum Reprod 1989; 4: 270–4.
13. Glenister PH, Whittingham DG, Lyon MF. Further studies on the effect of radiation during the storage of frozen eight-cell mouse embryos at –196°C. J Reprod Fert 1984; 79: 229–34.
14. Hummel WP, Talbert LM. Current management of a donor insemination program. Fertil Steril 1989; 51: 919–30.
15. Meden-Vrtovec H, Hren-Vencelj H. Zunanjska oploditev. V: Meden-Vrtovec H ed. Neplodnost. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1989: 343–62.
16. Edwards RG, Seppala M, Johnston WIH et al. Helsinki statement on human in vitro fertilization. Ann NY Acad Sci 1985; 442: 571–2.

Ko pri bolniku prevladujejo simptomi:

- zgaga
- spahovanje
- ezofagitis

=

**GASTROEZOFAGEALNI
REFLUKS**

- napihnjenost
- občutek teže v želodcu
- občutek zgodnje sitosti
- občutek nelagodja po hrani
- slabost
- pekoča epigastrična bolečina

=

**UPOČASNJENO
PRAZNJENJE
ŽELODCA**

potem je rešitev

DIGENOL

zaščiteno ime

cisaprid

- prebavni prokinetik z novim mehanizmom delovanja
- visoko selektiven za prebavila
- učinkovit pri motnjah motilitete prebavnega trakta
- uspešno zdravljenje otrok in odraslih
- dobro prenašanje
- primeren za dolgotrajno zdravljenje

Doziranje

1 tableta (5 mg) 3-krat dnevno pred obroki hrane, v resnejših primerih podvojimo odmerek

Oprema

30 tablet po 5 mg cisaprida in 100 ml suspenzije

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



KRKA

tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija
s sodelovanjem Janssen Pharmaceutica, Beerse, Belgija

DEFINICIJE ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC PO MEDNARODNI KLASIFIKACIJI BOLEZNI (MKB) 10

DEFINITIONS OF SYNDROMES OF DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ACCORDING TO
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES 10

Slavko ZIHERL

Katedra za psihiatrijo, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Vrazov trg 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1992-01-15

Sprejeto 1992-02-26

Zdrav Vestn 1992; 61: 115-7

KLJUČNE BESEDE: odvisnost; psihoaktivne substance;
diagnostične smernice

KEY WORDS: dependence; psychoactive substances;
diagnostic guidelines

IZVLEČEK – Izhodišča. V letu 1991 je Svetovna zdravstvena organizacija objavila svojo deseto revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni. V tokratni izdaji so v poglavju o duševnih in vedenjskih motnjah dodane še diagnostične smernice. Tak priročnik smo v Sloveniji že dolgo pogrešali. Do zdaj je namreč vladala na področju odvisnosti od psihoaktivnih substanc konceptualna zmeda, za katero je bilo v veliki meri krivo ravno pomanjkanje natančnejših diagnostičnih meril.

Avtor opisuje peto poglavje v 10. reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni z naslovom: Duševne, vedenjske in razvojne motnje. Podrobneje se ukvarja z definicijo odvisnosti od psihoaktivnih substanc in opredeljuje njeno uporabnost pri vsakdanjem kliničnem delu.

Rezultati in zaključki. V zaključku avtor ugotavlja, da je možno z diagnostičnimi kriteriji, kakršni so zbrani v petem poglavju Mednarodne klasifikacije bolezni, zagotoviti večjo natančnost dela z odvisnimi in tudi večjo privlačnost tega dela za mlade zdravnike.

ABSTRACT – Background. In the year 1991 WHO has published its tenth revision of International Classification of Diseases – the ICD 10. In this publication in the Chapter V: Mental, behavioural and developmental disorders, there are the diagnostic guidelines added. Such a manual was badly needed in Slovenia. Namely, there was a conceptual confusion in the field of dependence on psychoactive substances. And a great deal of this confusion was due to lack of more precise and exact diagnostic criteria.

The author describes Chapter V. of tenth revision of International Classification of Diseases titled: Mental, behavioural and developmental disorders. He analyses in more details the definition of Dependence on psychoactive substances.

Results and conclusions. In conclusion, he states that these criteria give medical doctors possibility for more accurate work with dependent patients and in the same time more attractiveness of this field for young medical doctors.

Uvod

Definicija odvisnosti od kake psihoaktivne substance (PS) ni samo akademskega ali teoretičnega pomena, ampak je bistvena osnova, na kateri sloni celoten pristop k zdravljenju odvisnih. Razen tega bi bilo zaželeno, da vsak zdravnik pozna simptome odvisnosti od kake PS in zna ločiti odvisnost od rabe oziroma škodljive in tvegane rabe kake PS. Poznal naj bi tudi posledice tako rabe kot odvisnosti od PS in v grobem tudi načela zdravljenja.

Za slovenski prostor imajo klinični opisi in diagnostične smernice, ki so objavljeni v deseti reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni (ICD 10), poseben pomen. V Sloveniji je namreč v zadnjih 20 letih vladala zmeda v poimenovanju odvisnosti, predvsem od alkohola. Kljub okvirni definiciji t. i. alkoholizma v ICD 9 so si razni avtorji lastili preveliko svobodo v določanju, kaj je odvisnost in kaj ni. Tudi definicija Republiške strokovne komisije za alkoholizem in narkomanijo pri tedanjem Komiteju za zdravstvo in socialno varnost (1) je bila preširoka in premalo natančna, da ne bi dopuščala samovolje in ohlapnosti pri opredeljevanju odvisnosti od PS. Razen tega pa taka ohlapnost ni omogočala natančnega vrednotenja zdravljenja odvisnih od PS.

Vsa ta dejstva so pripeljala do odločitve Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), da naj skupina izvedencev izdela nove, boljše

in natančnejše kriterije za prepoznavo in razvrstitev težav, povezanih z odvisnostjo od alkohola. Ta skupina, na čelu z Griffithom Edwardsom, je izdelala novo definicijo, ki pa ne govori več o alkoholizmu, marveč o sindromu odvisnosti od alkohola (2, 3). Vse to se je dogajalo v letih 1975 in 1976. Ta definicija je bila osnova za opredeljevanje in diagnostične kriterije odvisnosti od PS, ki so zbrani v Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM-III-R) (4). Ta priročnik Ameriškega psihiatričnega združenja (APA) že dolgo uporabljamo tudi v naši psihiatriji. Bil pa je tudi vodilo pri sestavljanju V. poglavja v ICD 10 (5).

Opis V. poglavja v deseti reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni

V letu 1991 je SZO izdala svojo ICD 10. Poglavje V. ima naslov: Duševne, vedenjske in razvojne motnje. Poudarim naj, da je tu govor o eni izmed štirih oblik tega poglavja, in sicer o obliki, ki je namenjena za splošno klinično in edukativno delo (pomembna je tudi druga oblika, to so Diagnostični kriteriji za raziskovalno delo). Poglejmo si najprej seznam dvoštevilčnih šifer celotnega V. poglavja (od F0 do F9):

- F0: Organske, vključno simptomatske, duševne motnje,
- F1: Duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe psihoaktivnih substanc,
- F2: Schizophrenia, shizofrenski stanja in motnje blodnjavosti,

PS – psihoaktivna substanca; ICD 10 – deseta revizija Mednarodne klasifikacije bolezni

- F3: Motnje razpoloženja (afektivne motnje),
- F4: Nevrotske, somatoformne motnje in motnje, povezane s stresom,
- F5: Fiziološke disfunkcije, povezane z duševnimi in vedenjskimi dejavniki,
- F6: Abnormalnosti odrasle osebnosti in vedenja,
- F7: Duševna retardacija,
- F8: Razvojne motnje,
- F9: Vedenjske in čustvene motnje, ki nastopijo običajno v otroštvu ali adolescenci.

Sledi podroben pregled šifer v kategoriji F1: *Duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe psihoaktivnih substanc*: F10 – Motnje zaradi uživanja alkohola, F11 – Motnje zaradi uživanja tobaka, F12 – Motnje zaradi uživanja opioidov, F13 – Motnje zaradi uživanja kanabinoidov, F14 – Motnje zaradi uživanja sedativov ali hipnotikov, F15 – Motnje zaradi uživanja kokaina, F16 – Motnje zaradi uživanja drugih stimulanov (vključno s kafeinom), F17 – Motnje zaradi uživanja halucinogenov, F18 – Motnje zaradi hkratnega uživanja več drog, F19 – Motnje zaradi uživanja drugih (vključno s hlapnimi topili) in neidentificiranih substanc.

Četrta in peta številka opredeljuje klinično stanje (tab. 1).

Tab. 1. Četrta in peta številka petega poglavja desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni.

.0: Akutna intoksikacija:
.00 – nekomplikirana
.01 – s travmo ali drugo telesno poškodbo
.02 – z drugimi medicinskimi komplikacijami
.03 – z delirijem
.04 – z motnjami zaznavanja
.05 – s komo
.06 – s konvulzijami
.1: Tvegana raba
.2: Škodljiva raba
.3: Sindrom odvisnosti
.4: Odtegnitvena kriza:
.40 – nekomplikirana
.41 – z delirijem
.42 – s konvulzijami
.5: Psihotično stanje:
.50 – podobno shizofreniji
.51 – pretežno z blodnjami
.52 – pretežno s halucinacijami
.53 – mešano
.6: Demenca zaradi alkohola ali drog
.7: Amnestični (Korsakov) zaradi alkohola ali drog
.8: Rezidualno stanje zaradi drog ali alkohola
.80 – »flashback«, t. j. kompleksen in nerazjasnjen duševni pojav, ko se znaki psihotičnega ali kakega drugega doživljanja začasno povrnejo v obdobje, ko droga nima več farmakološkega učinka
.81 – osebnostne in vedenjske motnje
.82 – afektivna stanja
.83 – permanentne kognitivne okvare
.9: Neopredeljena duševna ali vedenjska motnja zaradi drog ali alkohola

Iz tega seznama je razvidno, da ne govorimo več o alkoholizmu, niti o narkomaniji ali tabletomaniji, marveč o sindromu odvisnosti od alkohola ali kakšne druge droge.

V vsem seznamu nas najbolj zanima kategorija Sindrom odvisnosti (ki jo označimo s številko 3 na koncu določene šifre, npr. Sindrom odvisnosti od alkohola: F10.3). Preden si jo podrobno ogledamo, naj na kratko omenim še dve pomembni kategoriji: tvegana raba (F 1X.1) in škodljiva raba (F 1X.2), ki sta nadomestili poprejšnjo oznako zloraba ali čezmerna raba droge.

Tvegana raba (F 1X.1)

To je občasna, ponavljajoča se ali neprekinjena raba kake PS (ali več PS), ki jo spremlja veliko tveganje, da bo v bodočnosti

prišlo do okvare telesnega ali duševnega zdravja, vendar pa do teh okvar še ni prišlo. Sem bi torej spadalo uživanje kake PS, kakršen je tobak, torej redno kajenje, pri čemer kadilec še nima okvar telesnega ali duševnega zdravja, a tudi še ni odvisen. Sem bi spadalo tudi vsakršno, pa čeprav le enkratno ali nekajkratno, uživanje zelo toksičnih in adiktivnih snovi, kakršen je npr. heroin, posebno če se pri tem izmenjujejo injekcijske igle. Sem bi spadalo tudi čezmerno uživanje alkohola, za katerega je znano, da prinaša tveganje bodoče odvisnosti ali telesnih in drugih okvar.

Škodljiva raba (F 1X.2)

To je taka raba ali uživanje PS, ki že povzroča okvare zdravja, nima pa uživalec znakov odvisnosti od PS. Te definicije oziroma šifre ne smemo uporabiti, če ugotovimo psihotično stanje, povezano z uživanjem PS (šifra F 1X.5) ali kakšnih drugih motenj, povezanih z rabo PS.

Sindrom odvisnosti (F 1X.3)

Sindrom sestavlja skupina fizioloških, vedenjskih in kognitivnih pojavov, v katerih ima raba PS za posameznika bistveno večjo vrednost kot katerakoli poprejšnja vrednota.

Osrednja opisna karakteristika sindroma odvisnosti je močna želja oziroma hrepenenje po drogi, ki človeka povsem prevzame.

Diagnoza »odvisnost« se lahko postavi le takrat, ko so tri ali več karakteristik iz naslednjega seznama navzoče v zadnjih 12 mesecih:

- močno si želi drogo in čuti neubranljivo potrebo, da bi jo vzel;
- zaveda se, da je njegova sposobnost, nadzorovati uživanje droge, okvarjena. Slabo obvladuje tako začetek jemanja droge, kot tudi prenehanje, ne zmore pa obvladovati niti količin zaužite droge;
- drogo vzame z namenom olajšati si odtegnitvene simptome in se ob tem zaveda, da je to učinkovito;
- navzoči so znaki fiziološke abstinence krize;
- navzoč je pojav tolerance oziroma povečanje tolerance. To pomeni, da mora človek za isti učinek vzeti vedno več droge;
- zoženje njegovega osebnega repertoarja uživanja droge (npr. začne piti vedno na enak način, ob istem času, na istem kraju itd.);
- vedno huje zanemara dolžnosti in druge užitke na račun uživanja droge;
- drogo jemlje kljub očitnim dokazom, da mu škoduje (škoda je lahko zdravstvena, kot npr. okvara jeter pri pretiranem pitju alkohola, socialna, kot npr. izguba zaposlitve zaradi posledic uživanja droge, ali pa psihična, kot npr. depresivna stanja po obdobjih hudega uživanja droge);
- če začne po obdobju abstinence ponovno jemati drogo, je očitno, da se hitreje pokažejo znaki sindroma odvisnosti kot pri človeku, ki drogo ni užival.

Te karakteristike opisujejo odvisnost od katerekoli droge, sami si lahko vstavimo v seznam ime določene PS.

Poudarjam, da je bistvena značilnost sindroma odvisnosti dejansko jemanje (raba) kake PS ali več PS skupaj in pa želja, da bi PS vzel (v primeru bolnika, ki dobiva po operaciji opiate, torej ne gre za odvisnost, saj nima želje po nadaljevanju uživanja droge, kljub temu da lahko izkusi znake abstinence krize, ko droge ne dobi več). Sindrom odvisnosti je lahko vezan na eno samo drogo (npr. alkohol, diazepam) ali na skupino PS (npr. opiate vseh vrst) ali pa na povsem različne PS.

Diagnozo Sindrom odvisnosti lahko še naprej razdelimo na naslednje kategorije: .30 – trenutno trezen, .31 – trenutno trezen, vendar v zaščitenem okolju (npr. v bolnišnici, terapijski skupnosti, v zaporu itd.), .32 – trenutno v klinično nadzorovanem vzdrževalnem programu, .33 – trenutno uživa drogo.

Zaključek

ICD 10 V. poglavje nam prinaša izjemno koristne diagnostične smernice tudi za področje odvisnosti, kjer je doslej vladala konceptualna in definicijska zmeda in svojevolskost.

Odsej se pri pisanju in govorjenju o posameznih odvisnostih lahko vedno sklicujemo na te diagnostične kategorije. Če jih bomo pri svojem kliničnem delu vsi uporabljali, bomo torej vedeli, o čem točno govorimo. Ne bo torej več tistega dvoma in razcepljenosti pri diagnosticiranju odvisnosti in drugih motenj zaradi psihoaktivnih substanc, ki sta v slovenskem prostoru tudi pripomogla k temu, da so se zdravniki neradi ukvarjali s tem področjem medicine.

Morda ni pretirano pričakovanje, da bo opredelitev odvisnosti, kakršno prinaša ICD 10, odpravila tisto različnost pri delu z odvisnimi, ki ni bila produktivna. In morda bo tudi tako ICD 10 vsaj malo pripomogla, da se bo več mladih zdravnikov odločalo sprejeti

hud, a tudi hvaležen izziv zdravljenja odvisnih od psihoaktivnih substanc.

Literatura

1. Republiška strokovna komisija za alkoholizem in narkomanijo. Okvirna načela zdravljenja in rehabilitacije alkoholikov. Ljubljana, 1978.
2. Edwards G, Gross MM, Keller M, Moser J eds. Alcohol-related problems in the disability perspective. J Stud Alcohol 1976; 37: 1360–82.
3. Zihrel S. Sindrom odvisnosti od alkohola. Psihoterapija 1983; 10: 7–13.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition-revised) DSM-III-R. APA: Washington, DC, 1987: 165–87.
5. World Health Organization. International classification of diseases – ICD 10. Mental, behavioural and developmental disorders. WHO: Geneva, 1991.

Zanimivo je vedeti

DEKLARACIJI SVETOVNEGA ZDRAVNIŠKEGA ZDRUŽENJA

Svetovno zdravniško združenje (SZZ–WMA) se vedno bolj posveča tudi širšim medicinskim vprašanjem, med katera spada tudi npr. Stališče o onesnaževanju okolja (Sao Paolo 1976, Singapur 1984), pa tudi Deklaracija o proizvodnji, uvozu, izvozu in prodaji ter reklamiranju tobaka in Deklaracija o škodljivosti tobačnih izdelkov.

Ob splošnih prizadevanjih vseh po svetu, da bi se zdravju škodljiva razvada kajenja čimbolj omejila, tudi naše SZD ni izjema. Zato naj ob kongresu slovenskih zdravnikov, ki je namenjen sindromu odvisnosti, v našem glasilu tudi prvič objavimo prevod obeh deklaracij SZZ, ki se nanašata na tobak. Obe deklaraciji bi bilo treba objaviti v čimveč občilih, pa tudi razmnoženi obesiti kot »hišne rede« v bolnišnicah in drugih javnih ustanovah.

Deklaracija o škodljivosti tobačnih izdelkov je bila sprejeta na 40. skupščini SZZ na Dunaju septembra 1988. Deklaracija glasi:

Obstajajo neizpodbitni znanstveni dokazi o vzročni zvezi med kajenjem in njegovimi škodljivimi posledicami na zdravju kadilcev. Dražee substance, ki se sproščajo pri kajenju, lahko ogrožajo tudi zdravje nekadilcev, ki so v bližini kadilcev.

Izhajajoč iz predpostavke, da do danes ni bil sprejet še noben ustrezen ukrep, poziva SZZ vsa nacionalna zdravniška združenja in vse zdravnike, da sprejmejo naslednje ukrepe, s katerimi bi zmanjšali tveganja, ki izhajajo iz kajenja in drugih oblik uživanja tobačnih izdelkov:

1. Sprejeti je treba odklonilno stališče do kajenja in uporabe vseh oblik tobačnih izdelkov, kar je treba javno objaviti.

2. Prepovedati kajenje in uživanje drugih tobačnih izdelkov na vseh sestankih SZZ. Že nekaj let velja sklep SZZ (št. 24), ki prepoveduje kajenje in v dvoranah, kjer so sestanki SZZ.

3. Razvijati in podpirati izobraževalne programe za zdravstveno osebo in javnost, s katerimi naj se ljudje seznajajo z nevarnostjo, ki izvira iz tobačnih izdelkov. Posebno pomembni so programi, namenjeni otrokom in mladini, ki opozarjajo na nevarnost uporabe tobačnih izdelkov. Enako kot programi, ki motivirajo kadilce, naj ne hajo kaditi, so koristni tudi programi, namenjeni kadilcem in vsem, ki ne uživajo tobačnih izdelkov, tudi ne izdelkov, ki ne povzročajo dima.

4. Zdravnike je treba spodbujati, da bi dajali dober vzgled ter podpirali nosilce akcije, ki opozarjajo javnost na škodljive posledice uživanja tobačnih izdelkov. Zahtevati je treba od bolnišnic in zdravstvenih služb, da v vseh prostorih prepovedo kajenje.

5. Podpirati sprejem in izvajanje zakonov, ki:

a) Zahtevajo, da morajo biti besedila, ki opozarjajo na škodljivost kajenja, natisnjena na vsakem zavitku ali drugi embalaži, v kateri prodajajo tobačne izdelke. Enako opozorilno besedilo mora biti tudi sestavni del vsake oglasne ali promocijske akcije za tobačne izdelke.

b) Omejujejo kajenje v javnih stavbah, letalih, šolah, bolnišnicah, klinikah in drugih zdravstvenih zavodih.

c) Omejujejo publiciteto in oglaševanje tobačnih izdelkov.

č) Ureajo in prepovedujejo uvoz tobačnih izdelkov.

d) Prepovedujejo prodajo cigaret in drugih tobačnih izdelkov otrokom in mladotnikom.

e) Prepovedujejo kajenje na vseh poslovnih poletih na domačem ozemlju, kakor tudi na mednarodnih, ter prodajo tobačnih izdelkov v carine prostih trgovinah na letališčih.

f) Prepovedujejo vsako državno subvencioniranje tobaka in tobačnih izdelkov.

g) Podpirajo raziskave o povezavi med uživanjem tobačnih izdelkov in škodljivimi posledicami tega uživanja na zdravje prebivalstva ter programe, ki naj opozarjajo prebivalstvo na nevarnost uživanja tobačnih izdelkov.

h) Prepovedujejo promocijo, distribucijo in prodajo vsakršnih tobačnih izdelkov, ki do danes še niso v prodaji in se bodo na novo pojavili.

i) Zvišujejo davke na tobačne izdelke in tako zbran denar namenjajo zdravstvenim službam.

Deklaracija SZZ o proizvodnji, uvozu, izvozu, prodaji ter reklamiranju tobaka pa je bila sprejeta na 42. skupščini SZZ v Rancho Mirage oktobra 1990. Deklaracija se v prevodu glasi:

SZZ se zaveda nevarnosti, ki jo za zdravje posameznika predstavlja tobak. S tem se sklicuje na Deklaracijo SZZ o nevarnosti tobaka, sprejeto septembra 1988.

Zato SZZ poziva vse narode, da sodelujejo pri sprejemanju ukrepov, ki prepovedujejo ali omejujejo proizvodnjo, uvoz, izvoz, prodajo in oglaševanje tobaka.

SZZ vabi tudi vsa nacionalna zdravniška združenja, da si aktivno prizadevajo, da bi njihove vlade sprejele ukrepe, ki prepovedujejo ali omejujejo proizvodnjo, uvoz, izvoz in prodajo ali oglaševanje tobačnih izdelkov.

Ker smo prek (bivše) Zveze zdravniških društev Jugoslavije tudi slovenski zdravniki bili vključeni v SZZ (upajmo, da se bomo kot samostojno zdravniško društvo države Slovenije vključili v Svetovno zdravniško združenje tudi v bližnji bodočnosti), moramo kot zdravniki – člani tega združenja – čimbolj širiti, spoštovati in se ravnati po deklaracijah SZZ in jih širiti prek strokovnih ter drugih glasil med prebivalstvom. Tako bomo zadostili nacionalnim ter internacionalnim obveznostim, ki jih zdravniki imamo in jih moramo upoštevati, saj SZZ že pol stoletja usmerja našo vest in zavest.

Anton Dolenc

fiziološki antacid



prijetnega okusa in dobro prenosljiv

učinkuje hitro in za daljši čas odstrani pekočo bolečino, žgoč občutek in pritisk v želodcu

monosubstanca; v naravi kot mineral

najnižja vsebnost aluminija glede na ostale sodobne antacide

Pri gastritisu



in ulkusu

Rupurut®

hidrotalcit

Sestava: V tableti je 0,5 g hidrotalcita, v vrečki suspenzije (= 10 ml) je 1,0 g hidrotalcita. **Doziranje:** Odrasli: 1/2 do 1 uro po jedi, pred spanjem ali pri nastanku želodčnih težav 1 do 2 tableti ali 1 vrečko nerazredčene suspenzije. Otroci (6 do 12 let): polovični odmerek za odrasle. **Kontraindikacije:** Pri moteni funkciji ledvic se je treba izogibati daljši uporabi večjih odmerkov Rupuruta.



Bayer Pharma Jugoslavija d.o.o.
Ljubljana

® = zašč. ime

NEKATERE LABORATORIJSKE MOŽNOSTI ODKRIVANJA ALKOHOLIKOV*

SCREENING OF ALCOHOLICS BY SOME LABORATORY TESTS

Ivan MALEŠIČ¹, Marijan PREGL²¹ Splošna bolnišnica Ptuj, Potrčeva c. 23–25, 62250 Ptuj² Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 62270 Ormož

Prispelo 1992-01-17

Sprejeto 1992-03-06

Zdrav Vestn 1992; 61: 119–22

KLJUČNE BESEDE: sindrom odvisnosti od alkohola; diagnostika; psihiatrija; medicina dela

KEY WORDS: alcohol dependance syndrome; diagnostics; psychiatry; occupational health

IZVLEČEK – Izhodišča. Pretirano uživanje alkoholnih pijač vodi do raznih sprememb laboratorijskih vrednosti klinično-biokemijskih preiskav. Z alkoholom povezane okvare vplivajo tudi na odstopanja nekaterih biokemičnih preiskav. Kljub temu še ne poznamo zanesljivega testa, ki bi dokazal, da oseba zlorablja alkoholne pijače, celo ne, da je odvisna od alkohola. Vrednotenje gama glutamil transferaze je postalo pri odkrivanju teh oseb zelo koristno.

Metode. V eksperimentalnem delu smo zajeli 245 bolnikov, ki so se zdravili zaradi odvisnosti od alkohola. Razdelili smo jih v dve skupini: na tiste, pri katerih smo v začetku hospitalizacije opazovali abstinenco krizo, in ostale, ki teh težav niso imeli; porazdelili smo jih tudi po časovnem obdobju uživanja alkohola in po vrednostih gama glutamil transferaze. Posebej so nas zanimale vrednosti ADH v serumih pri tistih, ki so imeli vrednosti gama glutamil transferaze v mejah normale.

Razpravljanje in rezultati. Pri bolnikih, kjer se ob prekinutvi uživanja alkohola pojavlja abstinenci sindrom, lahko v naši populaciji pričakujemo indukcijo gama glutamil transferaze v 70%. Naloga tudi dokazuje, da je negativna indukcija odvisna od ohranjanja ADH sistema. Poudarja se, naj postaneta preiskavi gama glutamil transferaze in ADH sestavni del obveznih pregledov oseb, ki opravljajo specifična dela (npr. poklicni vozniki ipd.).

ABSTRACT – Background. The excessive drinking of alcoholic drinks leads to several variations of laboratory values at clinical – biochemical analyses. In spite of all that, we haven't got a reliable test for the diagnosis of alcohol dependence syndrome. Testing GGT values became very useful at screening of people addicted.

Methods. 245 patients treated for alcohol dependence syndrome were included in this project. They were divided into two categories: those who showed withdrawal syndrome at the beginning of hospitalization and those who didn't. They were also classified regarding to the types of alcohol dependence syndrome, the alcohol intake period and the values of GGT. We were especially interested in the value of ADH in serum of those patients whose values of GGT were in normal range.

Discussion and results. Induction of GGT can be expected with 70% of patients suffering from withdrawal syndrome of our population. This project proves, that the negative induction of GGT depends on the preserving of the ADH System. The necessity of GGT and ADH assays is emphasized at examinations of people doing specific jobs (e. g. professional drivers and likewise).

Uvod

Svetovna zdravstvena statistika uvršča sindrom odvisnosti od alkohola na tretje mesto, takoj za boleznimi srca in ožilja ter malignimi tumorji (1); 20–30% bolnikov v somatskih bolnišnicah ima okvare, povezane z zlorabljanjem alkohola (2). Toda populacije, ki je odvisna od alkohola, skoraj ne zdravimo: v medicini odkrijemo samo enega od desetih, zelo malo od njih pa se je pripravljeno zdraviti (3).

Diagnostika pri odvisnih od alkohola bi se bistveno spremenila, če bi imeli na razpolago eksaktne laboratorijske metode, s katerimi bi odkrili, da posameznik pretirava v uživanju alkohola. Nekateri biokemični preiskavi, npr. indukcija gama glutamil transferaze (GGT), so postale zelo koristne pri odkrivanju teh oseb.

Smatramo, da je neskladje med številom odvisnih od alkohola in zdravljenimi tako veliko, da bi moral biti vsak zdravnik pri

svojih bolnikih pozoren na to, ali morda bolnik ne boleha za sindromom odvisnosti od alkohola.

Vpliv etanola na presnovne procese

Vpliv etanola na človekovo presnovo je vsestranski in ima lahko – predvsem pri čezmernem uživanju – težke posledice za njegovo zdravje. Čeprav marsikaj še ni dokončno raziskano, lahko že razjasnimo številne motnje, ki jih povzroča etanol.

Metabolizem etanola in njegovi vplivi na presnovo v hepatocitih (4).

Gama glutamil transferaza pri odvisnih od alkohola

V dosedanjih objavljenih delih ugotavljajo avtorji, da od laboratorijskih preiskav z uživanjem alkohola najbolj značilno korelirajo povišane vrednosti GGT. GGT se inducira z alkoholom, ko še ni okvarjen jetrni parenhim.

Avtorji vse bolj dokazujejo in priporočajo, da se v praksi uporablja merjenje aktivnosti GGT za zlorabljanje alkoholnih pijač. Omenjajo, da je test visoko specifičen za čezmerne pive.

* Članek je izvelek magistrske naloge; zagovor naloge je bil podan 13. 7. 1984 na Medicinski fakulteti v Zagrebu.

GGT – gama glutamil transferaza; ADH – alkoholdehidrogenaza; MEOS – mikrosomski etanolni oksidacijski sistem.

Predpostavljajo, da se vrši indukcija encima v jetrnih mikrosomih, ki ji sledi sprostitve v kri zaradi toksičnosti etanola. GGT je povišan samo ob aktivnosti MEOS sistema. Če popušča ADH sistem v oksidaciji etanola, se aktivira MEOS in kažejo GGT zvišane vrednosti (5).

Če sledimo gornji hipotezi, bi morali imeti praviloma vsi, ki pretiravajo z uživanjem alkohola, zvišane vrednosti GGT. Zadnja leta pa prihaja vse več poročil, da ima 15–30% bolnikov, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od alkohola, normalne vrednosti GGT; drugi avtorji navajajo normalne vrednosti pri 15–20%. Ne ve se, zakaj se v teh primerih GGT ne inducira (6).

Avtorji navajajo različne vrednosti povišane aktivnosti GGT v povezavi z zlorabo alkohola; tako bi naj bile te vrednosti pri alkoholnem bledežu nad 21,0 μ kat/l pri ostalih vsaj 6,30 μ kat/l, drugi pa menijo, da te vrednosti niso tako visoke. V eni izmed študij je bilo zajetih 14.166 moških; srednja vrednost GGT je bila 2,16 μ kat/l, le 10 oseb je imelo nad 5,46 μ kat/l, 50% pa celo manj kot 1,28 μ kat/l (7).

V detoksikaciji zasluži pri odvisnih od alkohola obnašanje GGT posebno pozornost, saj je specifično: skoraj brez izjeme se vrednosti znižujejo, razen če ne gre za zastoj žolča ali zasevke.

Čeprav je opisanih veliko vzrokov indukcije aktivnosti serum-ske GGT, so le nekatere dovolj pogoste, da zaslužijo temeljitejši pregled. Poleg že omenjenih jetrnih metastaz so to še:

- indukcije z nekaterimi zdravili (barbiturati, phenitoini, meprobamat);

- indukcije zaradi strupov (tetraklorogljik) in

- čezmerno uživanje alkohola (8).

Kadar gre za zastrupitev, ima zdravnik na razpolago tudi druge anamnestične in klinične izvide; zdravila, ki inducirajo GGT, so pri nas (vsaj večina) pod poostreno kontrolo ali pa gre za zdravniku znano terapijo (npr. epilepsija – barbiturat).

Čeprav večina avtorjev poudarja indukcijo GGT z zdravili, je treba tudi pri teh osebah upoštevati možnost, da zlorablajo alkoholne pijače.

Iz literature sledi, da je GGT najuspešnejši test za odkrivanje oseb, ki so odvisne od alkohola, čeprav jih ima 15–30% normalne vrednosti. Kadar je GGT visok, je treba še izključiti uživanje barbituratov in meprobamata. Če se v populaciji zajame oseba z visokimi vrednostmi GGT, priporočajo pogovor s to osebo, abstinenco z dieto in kontrolno merjenje GGT. Če vrednosti GGT ob abstinenci padejo, je štirikrat večja verjetnost, da gre pri osebi za zlorabljanje alkoholnih pijač. Ta test tudi priporočajo kot selekcijo in uspešno presejanje za osebe, ki so odvisne od alkohola.

Po treh tednih abstinence v bolnišnici se mediana distribucija vrednosti GGT že približuje tistim, ki jih dobimo pri neselekcioni-rani skupini; po osmih tednih je padec GGT značilen skoraj v vseh primerih (9).

Eksperimentalno delo

Sprejem od alkohola odvisnega bolnika v psihiatrično ustanovo je lahko prostovoljen (če se želi zdraviti zaradi odvisnosti), mimo bolnikove volje (če je npr. tako bledežen, da se niti ne zaveda, kaj se z njim dogaja) in proti njegovi volji (če se med alkoholno halucinozo počuti ogroženega in preganjanega). Če že dokaj hitro dobimo podatke o vrsti, količini in načinu pitja, pa je najtežje dobiti podatke o tem, koliko let zlorablajo alkoholne pijače. Zaradi tega nismo v raziskavo zajeli tistih, pri katerih nismo bili gotovi, koliko časa so zlorabljali alkoholne pijače (bodisi zaradi prekratke hospitalizacije, neosveščene okolice ipd.).

Iz praktičnih razlogov smo delili bolnike, odvisne od alkohola, na tiste, ki so brez večjih težav začeli abstinirati, in tiste, pri katerih smo opazovali abstinencijsko krizo. Pri slednjih nastopajo v začetku prenehanja uživanja alkoholnih pijač t. i. abstinencijske težave: drhtenje rok, nespečnost, potenje, epileptiformni napadi,

Tab. 1. Vrednosti GGT v serumu odvisnih od alkohola.

N	GGT μ kat/l		Bolniki z normalnimi vrednostmi GGT	
	področje	$\bar{x}$	N	%
245	0,06–67,2	1,23	96	39,3

Tab. 2. Vrednosti GGT v serumih glede an vrsto odvisnosti od alkohola.

Vrsta	N	GGT μ kat/l		Bolniki z normalnimi vrednostmi GGT	
		področje	$\bar{x}$	N	%
Telesno odvisni	133	0,06–67,2	1,47	37	27,8
Psihično odvisni	122	0,5–18,9	1,00	59	52,7

Tab. 3. Vrednosti ADH v serumih pri odvisnih od alkohola.

N	μ kat/L		
	področje	$\bar{x}$	s
245	0,0–90,0	25,8	1,31

včasih vznemirjenost, lahko celo bledežnost. Praktično nastopajo abstinencijske težave pri tistih, ki jih starejša literatura omenja kot »telesno odvisne«; do določene meje še lahko nadzirajo uživanje alkohola, so pa stalno pod vplivom alkohola, čeprav še čez dan obdržijo mero, ki jim dopušča opravljati svoje delo (10).

Pri nekaterih odvisnih od alkohola ne najdemo tako hudih abstinencijskih simptomov. Uvrstili smo jih v rubriko »ostali«. Za te je značilna izguba nadzora nad popito pijačo, lahko ostanejo določeno obdobje abstinenti, zapletajo se v medosebne konflikte; v čezmerno pitje se spuščajo periodično, vseeno pa s pitjem ne prenehajo. V starejši literaturi jih omenjajo kot psihično odvisne.

Uvrstitev bolnikov, odvisnih od alkohola, na telesno in psihično odvisnost je sicer poenostavljena oblika razvrstitve, ima pa svojo praktično vrednost, saj smemo pričakovati pri telesno odvisnih, da zlorablajo večje količine alkohola, s tem pa tudi večja laboratorijska odstopanja. Pri vseh bolnikih smo razpolagali s subjektivno in objektivno anamnezo ter opazovanjem v prvih dneh hospitalizacije, tj. po prisilni abstinenci; bledežna stanja smo uvrstili med telesno odvisne.

V raziskavi smo zajeli 245 bolnikov, ki so se zdravili zaradi sindroma odvisnosti od alkohola, izključno moških, starostne dobe od 18 do 62 let.

Izbor metod

Leta 1972 smo menili, da smo z uvedbo GGT dobili odlično laboratorijsko metodo za okvaro, povezano z zlorabo alkohola. K temu so nas posebej pritegovali članki iz tuje literature, ki so navajali rezultate vrednosti GGT pri odvisnih od alkohola (10). Kmalu smo ugotovili, da so bile vrednosti GGT pri nekaterih v mejah normale. Tudi v strokovni literaturi so se pojavili podatki, ki navajajo normalne vrednosti GGT v 15–30% odvisnih od alkohola v različnih populacijah (12).

Prvo vprašanje, ki se vsiljuje glede vrednosti GGT, je: kolikšen odstotek bolnikov, odvisnih od alkohola, ima normalne vrednosti GGT v naši populaciji? Ali se le-ta razlikuje pri psihično in telesno odvisnih? Ali vpliva doba uživanja alkohola na vrednosti GGT?

Iz poznavanja metabolizma alkohola vemo, da odpade in vivo verjetno 70–90% oksidacije pri zmernih pivcih na sistem ADH. Pri težji okvari jetrnega parenhima (alkoholna ciroza), je zmanjšana jetrna ADH za 50%. Pri odvisnih od alkohola je zmanjšana jetrna ADH za 33% tudi tedaj, ko še niso nastopile histološke spremembe jeter; toda pri jetrnih okvarah očistek alkohola ni znižan; predpostavlja se, da so vzrok temu adaptivne spremembe v drugih poteh razgradnje, predvsem v MEOS. V normalnih okoliščinah se metabolizira prek MEOS 20–25% alkohola.

Tab. 4. Vrednosti ADH s povišano in brez povišane GGT.

	ADH $\mu\text{kat/L}$		
	N	področje	$\bar{x}$
Brez povišane GGT	96	3,0–90,0	31,8
S povišano GGT	149	0,0–66,7	19,7

Tab. 5. Vrednosti ADH v skupini telesno odvisnih od alkohola.

	ADH $\mu\text{kat/L}$			
	N	področje	$\bar{x}$	s
Brez povišane GGT	37	4,3–90,0	34,5	20,5
S povišano GGT	96	0,0–66,7	18,7	27,3

Tab. 6. Vrednosti ADH v skupini psihično odvisnih od alkohola.

	ADH $\mu\text{kat/L}$			
	N	področje	$\bar{x}$	s
Brez povišane GGT	59	19,7–63,3	29,2	18,3
S povišano GGT	53	0,0–60,0	20,7	14,3

Čprav funkcija GGT v organizmu ni popolnoma razjasnjena, smatrajo, da je del tega mikrosomnega sistema. GGT bi se torej aktiviral pri odvisnih od alkohola tedaj, ko popušča v oksidaciji alkohola ADH sistem (5).

Postavlja se vprašanje, kako se obnaša ADH v serumu pri tistih odvisnih od alkohola, kjer so vrednosti GGT v mejah normale.

V okviru delovne skupine ZC Ptuj–Ormož smo že dvakrat poročali o korelaciji vrednosti GGT in obnašanju ADH sistema pri bolnikih, ki so odvisni od alkohola. Takrat smo zajeli 154 bolnikov (13).

Kratek opis laboratorijskih metod

Gama glutamil transferaza

Aktivnost GGT v serumu smo določali po metodi Szasza (14), merjenjem hitrosti reakcije na aparatu 2086 Reaction rate analyzer firme LKB na oddelku za laboratorijsko službo v Ptuj. Natančnost metode je izračunana iz dnevnih kontrol na natančnost in znaša $CV = 14,4\%$. Normalne vrednosti po tej metodi znašajo po avtorju: za moške do $0,59 \mu\text{kat/l}$ (30°C), za ženske do $0,38 \mu\text{kat/l}$ (30°C).

Alkohol: NAD-oksoreduktaza (alkohol dehidrogenaza, ADH, EC. 1.1.1.1).

Aktivnost ADH v serumu smo določali z optičnim testom pri 30°C po metodi Mezeya in sod. (15), ki bazira na reakciji: alkohol + NAD ADH $\rightleftharpoons$ NADH + acetaldehid. Normalne vrednosti znašajo po avtorju $0\text{--}46,7 \mu\text{kat/L}$ (30°C).

Statistične metode

Porazdelitev bolnikov, ki so odvisni od alkohola, na pivsko obdobje do 10 let, do 20 let, do 30 let in več let.

Porazdelitev alkoholikov na telesno in psihično odvisne.

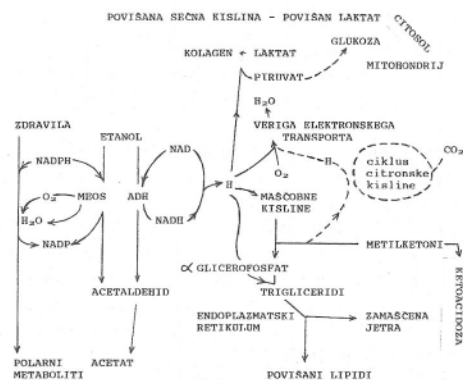
Obdelava rezultatov GGT, ADH, izračunavanje srednjih vrednosti, standardnih deviacij, korelacija vrednosti in hi kvadrat test.

Rezultati

Velik razpon GGT kaže na dokajšnjo disperzijo. Temu primerna je tudi standardna deviacija, ki znaša 3,33. Povprečne vrednosti so precej nižje, kot jih navaja literatura. Odstotek z normalnimi vrednostmi GGT je visok in presega podatke iz literature.

Tudi tu je disperzija vrednosti GGT velika. Vrednosti nad $18,9 \mu\text{kat/l}$ so le pri telesno odvisnih. Povprečna vrednost GGT pri telesno odvisnih je višja kot pri psihično odvisnih zdravljenih; ta razlika povprečne vrednosti je statistično pomembna ($\eta^2 = 14,7$; $p < 0,01$).

Bistvene in statistično pomembne razlike so med telesno in



Sl. 1. Metabolizem etanola in njegovi vplivi na presnovo v hepatitisih.

psihično odvisnimi glede na število in odstotek bolnikov z normalnimi vrednostmi GGT. Pri telesno odvisnih je odstotek v mejah podatkov iz tuje literature, pri psihično odvisnih pa GGT ni bila inducirana v več kot polovici preiskanih. Ta podatek sili k diskusiji, saj obstaja možnost, da se skrivajo za problemom sindroma odvisnosti od alkohola druge psihodinamske pogojene bolezni. Vemo, da je za psihično odvisne značilna nezmožnost nadzora nad popito pijačo; ta nezmožnost torej ni posledica zgolj in samo uživanja alkohola, ampak je psihološko pogojena, obstaja pa tudi možnost dispozicije (endogenost, nevrotičnost, osebnostna motenost). Saj večina odraslih moških pri nas občasno uživa alkoholne pijače, pa ne postanejo odvisni.

Pri enajstih bolnikih je bila vrednost ADH $0,0 \mu\text{kat/L}$. vsi ti so imeli patološke vrednosti GGT (med $0,71\text{--}3,19 \mu\text{kat/L}$ v povprečju $1,71$). Vrednosti ADH $0,0 \mu\text{kat/l}$ so se pojavile pri vseh podskupinah z zvišano GGT, razen pri psihično odvisnih z dobo konzumacije nad dvajset let.

Pri devetindvajsetih bolnikih pa so se pojavile vrednosti ADH nad $50,0 \mu\text{kat/L}$. Te vrednosti so se pojavile pri vseh podskupinah. Pri dvajsetih s tako visoko vrednostjo ADH so bile vrednosti GGT v mejah normale ($x = 0,40$), pri ostalih devetih pa med $0,78$ in $2,86$ ($x = 1,83$).

Razlika vrednosti ADH pri telesno odvisnih z zvišano GGT in normalnimi izvidi GGT je statistično pomembna: $t = 2,65$, $p < 0,05$.

Tudi tu so razlike vrednosti ADH z oziroma brez zvišane GGT statistično pomembne: $t = 2,29$, $p < 0,05$.

Razpravljanje

V nalogi smo ugotavljali vrednosti GGT pri 245 bolnikih, ki so bili odvisni od alkohola. Rezultati kažejo na dokajšnjo disperzijo, povprečne vrednosti pa so bile nižje, kot jih navaja literatura. Odstotek z normalnimi vrednostmi GGT je visok ($39,2\%$) in presega podatke iz literature (tj. do 30%).

Bolnike smo razdelili glede na čas konzumacije alkoholnih pijač in ugotovili, da obstaja razlika v indukciji GGT do deset let in nad deset let pivskega obdobja.

Posebej so nas zanimala vrednosti GGT glede na način odvisnosti. Zaradi poenostavitve smo delili bolnike na telesno in psihično odvisne. Tu so bistvene in pomembne razlike glede na število in odstotek bolnikov z normalnimi GGT do deset let $18,2\%$ in kasneje narašča do $31,3\%$. Pri psihično odvisnih pa je odstotek normalnih vrednosti GGT do deset let uživanja alkohola $64,6\%$ in kasneje pada do $37,5\%$. Samo pri telesno odvisnih smo dobili vrednosti GGT nad $18,9 \mu\text{kat/l}$. Tudi sicer so vrednosti GGT višje pri telesno odvisnih.

Globalni rezultati normalnih vrednosti GGT pri telesno odvisnih od alkohola so podobni podatkom iz tujine. Ali smatrajo v tujini za bolnika samo telesno odvisne od alkohola ali pa smo mi

pri diagnozi sindroma odvisnosti od alkohola »preširoki«? Možno je, da gre za posebnost naše populacije, posebno ker tudi psihično odvisnih nismo uspeli zdraviti ambulantno, ampak zgolj hospitalno.

Pri vseh so se vrednosti GGT znormalizirale v dveh od osmih tednih hospitalizacije brez druge terapije, razen abstinence.

V drugem delu naloge smo želeli raziskati, zakaj ne prihaja pri določenem odstotku odvisnežev do indukcije GGT. Zato smo vključili v preiskave vrednosti ADH. Ugotovili smo, da so vrednosti ADH stalno višje pri tistih skupinah, ki imajo normalne vrednosti GGT, ne glede na vrsto odvisnosti. Te razlike so statistično pomembne, kadar je bila doba uživanja alkohola nad deset let. Kjerkoli smo imeli vrednosti ADH 0, je bila navzoča indukcija GGT. Z vrednotenjem ADH in GGT dokazujemo, da se ADH pri nekaterih dalj časa ohranja kot pri drugih in torej ni nujno, da pride do indukcije GGT.

Za našo populacijo je to posebno zanimivo, ker ti bolniki izhajajo večinoma iz nerazvitih področij, kjer je zlorabljanje alkohola povezano z nizkim standardom, viničarstvom, pomanjkanjem pitne vode, dajanjem alkohola že dojenčkom in med šolanjem, saj se jemlje alkohol kot »normalna hrana«.

Vsekakor odstopanja zaslužijo še nadaljnje preiskave. Vemo, da je ADH kovinski encim, ki vsebuje dva atoma cinka. V naslednjem obdobju se bomo lotili problemov v zvezi s cinkom, saj je teoretično lahko propadanje ADH posledica pomanjkanja cinka.

Zaključek

Naloga poskuša odkriti praktične laboratorijske možnosti odkrivanja oseb, odvisnih od alkohola. Zaenkrat ne razpolagamo z laboratorijskim testom, ki bi lahko služil za popolnoma uspešno presejevanje. Takim željam se po podatkih iz literature najbolj približuje vrednotenje GGT. Test ni idealen, je pa priporočljiv. Predvsem pri telesno odvisnih lahko pričakujemo indukcijo GGT v približno 70%. Po naših ugotovitvah je pozitivnost testa pri odvisnih od alkohola, ki ne kažejo abstinence krize, dosti manjša.

Naši rezultati kažejo, da je v odkrivanju z alkoholom povezane okvare priporočljivo delati tudi ADH.

Vemo, kakšne so posledice telesno odvisnih od alkohola, vendar za odkrivanje te bolezni ne naredimo dovolj. Vsaj GGT bi moral postati rutinski test pri sumu na sindrom odvisnosti od alkohola in pri pregledih, ki imajo širši družbeni pomen (poklicni vozniki, osebe, ki zapadejo pod redne preglede v medicini dela itd.).

Iskati je treba še bolj specifične teste za odkrivanje teh bolnikov.

V drugem delu dokazujemo, da je negativna indukcija GGT očitno odvisna od ohranjanja ADH sistema. Pojav zasluži nadaljnje raziskave.

Literatura

1. Hudolin V. Socialna psihiatrija i psihopatologija. Zagreb: Školska knjiga, 1982: 147–8.
2. Hudolin V. Socialna psihiatrija i psihopatologija. Zagreb: Školska knjiga, 1982: 149–50.
3. Rugelj J. Alkoholizem in združeno delo. Ljubljana: Center za samoupravno normativno dejavnost, 1981: 148.
4. Lieber CS. Metabolic aspects of alcoholism. MTP ed 1977.
5. Schmidt EF, Schmidt W. Classification of acute and chronic liver diseases. Scand J Gastroent 1973; Suppl :
6. Rosalky SB, Rau D. Serum gamma-GT activity in alcoholism. Clin Chim 1972.
7. Lamy J, Baglin MC, Ferrant JP, Weill J. Emploi de la mesure de la gamma GT srique pour kontroler le succèdes cures de desintocation anti-alcolique. Clin Chim 1967;
8. Szczeklik E, Orłowski M, Cyckowska M, Szczeklik A. The late enzymatic test of myocardial infarction. Pol Med J 1969.
9. Lamy J, Aron E, Bernot JL, Weill J. GGTP activity as a test for the diagnosis of excessive alcohol intake. Clin Chem 1975.
10. Jellinek RL. The phases of alcohol addiction. Geneva: WHO Tech. Report series, 1975: 48.
11. Zein M, Discombe G, Lancet L. 1970: 478.
12. Haschen RJ. Enzymdiagnostic. Jena: Fischer, 1981: 117.
13. Malešič I, Pregl M, Kasum S. Korelacija vrednosti ADH in GTT u serumu alkoholičara. V. Kongres med. biok. Jug. Skopje. Skopje: 1972, 72.
14. Szasz R. Clin Chem 1969; 15: 14.
15. Mezey E, Cherrick GR, Holt RR. New Engl J Med 1968; 279: 241–8.

OBVESTILO

Uredništvo je z zamudo prejelo prispevka: »Poročilo Zveze društev nekadilcev Slovenije« in prispevek z naslovom »Razvada kajenja pri zdravnikih in njene posledice«.

Čeprav bi ta dva prispevka sodila v številko ob obnem zboru SZD, to tehnično ni bilo več možno izpeljati. Prispevka bosta objavljena, brž ko bo možno.

Odgovorni urednik prosi za razumevanje in obenem opozarja pisce člankov, da se držijo predpisanih rokov.

Prof. dr. Martin Janko

ZLORABA PSIHOTROPNIH SNOVI – KAKŠNA JE SLOVENSKA SCENA DANES**ABUSE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES – TODAY'S SCENE IN SLOVENIA**

Martina TOMORI

Center za mentalno zdravje, Univerzitetna psihiatrična klinika, Univerzitetni klinični center, Poljanski nasip 58, 61000 Ljubljana

Prispelo 1992-01-15

Sprejeto 1992-01-15

Zdrav Vestn 1992; 61: 123-5

KLJUČNE BESEDE: psihoaktivne snovi; odvisnost; zloraba; epidemiologija; Slovenija

KEY WORDS: psychoactive substances; dependency; abuse; epidemiology; Slovenia

IZVLEČEK – *Izhodišča. V Sloveniji se epidemiološko stanje zlorabe in odvisnosti od drog dinamično spreminja. Še vedno je najbolj razširjena zloraba alkohola, tobaka in različnih zdravil. Mladi so že vključili zlorabo marihuane v svoje socialno vedenje. Vedno pogostejša je zloraba heroína, nižja se tudi starost uživalcev te droge. Opažamo tudi zlorabo halucinogenov in opajal. Pričakovati je mogoče zlorabo kokaina.*

Zaključki. Zdravniki bi se morali bolj dejavno vključiti v preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog. Današnje razmere na slovenski sceni drog zahtevajo od zdravnika boljše poučenost in znanje o tej problematiki, kar je pogoj za uspešnejšo preventivo in prevzem ustreznega mesta v zdravljenju odvisnosti.

ABSTRACT – *Background. epidemiological situation of drug abuse and dependency in Slovenia is subject to dynamic changes. However, the most common the abuse of alcohol, tobacco and different medicaments. The young have included the use of marihuana in their social behaviour. Heroin is used more and more commonly, with there age of users falling constantly. The abuse of halucinogens and inebriants is also noted. The abuse of cocaine can be expected well. Physicians should become more actively involved in the prevention and treatment of these phenomena.*

Conclusion: Physicians should become more actively involved in the prevention and treatment of drug addiction. The situation, such as found today in the Slovenian drug scene, demands from a physician a higher level of information and knowledge about this kind of problems, which is a necessary condition for more successful preventive work and the setting up of its appropriate position in the treatment of addiction.

Pri pojavu, ki je etiopatogenetsko tako zapleten in povezan s tolikšnim številom različnih dejavnikov, kot je to pri zlorabi psihoaktivnih snovi in razvoju odvisnosti, je tudi epidemiološka situacija hudo zapletena. Gibanj in sprememb, ki se na sceni drog neprestano odvijajo, ne moremo pripisati le posamičnim in enosmernim vplivom, ampak moramo videti v njih zrcaljenje mnogih dogajanj, ki oblikujejo življenjske pogoje na kakem področju.

Razširjenost zlorabe psihotropnih snovi ne opisuje le kakovosti, ampak tudi vsebino življenja oseb, ki se v ta pojav vključujejo. Epidemiološko stanje pri zlorabi drog oblikujejo gnotni, ekonomski in socialni vplivi, odvisna je od sistema vrednot, od vzgojnih sporočil in narodnega značaja, ki ga ta utrjujejo, od uveljavljenega sloga pri odzivanju na različne strese, od povezanosti ljudi s svetom in dogajanja izven domačih meja, njihove poučenosti in zdravstvene osveščenosti. Razen tega pa jo sproti uravnavajo tudi aktualna dogajanja, ki lahko pri mnogih ljudeh toliko razrahljajo njihove obrambne mehanizme, da se že pred vsakodnevnimi obremenitvami s pomočjo droge umikajo iz stvarnosti, ki je ogrožujoča za njihovo duševno ravnotežje.

Na dejstvo, da je treba problematiko zlorabe drog ocenjevati in vrednotiti glede na značilnosti časa in prostora, v katerih se pojav razvija, je opozoril Milčinski (1), ki že na začetku širjenja te epidemije pri nas ni podlegel stereotipnim ocenam in poenostavljenem prenosu izkušenj iz tujine, kjer so se s tem problemom spoprijemali že več desetletij pred nami.

Skopi podatki o zlorabi psihoaktivnih snovi sami po sebi še zdaleč ne povejo dovolj. Dinamika njihovih sprememb pove že precej več. Še bolj koristne so ugotovitve, kateri deli populacije so za zlorabo določenih psihoaktivnih snovi bolj sprejemljivi in s tem tudi bolj rizični za razvoj odvisnosti.

Natančne podatke o zlorabi drog je iz razumljivih razlogov

težko zbrati. Morda se te naloge prav zato naši epidemiologi tudi nikoli niso sistematično lotili. Trezno in kritično moramo razumeti tudi številke, ki so nam na voljo ob občasnih pregledih naše domače scene – to so predvsem podatki služb in organov, ki poskušajo zmanjšati razširjanje in ponudbo droge, t. j. policije, ter zbirni vsakoletni podatki zdravstvenih ustanov o številu obravnavanih uživalcev psihoaktivnih snovi. Prvi namreč zajemajo le tiste primere oseb, ki pridejo v policijske roke – in zapiske – zaradi preprodaje droge in drugih deliktov v zvezi z njo, kar pa zdravstvu ne pomaga veliko. Drugi pa povejo le to, koliko oseb se je obrnilo po zdravniško pomoč v tistem letu (pri tem zaradi tega, ker skupnega registra ni, ne moremo niti izločiti tistih, ki so bili obravnavani v več zdravstvenih ustanovah). Glede na to, kaj vse sproži ali pa zadrži odločitev uživalca droge za korak v zdravstveno ustanovo, pa tudi ta podatek sam po sebi ni posebno uporaben in ne pove dovolj o tem, koliko oseb je v resnici ogroženih od drog in koliko bi jih to pomoč zares potrebovalo.

Če pa že nimamo zanesljivih številčnih podatkov (teh ni niti za oceno sindroma odvisnosti od alkohola, pojava, ki pesti Slovence že toliko časa, da bi se morali bolj sistematično spoprijeti tudi z njegovo epidemiologijo), je vendarle kar nekaj kazalnikov, ki prikazujejo razširjenost zlorabe psihoaktivnih snovi in kažejo tudi razmerja med posameznimi oblikami tega pojava. Ti nam pomagajo pri osnovni orientaciji, potrebni za oceno problematike, nikakor pa ne zadoščajo za vse bolj potrebne terapevtske in preventivne programe na tem področju.

Slovenska scena drog

Pred slabimi dvajsetimi leti je Milčinski poskušal oceniti slo-

vensko sceno drog (1, 2). Kot je predvideval, je od takrat prišlo na njej do nekaterih sprememb in premikov. Ti zahtevajo tudi od zdravnikov dejavnejši pristop, zato naj jih vsaj okvirno opišemo.

Najbolj razširjena je pri nas še vedno odvisnost od alkohola. Njeno malignost tako v socialno-patoloških razsežnostih kot pri duševni in telesni ogroženosti posameznika imamo zdravniki že trdno v zavesti in znanju. Morda vemo premalo le še o dveh populacijah, ki vse bolj kažeta posledice razširjenosti zlorabe alkohola pri nas, o ženskah in mladih. Prve so s spreminjanjem svoje socialne vloge problemu še bolj izpostavljene kot v preteklih obdobjih. Mladi, zlasti dekleta, ki so slabo opremljena za to, da bi v tem kompetitivnem času znala najti svoj prostor in možnost ustrezne uveljavitve, pa segajo po alkoholu v vse bolj zgodnjem obdobju razvoja (3). Tako je tudi pri tej populaciji, torej odraslih, ki imajo v zadnjem času že tako celo vrsto »svojih« drog, zloraba alkohola in s njo telesne, duševne in socialne težave prav gotovo na prvem mestu.

Zelo podobno je z zlorabo druge, že dolgo domače droge pri nas, tobaka. Trenda zniževanja števila kadičev, ki je že več let opazen za zahodu, predvsem kot rezultat sistematične preventive, temelječe na negativnem imidžu kadičarja, pri nas ni opaziti. Kajenje pri mladih je svojevrsten odraz te razvade odraslih, saj več domačih raziskav (4–7) potrjuje dejstvo, da je pri mladostnikih iz družin staršev kadičev kajenje pogostejše in bolj zgodnje.

Po razširjenosti zlorabe, nedvomno pa tudi odvisnosti, sledi tema dvema drogama še tretja skupina legalnih psihotropnih snovi – zdravila, predvsem tista s sedativnim, hipnotičnim, anksiolitičnim in analgetičnim učinkom. Od vseh teh so benzodiazepini najpogostejše predpisani, a tudi največkrat z neustrezno indikacijo. Trume ljudi, ki odidejo iz splošnih in drugih ordinacij z receptom za zdravilo, ki naj bi olajšalo tesnobo, napetost, zaskrbljenost, depresijo, nespečnost in razne bojazni, so marsikdaj za obrambo in obvladovanje objektivnih stresov, ki so v njih zbudili našeta doživljanja, še manj sposobni, kot bi bili brez teh kemičnih pomagala, s katerimi jih je oskrbel zdravnik. Za razvoj odvisnosti od teh sredstev je najbolj sprejemljiva populacija žensk v srednjem življenjskem obdobju, vendar zloraba te vrste ni več redka niti pri moških niti pri šolski mladini. Ta »samomedikacija«, ki se nadaljuje še potem, ko se zdravnik s potrebo po njej že ne strinja več, privede v odvisnost zlasti depresivne, kronično anksiozne, negotove in psihosomatsko naravnane osebe.

Kajenje hašiša in marihuane zdaj že več let tudi pri nas ni več le občasna navada tistih mladih, sorazmerno redkih ljudi, ki s tem povezujejo značilno ideologijo nematerialnosti in protesta proti potrošništvu in drugim grehom naše družbe. Postalo je del družabnega življenja še kako potrošniško usmerjenih mladostnikov, marsikje je že praktično reden spremljevalec socialnih navad mladih, povezava z ideologijo se je razgubila (8). Kajenje marihuane se je razširilo že na predadolescentno obdobje. Podatki navajajo te izkušnje pri skoraj desetini učencev (7). Razredov in pri šestini učencev 8. razredov osnovnih šol (7), v srednjih šolah pa vsaj občasno kadi marihuano kar četrtina dijakov (8). S takim širjenjem zlorabe tega sredstva se veča tudi število tistih, ki jim – razen možne zasvojenosti – ta zloraba prinaša tudi vrsto zapletov na področju duševnih in socialnih funkcij. Vedno pogostejše srečujemo v tej povezavi apatijo, depresijo, usihanje motivacije, stanja zbežanosti in tesnobe, opuščanje izobraževanja in konstruktivnih dejavnosti in celo toksične psihoze. Slaba poučenost o sorazmerni nevarnosti marihuane in splošno prisotno minimaliziranje posledic uživanja te droge otežkoča tudi preventivna prizadevanja na tem polju.

Zloraba halucinogenov, od katerih je bil včasih najbolj priljubljen in tudi dostopen LSD, ki so se mu kasneje pridružila nekatera bolj škodljiva sintetična sredstva s halucinogenim učinkom, pri nas ni močno razširjena. Delno je vzrok v tem, da so na tržišču neredno in nepredvidljivo prisotna, delno pa v njihovih učinkih, ki za marsikoga niso privlačni in zanimivi toliko, da bi z njimi nadaljeval še po prvih eksperimentalnih izkušnjah.

Bistveno bolj zaskrbljujoča v primerjavi s to je v zadnjih letih pri nas zloraba opiatov, zlasti heroína (10). Večje povpraševanje se obojesmerno povezuje z večjo ponudbo, krog uživalcev se širi tudi na mlajše, način življenja, povezan z uživanjem teh drog, dokaj hitro potisne odvisnike v subkulturno dogajanje in stran od običajnih življenjskih opor in konstruktivnih razvojnih spodbud. Nekaj odvisnikov iz te skupine je vezanih na različne medikamente z opiatiskim učinkom (valoron, fortal, heptanon, kodeinski sirupi...), vedno več pa jih uživa heroin večinoma z vbrzgovanjem v žilo, redkeje s kajenjem. Le ob pomanjkanju te droge si abstinence težave lajšajo na naštetih zdravilih, trodonom in apaurinom. V zadnjem času je tudi več primerov zasvojenosti s heptanonom, ki je še bolj adiktiven kot sam heroin (11). Uživalci ga dobivajo od zdravnikov mimo strokovno določenih načel in so ga ob hkratni dostopnosti prav voljni prodati, da si s tem zagotovijo nabavo heroína, ki jim razen ugodja igle prinaša tudi večji evforični učinek. Odvisnost je pogostejša pri osebah, ki so precej starejše od dvajset let. Med njimi je več moških, praktično vsi so v adolescenci uživali druge, manj adiktivne droge. Zloraba heroína bolj prej kot slej privede do različnih kriminalnih dejanj.

Čeprav v zdravstvu zaenkrat še ne zaznavamo neposrednih zahtev po obravnavanju odvisnosti od kokaina, pa je to v naslednjem obdobju po nekaterih posrednih znakih že mogoče pričakovati. Policijska poročila že opozarjajo na navzočnost te droge tudi na slovenski sceni, verjetno pa je tudi nekaj težav (kot so motnje razpoloženja, nerazložljivo skrajno nihanje storilnosti, manjve hiperaktivnosti z letargijo in utrujenostjo) pri osebah z vrha podjetnega in dinamičnega življenja našega socialnega odra že mogoče pripisati vsaj občasni zlorabi tega psihostimulansa, ki je pri nas še zelo drag in težje dostopen, na zahodu pa že vir večjih težav, kot jih je sprožil heroin.

Med odraslimi odvisnimi osebami so politoksikomani dokaj opazni predvsem zaradi svoje konfliktnosti s socialnimi normami, občasnih prekoračitev odmerka in možnih (avto)agresivnih dejanj, dejansko prav številni pa niso. Večinoma gre za mlajše odrasle, nezaposlene moške, ki ob raznih drugih drogah uživajo tudi alkohol.

Vdihovalcev opajal (lepil, razredčil...) je po vtisu nekoliko manj kot pred leti. Še vedno so to mlajši adolescenti ali celo otroci, ki so socialno in emocionalno manj zreli. V obliki občasnih epidičnih epizod je več teh primerov v vzgojnih zavodih in drugih institucijah, kjer se zbirajo otroci z značilno neprilagojenim vedenjem. Mnogi od njih kasneje preidejo na zlorabo drugih psihoaktivnih snovi, največkrat alkohola.

Značilnosti slovenske scene drog

Na slovenski sceni torej opazimo kar nekaj značilnosti. Zelo pomembna med njimi je ta, da so pri zlorabi, pa tudi pri odvisnosti, najbolj razširjene že udomačene, tako rekoč tradicionalne, legalne psihoaktivne snovi. Do njih smo skrajno tolerantni in prepogosto brezbržni tudi takrat, ko segajo po njih še posebno rizični uživalci, torej najmlajši, ki so tudi s stališča osebnostnega razvoja in telesnega zdravja s tem najbolj ogroženi in za katere smo še najbolj odgovorni.

Druga značilnost naših razmer je v tem, da se spreminjajo po dokaj živahni dinamiki, ki z zamikom več let sledi tisti v bolj razvitem svetu.

Tretja značilnost, ob kateri se moramo še posebej zamisliti, je v tem, da so možnosti, s tem pa tudi uspehi zdravljenja, sorazmerno slabe, kar pa poznavalci te problematike povsod po svetu neposredno povezujejo z nezadostno splošno osveščenostjo in poučenostjo v vseh skupinah prebivalstva, ne le mladih in odraslih nasplo, temveč tudi tistih, ki so poklicno odgovorni za preprečevanje socialno-patoloških pojavov – torej pedagogov, svetovalnih delavcev, zdravnikov, sociologov...

In zadnja, a ne najmanj pomembna značilnost, ki daje ton naši

sceni drog, je v tem, da je vsajena v zelo neugodno »gojišče« neustreznih socialnih razmer, ki se še slabšajo, problema nezaposlenosti starih in mladih ter pomanjkanja objektivnih možnosti za vključevanje pozitivnih vrednot v življenje ljudi. To dela našo sceno drog še bolj zaskrbljujočo.

Zaključek

Vsi skupaj, laiki in strokovnjaki, smo se pripravljani močno odzivati in iznašati čustveno hudo poudarjene (besedne) prispevke o tej temi, iskati krivdo in pomanjkljivosti v napačni dejavnosti ali pomanjkanju dejavnosti pri drugih, pri tem pa pozabljamo, da tudi naš lastni odnos do droge, zlorabe in odvisnosti ni povsem ustrezen. Premike na slovenski sceni drog lahko pričakujemo le, če se bo pri ljudeh spremenil odnos do svojega telesnega, duševnega in duhovnega zdravja (s tem pa tudi vedenje in ravnanje), če bomo najprej pošteno razčistili s pojmovanjem pri nas že udomačenih drog (alkohola, tobaka, hrane, televizije, dela), če se bomo znali zdravo sprostiti, se smiselno in dejavno spoprijemati s stresi vseh vrst in razvijati svojo trdnost in samospoštovanje, da nas že vsakodnevni odnosi z ljudmi ne bodo spravljali v napetost, jezo in tesnobo. Zdravniki na vseh teh poljih nismo kaj dosti močnejši od drugih... Tudi zato smo v preprečevanju zlorabe drog in v obravnavi odvisnosti premalo dejavni in preslabo učinkoviti.

Ker pa je razen lastnega pojmovanja in stališč, čustvenega odnosa in osveščenosti pomembno tudi znanje, kličejo današnje razmere na slovenski sceni drog tudi pri zdravniki k boljši pouče-

nosti o tej problematiki. Ta je pogoj za to, da se bomo bolj dejavno vključevali v tako potrebno preventivo in da bomo tudi v zdravljenju odvisnosti prevzeli svoje bolj ustrezno mesto.

Literatura

1. Milčinski L. Etiopatogenetsko ozadje narkomanij današnjega časa. *Zdrav Vestn* 1973; 42: 483–4.
2. Milčinski L. Droge – današnja scena. *Zdrav Vestn* 1973; 42: 423–6.
3. Tomori M, Ziherl S. Osebnostne in socialne determinante pri nastanku in razvoju alkoholizma. Raziskava v sklopu duševno zdravje SRS, Ljubljana, 1987.
4. Tomori M. Nekateri značilnosti populacije narkomanov v Sloveniji. *Disertacija*, Ljubljana, 1979.
5. Stergar E. Razširjenost kajenja med slovenskimi srednješolci. *Zdrav Var* 1991; 30: 67–70.
6. Mlakar M. Analiza kadilske razvade srednješolcev. *Raziskava – 4. srečanje mladih raziskovalcev*, Ljubljana 1991; Register: 81.
7. Bulič J, Vesel D. Razširjenost mamil na osnovnih šolah. 4. srečanje mladih raziskovalcev, Ljubljana, 1991; Register: 78.
8. Tomori M. Zloraba drog pri mladih – nevarno tveganje. *Zbornik referatov 8. adolescentskega seminarja*, Ljubljana, 1992 (v tisku).
9. Gradišnik J, Kavšek S. Mehke droge in srednješolska populacija. 4. srečanje mladih raziskovalcev, Ljubljana, 1991, Register: 78.
10. Kobal M in sod. Načela zdravljenja in drugih postopkov pri odvisnosti od drog. *Zdrav Var* 1991; 30: 103–16.
11. Gold MS. The facts about drugs and alcohol. New York: Lawrence Hilnick Ass, 1988: 58–8.

strokovna srečanja

STROKOVNO SREČANJE PEDIATROV SLOVENIJE V BREŽICAH

Organizacija lanskega, že tradicionalnega strokovnega srečanja pediatrov je bila zapuana Pediatričnemu oddelku brežiške bolnišnice. Priprave so potekale v senci vojne v komaj nekaj kilometrov oddaljeni Hrvaški, v neugodnih gospodarskih in ekonomskih razmerah in v ozračju groženj z ukinitvijo pediatričnega oddelka. Zbegani, vendar kljub temu optimistično razpoloženi, smo uspeli dobiti sponzorje, ki so omogočili realizacijo našega srečanja.

Četrtega oktobra 1991 smo se po predhodnem ogledu pediatričnega oddelka zbrali v Zdravilišču Terme Čatež. Po pozdravnih govorih in kulturnem programu, ki so ga pripravili otroci brežiške osnovne šole, je bilo dr. Mariji Jež podeljeno priznanje za požrtvovalno, skoraj 40-letno delo na področju otroškega zdravstva. Slavljenka se srečanja iz zdravstvenih razlogov žal ni mogla udeležiti. Pred strokovnim delom programa je predstojnica Otroškega oddelka predstavila ta oddelek, kroniko njegovega nastanka, sedanjo organizacijo in dejavnost.

Dr. Janja Roškar, vodja Otroškega dispanzerja v Krškem, in dr. Marko Lipovšek, vodja Otroškega dispanzerja v Brežicah, sta predstavila dejavnost otroškega zdravstvenega varstva v Posavju. Brežiški dispanzer je kadrovsko pomanjkljivo zaseden, saj zadnja

leta opravlja vso preventivno in kurativno dejavnost en sam pediater. Kljub temu beležijo 97% precepljenosti.

Strokovna tematika je zadevala področje revmatologije. S prispevki smo se, kot je bilo rečeno, te obširne veje medicine le dotaknili in morda s skromnim začetkom spodbudili kolege k pripravi kakega strokovnega srečanja, kjer bi se revmatološke problematike poglobljeno lotili.

Revmatska vročica in juvenilni kronični artritis sta še vedno najbolj aktualni obliki revmatične bolezni v otroštvu. V porastu so kronične oblike, epidemioloških podatkov o prevalenci in incidenci pa pri nas nimamo.

Dr. Franc Gabron je podal novejša poglede na zdravljenje revmatično zbolelih otrok, ki je pogosto dolgotrajno in zahteva skupinsko angažiranje specialistov različnih strok. Indikacijo za temeljno zdravljenje juvenilnega kroničnega artrisa naj bi postavil revmatolog.

O edukacijsko motivacijskih smernicah za delo s starši otrok, zbolelih za juvenilnim kroničnim artritisom, je govoril fiziater prof. dr. Franović. Najboljša je individualna edukacija. Glede na različen potek bolezni pri posameznih bolnikih je treba starše seznaniti z bolnikovim stanjem, zdravljenjem in

prognozo v okviru njegovih psihofizičnih, socialnih in razvojnih potreb.

Strokovni del sta zaključila revmatolog mag. dr. Stane Sunčič in dr. Romana Laktič. Dr. Sunčič je govoril o pogostnosti pojavljanja revmatičnih bolezni pri otrocih in mladostnikih v občini Krško, ki trenutno ni problematično, vendar je ocena površna, ker so zajeti le bolniki, vodeni v ZD Krško. Dr. Laktičeva je prikazala javljanje revmatске vročice in juvenilnega revmatoidnega artrisa pri otrocih, zdravljenih v zadnjih desetih letih na Otroškem oddelku bolnišnice Brežice. Število bolnišnično zdravljenih otrok za revmatsko vročico upada, porasta števila tako zdravljenih otrok zaradi juvenilnega kroničnega artrisa ni.

V razpravi, ki je sledila, je bil sprejet predlog, da tudi pediatri dvignemo glas proti trpljenju otrok, zajetih v vrtnice vojnih grozov in sosednji Hrvaški in na to opozorimo tudi pomembnejše evropske pediatrične institucije.

Megleno jesensko jutro se je naredilo v lep, sončni dan, ki smo ga izkoristili za ogled rastlinjakov Agrarie – Cvetje – Čatež, največje slovenske pridelovalnice reza-nega cvetja in lončnic.

Ob zaključku smo po sproščenih obrazih naših kolegic in kolegov sklepali, da jih kot organizatorji srečanja in gostitelji nismo razočarali. Upamo, da so začutili utrip življenja in dela v pogojih in možnostih, ki jih ima majhna, od središča oddaljena bolnišnica.

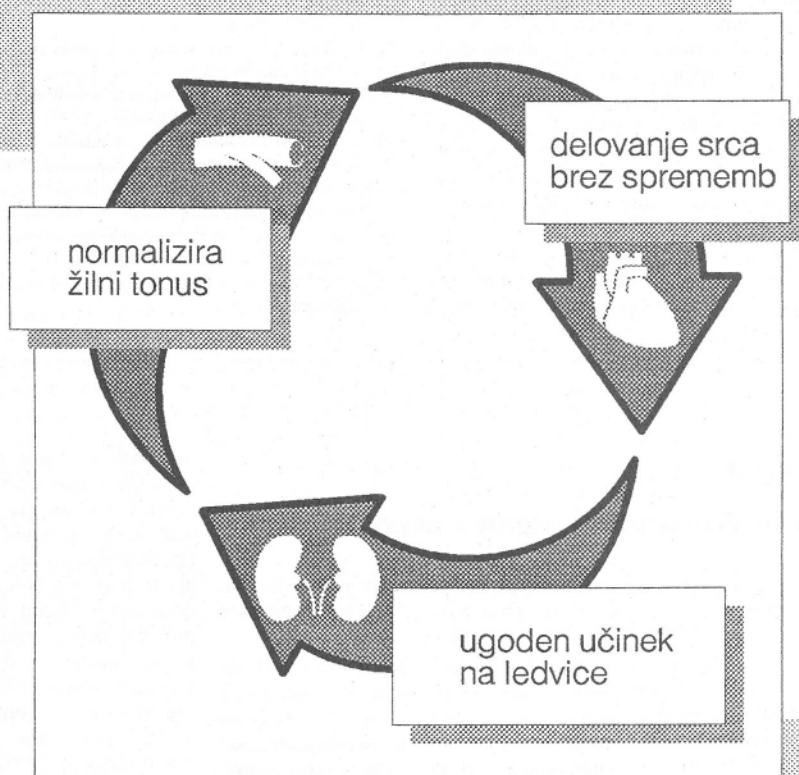
Dr. Stanislava Zorčič

TENZIPIN®

tablete isradipin

antihipertenziv

deluje v harmoniji s kardiovaskularnim sistemom



- nov dihidropiridinski antagonist kalcija - specialno razvit za zdravljenje hipertenzije
- učinkovit za večino bolnikov
- odlično prenašanje
- enostavno doziranje: 2-krat na dan po 1 tableto

Oprema

20 tablet po 2,5 mg



tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija
s sodelovanjem Sandoz Pharma Ltd., Švica

RAZŠIRJENOST ZLORABE ALKOHOLA, TOBAKA IN DRUGIH DROG V SLOVENIJI**THE EXTENT OF ALCOHOL, TOBACCO AND OTHER DRUG ABUSE IN SLOVENIA**

Dušan NOLIMAL

Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo, Enota za proučevanje in preprečevanje zasvojenosti, Trubarjeva 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1992-01-21

Sprejeto 1992-03-16

Zdrav Vestn 1992; 61: 127-31

KLJUČNE BESEDE: razširjenost; zloraba; alkohol; tobak; farmacevtski proizvodi; nedovoljene droge; aids

KEY WORDS: extent; abuse; alcohol; tobacco; pharmaceutical products; illicit drugs; aids

IZVLEČEK – Izhodišča. Razširjenost zlorabe dovoljenih in nedovoljenih drog v Sloveniji smo ocenili na podlagi statističnih podatkov iz zdravstvenih, farmacevtskih, socialnih, gospodarskih, kriminoloških virov in posebnih raziskav med šolarji. Rezultati in zaključki. Povprečna letna poraba alkohola je dosegla nivo 10 litrov čistega alkohola na prebivalca v zadnji polovici osemdesetih let. Več kot 16% v letu 1990 anketiranih srednješolcev je že imelo težave doma in/ali v šoli zaradi pitja. Umrljivost zaradi alkoholne jetrne ciroze se je od leta 1975 do 1990 približno potrojila. V osemdesetih letih je znašala povprečno 18,3 smrti na 100.000 prebivalcev letno. Od 18% do 28% v letu 1990 anketiranih srednješolcev kadi. Podatki javnomnenjskih raziskav kažejo, da je delež kadilcev med odraslimi porasel od 30% na 34% v letih od 1975 do 1988. Povprečna umrljivost za pljučnim rakom v zadnji polovici osemdesetih let je bila 41 smrti na 100.000 prebivalcev letno in 20,5 zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni. Razširjenost zlorabe trankvilizantov in banalnih analgetikov je še vedno problem. Največ 20% adolescentov v ljubljanskih šolah eksperimentira s kanabisom in manj kot 1% s heroinom. Ocenjujemo, da je v Sloveniji vsaj 1000 intravenoznih uživalcev heroina. HIV prevalenca med njimi je nizka. Zbrani podatki se nagibajo k nezanesljivosti. Potrebujemo širšo in bolj kvaliteto raziskovalno dejavnost, podprto z informacijskim sistemom.

ABSTRACT – Background. The statistics from health, pharmaceutical, welfare, economy and law enforcement sources and school surveys was used to assess the extent and consequences of licit and illicit drug abuse in Slovenia. Results and conclusions. The average consumption of pure alcohol in Slovenia have reached the level of 10 litres per year per capita of pure alcohol in the latter half of the 1980s. Over 16% of secondary schoolchildren surveyed in 1990 have already experienced family and/or school troubles because of their drinking. The mortality due to alcoholic liver cirrhosis about tripled in the period between 1975 to 1990. It was in average 18.3 deaths per year per 100,000 inhabitants in the 1980s. Between 18% and 28% of secondary schoolchildren surveyed in 1990 smoke. Public opinion data show that the percentage of the smokers among the adults have increased from 30% to 34% in the period between 1975 to 1988. The lung cancer mortality was in average 41 deaths per year per 100,000 inhabitants and 20.5 for the chronic obstructive pulmonary disease in the latter half of the 1980s. The abuse of tranquilizers and over-the-counter analgesics continues to be a problem. Cannabis experimentation does not exceed in average 20% and heroin use is below 1% in the adolescent school population in Ljubljana. On a low estimate, Slovenia has about 1000 intravenous heroin users and with low HIV prevalence. The data tend to be unreliable. More research of better quality, supported by drug abuse information system is needed.

Uvod

Začetna faza planiranja preventivnih programov za vsako motnjo zdravja, pa tudi za posledice zlorabe drog, vključuje ocenitev razširjenosti problema. Namen prispevka izhaja iz potrebe po celovitejšem prikazu problema zlorabe nekaterih dovoljenih (alkohola, tobaka, nekatera psihoaktivna zdravila) in nedovoljenih (kanabis, heroin, kokain) drog v Sloveniji in s tem v zvezi prikazati stanje pri spremljanju razširjenosti pojava.

Zloraba drog je problem v vseh državah, razvitih in nerazvitih. Razširjenost zlorabe dovoljenih in nedovoljenih drog se spreminja tako časovno kot tudi od države do države, pa tudi znotraj posamezne države. Naraščanje svetovne porabe alkoholnih pijač po drugi svetovni vojni se je v Združenih državah Amerike (ZDA) in mnogih razvitih evropskih državah stabiliziralo v sredini sedemdesetih let (1). Zdi se, da to ne velja za razvijajoče se države (2). Poraba alkohola je mnogo višja v centralni in vzhodni kot pa v zahodni Evropi (3). Poraba nikotina v mnogih razvitih državah pada, narašča pa v večini razvijajočih se dežel (4). V mnogih razvitih državah v zadnjih dveh desetletjih opažajo zmanjševanje števila aktivnih in pasivnih kadilcev. V ZDA skoraj dve tretjini srednješolcev eksperimentira s kanabisom (5), v zahodni Evropi pa preva-

lenca vsaj enkratne uporabe kanabisa med adolescenti ne presega 23% (6). Tudi poraba heroina in kokaina je v ZDA precej večja kot v zahodni Evropi. Prevalenca uporabe teh »težkih« drog med adolescenti skoraj nikjer v Evropi ne presega 2% (6). Zdi se, da v nekaterih razvitih državah poraba heroina upada, ne upada pa poraba kokaina (7). Pričakuje se porast zlorabe nedovoljenih drog v državah vzhodne Evrope, vključno s širjenjem intravenskega uživanja in s tem v zvezi nevarnost širjenja aidsa po tej poti (8, 9, 10).

Alkohol

Letna količinska prodaja vseh vrst alkoholnih pijač v trgovini na drobno in v gostiščih, preračunana v absolutni alkohol, je konec osemdesetih let v Sloveniji presegla število 10 litrov čistega alkohola na prebivalca (11), ki se smatra kot indikator visokega tveganja za nastanek škodljivih posledic zaradi porabe alkoholnih pijač v kaki družbi. Zadovoljivih podatkov o domači proizvodnji alkoholnih pijač nimamo. Ocenjujemo, da je v letih 1988–1990 vsak prebivalec v starosti 15 let in več letno zaužil pijač za približno 13 litrov absolutnega alkohola (12). Ta količina ustreza približno 55 litrom piva, 45 litrom vina in 6 litrom žganih pijač.

Več kot 16% vseh anketiranih srednješolcev (tretješolcev) republiškega vzorca je že imelo doma ali v šoli težave zaradi pitja alkohola; 16% jih je izjavilo, da njihov oče pije ali pa je v preteklosti pil pretirane količine alkoholnih pijač (13). To je svojska potrditev ocene o razširjenosti zlorabe alkohola med slovensko moško populacijo. Raziskava ljubljanskega vzorca (800 sedmošolcev in osmošolcev, 15 osnovnih šol) pa je pokazala, da je povprečna starost prvega srečanja z alkoholom, pa tudi prve pijanosti za fante 12, za dekleta pa 13 let; 47% anketiranih ljubljanskih osmošolcev in 40% osmošolk je bilo že pijanih (14).

V Sloveniji naj bi bilo vsaj sto tisoč alkoholikov; med zaposlenimi moškimi več kot 15%, dodatnih 15% pa ima zaradi pretirane pitja alkohola tudi že določene težave (15, 16). Leta 1990 je bilo med več kot 10 tisoč vedenjsko in osebnostno motenimi odraslimi evidentiranimi v službah socialnega skrbstva več kot polovico alkoholikov (17). Isti vir navaja, da se je skupno število otrok, ki so prikrajšani za zdravo družinsko življenje v letu 1990 v primerjavi z letom poprej povečalo za 8,3%, in sicer jih je bilo več kot 42 tisoč.

Zloraba alkohola je soudeležena pri izredno velikem številu prometnih nesreč (18). Od leta 1960 do danes je na slovenskih cestah izgubilo življenje nekaj manj kot 16 tisoč ljudi; v letih 1989 in 1990 so pri približno eni četrtini voznikov, ki so povzročili različne prometne nezgode, ugotovili alkoholizirano (19).

Alkohol pogosto botruje tudi nesrečam pri delu, prekinitvi delovnega razmerja in nezaposlenosti zaradi zapitosti. Alkoholni absenzizem in invalidiziranje sta pri nas zelo obsežna, a ne dovolj raziskana pojava. Hudolin je ugotovil, da dela alkoholik povprečno 10 let manj kakor ostali in je letno povprečno 2 meseca v bolniškem staležu (20). V sredini osemdesetih je bilo v Sloveniji 5% vseh invalidnosti zaradi posledic zlorabe alkohola (11).

L. Milčinski navaja, da je 48% vseh samomorilcev oz. 59% moških iz proučevanega vzorca samomorilcev v Sloveniji zlorabljalo alkohol; v starostnem obdobju med 30. in 49. letom je bil delež alkoholikov med samomorilci kar 81% (21).

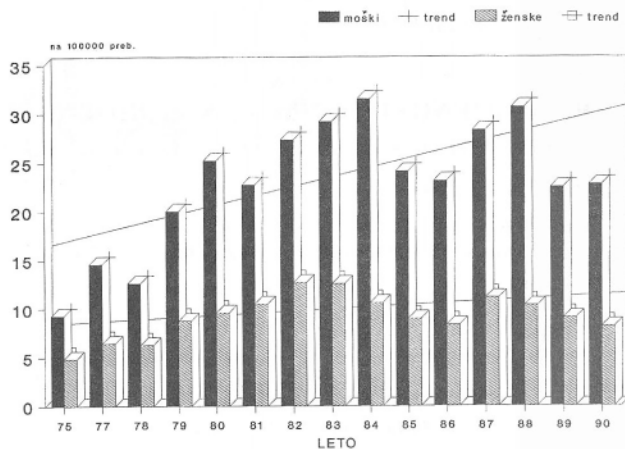
Umrljivost za alkoholnimi okvarami jeter (zamaščenost, hepatitis, ciroza in drugo) se je obdobju 1975–1985 potrojila od 10 na 30 smrti na sto tisoč polnoletnih prebivalcev (11). Samo zaradi alkoholne jetrne ciroze je v osemdesetih letih vsako leto umrlo približno 400 Slovencev (v povprečju 18,3 na sto tisoč prebivalcev). Moški umirajo zaradi alkoholne jetrne ciroze približno 2,5-krat pogosteje. Trend naraščanja umrljivosti zaradi alkoholnih jetrnih ciroz je prikazan na sliki št. 1. Primerjava korelacij med porabo alkohola in umrljivostjo za alkoholno jetrno cirozo v 33 izbranih državah uvršča Slovenijo v deset z zlorabo alkohola najbolj obremenjenih držav na svetu (12, 22).

Tobak

Analiza prodaje cigaret na debelo (brez podatkov o zasebnem uvozu in prodaje v brezcarinskih prodajalnah) v Sloveniji za obdobje 1979 do 1988 je pokazala vrh prodaje leta 1985 (skoraj 6000 ton), leta 1988 pa je bila najmanjša (nekaj čez 1000 ton) (23).

Iz anket o slovenskem javnem mnenju naj bi se delež kadičev med odraslimi prebivalci pri nas v 15 letih povečal za 4% (s 30% v letu 1975 na 34% v letu 1988); delež tistih, ki so kajenje opustili, pa je bolj ali manj stalen (24).

V Ljubljani s kajenjem tobaka eksperimentira 38% osmošolcev; od teh jih je 14% cigarete samo poskusilo, ostali pa kadijo redno (14). V povprečju pričnejo kaditi v 12. letu starosti. Vse več deklet kadi, pa tudi povprečna starost začetka kajenja pri osmošolkah v Ljubljani je bila v l. 1991 bistveno nižja kot pri fantih. Glede na prejšnja leta se je starostna meja pričetka kajenja bistveno znižala, kar velja tudi za uživanje alkohola in ostalih drog. Raziskava o kajenju med srednješolsko mladino za vso Slovenijo je pokazala, da tobak kadi 18% učencev prvih letnikov in 28% učencev tretjih letnikov (25). V zadnjih 12 letih se je delež kadičev med srednješolci nekoliko zmanjšal.



Sl. 1. Umrljivost za alkoholno jetrno cirozo, Slovenija, 1975–1990.

Fig. 1. Alcohol liver cirrhosis mortality, Slovenia, 1975–1990.

Od slovenskih zdravnikov se je kar 30% zdravnikov in 20% zdravnic v opazovalni dobi (1972 do 1986) opredelilo za redne kadičice (26).

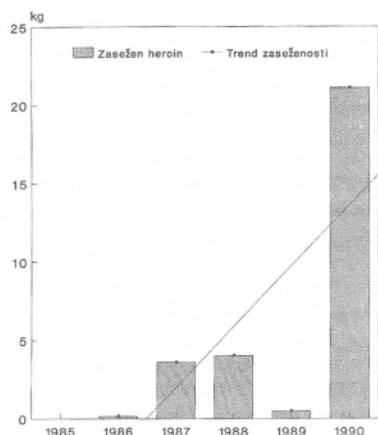
Dispanzerji za pljučne bolezni in tuberkulozo registrirajo vsako leto več novih bolnikov s kroničnim bronhitisom, pljučnim emfizemom, bronhialno astmo in drugimi hudimi motnjami dihanja (27). Na razširjenost bolezni dihal v veliki meri poleg kajenja tobaka in drugih drog prav gotovo vpliva tudi onesnaženost zraka. Vsako leto zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB), ki jo povezujemo z uživanjem tobaka, umre več kot 400 prebivalcev Slovenije (28) oz. v povprečju 20,5 na sto tisoč prebivalcev. Kajenje tobaka je razen tega pomemben dejavnik ogrožanja pri številnih rakastih tvorbah in je soudeleženo v etiologiji 90% primerov pljučnega raka. Samo zaradi pljučnega raka je v zadnji polovici osemdesetih in v začetku devetdesetih let v Sloveniji vsako leto umrlo približno 800 oseb oz. v povprečju 41 na sto tisoč prebivalcev. Umrljivost zaradi raka traheje, bronhov in pljuč je pri moških 7-krat večja kot pri ženskah (28).

Psihofarmaki

Visoka poraba, nepravilna uporaba in zloraba trankvilizantov, zlasti benzodiazepinov, je svojevrsten zdravstveni in družbeni fenomen. Predpisovanje benzodiazepinov pri nas še vedno narašča, čeprav vse bolj prevladuje mnenje, da so indikacije preširoke, poraba prevelika in nenadzorovana. Vedno več je zlorabe, zasvojenosti in akutnih zastrupitev (29). V Sloveniji zdravniki letno predpišejo okoli 660 tisoč receptov s trankvilizanti, kar predstavlja 5–6% celotnega števila predpisanih receptov. Benzodiazepini tvorijo približno 80% te podskupine psihofarmakov. Do leta 1987 se je število predpisanih receptov s trankvilizanti neenakomerno zviševalo; v letu 1990 se je glede na predhodno leto zvišalo za 5% (30). Analiza pogostosti predpisovanja teh psihofarmakov med različnimi starostnimi skupinami je pokazala precejšnjo porabo zlasti med starejšo in žensko populacijo (31).

Banalni analgetiki

Glavnino banalnih analgetikov in antipiretikov kupujejo uporabniki brez receptov, v tako imenovani »prosti prodaji«. V začetku osemdesetih let je na vsakega prebivalca Slovenije odpadlo približno 36 tablet z banalnimi analgetičnimi substancami (32). Epidemiološke študije so pokazale, da dolgotrajna uporaba velikih odmerkov analgetičnih mešanic (zlasti s fenacetinom) povzroči ledvično okvaro. Slovenci sodimo glede zbolevanja za analgetično nefropatijo (AN) v sam evropski vrh. V centru za dializo nefrološke klinike v Ljubljani so do leta 1985 beležili kontinuirani



Sl. 2. Trend zaseženosti heroina, Slovenija, 1985–1990.

Fig. 2. The trend of Heroin Confiscation, Slovenia, 1985–1990.

porast bolnikov z okvaro ledvic zaradi zlorabe banalnih analgetikov (do 26% od vseh dializiranih bolnikov) (33). Isti vir navaja, da se je po letu 1985 incidenca AN postopoma zmanjševala in zadnje tri leta dosegla nivo 12–13%, kar je v primerjavi z evropskim povprečjem še vedno veliko.

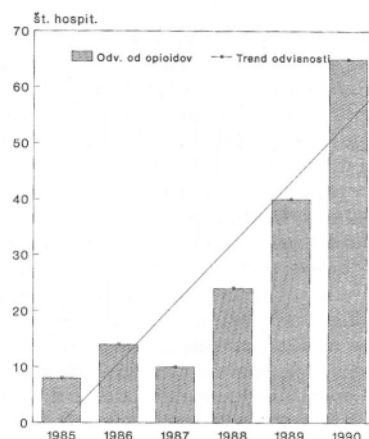
Nekatere nedovoljene droge: kanabis, heroin in kokain

Zdi se, da je Slovenijo zajel pojav večje porabe nedovoljenih drog med mladimi s približno z desetletno zamudo v primerjavi z zahodnoevropskimi državami. L. Milčinski in sodelavci in Noliml s sodelavci so proučili razširjenost porabe drog pri nas do začetka osemdesetih let in ugotovili, da glede zlorabe nedovoljenih drog v Sloveniji tedaj še ni bilo treba bfiti plat zvona (32, 34). Tudi raziskava med študenti v Ljubljani v začetku osemdesetih let je pokazala, da razširjenost porabe nedovoljenih drog v tem obdobju ni bila tako velika kot v nekaterih zahodnih državah v istem obdobju (35). Zdi se, da se je situacija v sedanjem času bistveno poslabšala. Posebno je zaskrbljujoče nagibanje vse mlajših starostnih skupin k uživanju kanabisa, heroina in nekaterih drugih nedovoljenih drog; vendar je treba te anekdotske informacije, ki temeljijo na opazovanju, preveriti.

Že omenjena raziskava na ljubljanskih osnovnih šolah je pokazala, da je v šolskem letu 1990/91 8% sedmošolcev in 15% osmošolcev že poskusilo ali občasno posega po kanabisu (14). Ista raziskava opozarja, da posamezni osnovnošolci že eksperimentirajo s heroinom in kokainom, kar je zlasti zaskrbljujoče, saj gre za droge, ki se najpogosteje injicirajo. Tudi število uživalcev »mehkih drog« med ljubljanskimi srednješolci narašča in predstavlja povprečno 20% celotne srednješolske populacije (36).

Tudi kriminalisti so v letu 1990 zaznali znatno povečanje neupravičene proizvodnje in prometa z drogami (40% več kot leto poprej); več je bilo tudi omogočanja uživanja prepovedanih drog (72% več kot leto poprej) (37). Isti vir tudi navaja znatno večjo količino zaseženih drog, zlasti heroina (sl. 2) in porast števila prekrškov, nasilnih dejanj in sekundarnega kriminala, povezanega z drogami.

V devetdesetih letih so se v zdravniške ordinacije pri nas začeli »zatekati« skrajno propadli uživalci nedovoljenih drog z dolgoletnim odvisniškim stažem, nesposobni abstiniranja in praviloma s kriminogeno preteklostjo (8, 38). Ocenjuje se, da zdravstveno pomoč išče največ 5 do 10% uživalcev nedovoljenih drog (7). V tem kontekstu je treba razumeti tudi zdravstvene statistike, vključno z naraščajočim trendom bolnišničnega zdravljenja oseb, odvisnih od heroina (sl. 3). Ocenjujemo, da imamo v Sloveniji vsaj 400 oseb odvisnih od heroina in da ga občasno uživa še dodatnih 600 oseb (8).



Sl. 3. Trend hospitalizacij zaradi odvisnosti od opioidov, Slovenija, 1985–1990.

Fig. 3. The trend of Hospitalisation of Opioid Dependence, Slovenia, 1985–1990.

Po podatkih socialnega skrbstva število vseh evidentiranih vedenjsko in osebnostno motenih odraslih oseb sicer ne narašča, z izjemo oseb, ki so zasvojene z nedovoljenimi drogami. Le-teh je bilo v letu 1990 obravnavanih 98 oz. 1% od vseh vedenjsko in osebnostno motenih odraslih oseb (17).

Droge in aids

Danes je povsod kot najbolj dramatičen problem povezan z zlorabo dovoljenih in nedovoljenih drog širjenje okužbe z virusom HIV. Ni problematično samo intravensko jemanje drog, temveč tudi nezaščiten spolni odnos in promiskuiteta, ki čisto spremljata zlorabo tako dovoljenih kot nedovoljenih drog. Delež intravenskih porabnikov drog, ki se okužijo in prenašajo HIV, se povsod v svetu veča in naj bi konec leta 1991 v evropskih državah znašal že polovico med vsemi okuženimi s tem virusom (39).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije imajo v Evropi Italija, Španija in Jugoslavija med vsemi evidentiranimi primeri, zbeležih za aidsom, največji delež oseb, ki zlorablajo nedovoljene droge (40). Isti vir navaja, da je bilo v začetku devetdesetih let v tedanji Jugoslaviji evidentiranih 13 do 16 tisoč uživalcev drog, med njimi 15% uživalcev drog.

V Sloveniji je od leta 1986, odkar smo se tudi pri nas začeli zavedati nevarnosti aidsa, za to boleznijo zbolelo 19 oseb (med njimi en intravenski uživalec drog); prijavljenih je še 42 okuženih (med njimi trije intravenski uživalci drog in dva partnerja te visoko rizične skupine) (41). Vendar to prav gotovo ni prava slika, saj so zajeti le tisti, ki so bili testirani, predvsem krvodajalci in hemofili. Testirano je bilo zelo malo uživalcev drog.

Razpravljanje

Na podlagi zbranih dostopnih, zelo heterogenih podatkih (iz zdravstvenih, farmacevtskih, socialnih, ekonomskih in kriminoloških virov ter posebnih raziskav med osnovnošolsko in srednješolsko mladino) o porabi različnih drog v Sloveniji ter glede na stanje drugod v Evropi in po svetu ocenjujem, da imajo prebivalci Slovenije znatne probleme v zvezi z uporabo in zlorabo drog. Razširjenost in družbena nevarnost nedovoljenih drog se zdi še vedno znatno manjša, kot je problematika v zvezi z zlorabo alkohola, tobaka in nekaterih psihoaktivnih zdravil. Je pa današnji odziv družbe na nedovoljene droge bolj bučen in intenziven. Res pa je, da se prav zaradi nevarnosti širjenja virusa aidsa z okuženim priborom za injiciranje in promiskuitetnim vedenjem v zvezi z uživanjem drog situacija lahko zelo hitro spremeni.

Zloraba drog je svetovni pojav. Njegove zdravstvene in soci-

alne posledice vse bolj vplivajo na zdravstveno stanje in pričakovano življenjsko dobo velikih socialnih skupin tudi pri nas. Vplivajo na naše družbeno in gospodarsko življenje in nam povzročajo velikansko neposredno in posredno škodo. Prebivalci Slovenije imamo za 1–7 let krajšo pričakovano življenjsko dobo v primerjavi s posameznimi državami ekonomsko razvite Evrope (42). Dejavnike tveganja v zvezi s tem še raziskujemo. Ena možnih razlag za prezgodnje umiranje mnogih Slovencev je prav velika poraba alkoholnih pijač in tobaka, zlasti med moško populacijo. Temu so se pridružila še tveganja v zvezi s porabo nedovoljenih drog, zlasti heroína, in nevarnost širjenja aidsa po »narkomanski« pot. Zato moramo v politiko varovanja in krepitev zdravja v Sloveniji bolj načrtno uvrstiti različne preventivne programe v zvezi z zlorabo drog, pri čemer je pomembna ocenitev razširjenosti problema. Zato je nujno spremljati epidemiološke trende zlorabe drog, koordinirati rutinsko zbiranje podatkov, ocenjevati njihovo uporabnost in na podlagi epidemioloških podatkov ustrezno ukrepati.

Pri interpretaciji zbranih podatkov moramo upoštevati nekatere posebnosti, ki so podrobno opisane drugje (11, 12, 23, 32). Podatke o razširjenosti zlorabe drog in njenih individualnih in družbenih posledic pri nas pa je treba ovrednotiti tudi v okviru nekaterih splošnih, posebej pa specifičnih možnosti, ki vladajo na področju od zbiranja podatkov do njihove interpretacije. Razvoj epidemiologije zlorabe drog in zasvojenosti je bil v Sloveniji v zadnjem desetletju iz različnih vzrokov močno upočasnen. Sistematičnega zbiranja podatkov in posebnih raziskav o razširjenosti zlorabe drog in njeni etiologiji v Sloveniji še nimamo. Posledice zlorabe drog kljub vseobsežnosti pojava pogosto ostanejo skrite ali jih ne evidentiramo kot take. Obravnavamo le majhen del zlorabe zbolelih in prizadetih. Značilne so pomanjkljivosti že na rednih zdravstvenih, socialnih in drugih informacijskih nivojih zbiranja podatkov o razširjenosti zlorabe drog. Poseben zaviralni dejavnik pri proučevanju zlorabe drog pri nas je neprimerljivost podatkov spriču neenotnih kriterijev merjenja razširjenosti zlorabe drog. Nezadostno se uporablja enotna terminologija in definicije, npr. po mednarodni klasifikaciji bolezni Svetovne zdravstvene organizacije ali po klasifikaciji duševnih bolezni in motenj ameriškega psihiatričnega združenja. Le redki raziskovalci pri obravnavi pojava poleg farmakološke različnosti posameznih drog upoštevajo tudi različne načine uživanja, različne odmerke psihoaktivne učinkovine znotraj posameznih drog, kombinirane učinke uživanja različnih drog, pa tudi druge dejavnike, kot so npr. dostopnost, cena, družbena sprejemljivost oz. (ne)zaželenost porabe, družbeni nadzor, dovoljeno in nedovoljeno tržišče drog in splošno stališče o tveganju za uporabo kake droge. Zato so tudi primerjave z drugimi deželami najpogostejše nezanesljive, ker so ne le socialne, kulturne, ekonomske in politične razmere drugačne, ampak je različna tudi uporabljena metodologija zbiranja in interpretacije podatkov. Redke posebne raziskave so osredotočene na ozka območja in populacijske skupine, najpogostejše na Ljubljano in obalno regijo (ta raziskava bo prikazana posebej) ter šoloobvezno mladino. Takšne lahko služijo bolj kot ilustrativno gradivo, ne pa kot osnova za resno politiko na področju drog. Zato je namen prispevka tudi opozoriti na številne pomanjkljivosti in neurejenosti v zvezi z epidemiološkim spremljanjem razširjenosti problema. Zbrane informacije lahko služijo kot izhodišče za nadaljnje proučevanje razširjenosti pojava, ki naj bi izboljšalo raziskovalne metode in se lotilo dejavnikov tveganja, ki vplivajo na razširjenost zlorabe drog.

Povsod, zlasti pa v manj razvitih državah, se srečujejo tudi s problemom merjenja in ocenjevanja razširjenosti zlorabe drog. Pojavlja pa se težnja, da bi bili podatki med seboj čimbolj primerljivi in združljivi ter bi zajemali tako nacionalno raven kot manjša (regijska in lokalna) področja. Pri ocenjevanju razširjenosti uživanja in zlorabe posameznih drog se upoštevajo različni neposredni in posredni koralniki, ki nam vsi skupaj dajo najbolj objektivno epidemiološko sliko problematike. Epidemiološko raziskovanju s pomočjo vzorčnih raziskav je komplementarno spremljanju zlo-

rabe drog po kazalnikih iz rednih statistik zdravstvenih, farmacevtskih, socialnih, gospodarskih, kriminoloških in drugih področij. Glavni pomen posebnih raziskav je v ugotavljanju »absolutne« razširjenosti problematike v določeni populaciji. Vključuje podrobno proučevanje lokalnih razmer, mišljenja, stališč in vedanja. Ocenjevanje razširjenosti s pomočjo rednih statistik pa pokaže predvsem dinamiko pojavov in omogoča orientacijsko oz. primerjalno osnovo za prioritarno določanje posebnih raziskav.

Uvajanje ustreznega sistema zbiranja podatkov ne bi smelo biti razlog za kasnitev izvedbe zdravorazumskih ukrepov v zvezi z vidno problematiko drog. Seveda pa je izboljšava epidemiološkega spremljanja narave, razširjenosti in menjajočih se vzorcev uporabe drog in zadevnih problemov nujen pogoj za dolgoročno načrtovanje in usmerjanje učinkovite politike in programov na tem področju. Izkušnje mnogih držav kažejo, da je mogoče znatno izboljšati kakovost in uporabnost zbiranja podatkov, kar se odraža v učinkovitejših preventivnih in kurativnih programih. Za izvedbo tega bi bile tudi pri nas nujne kadrovske okrepitve in kontinuirana zagotovitev finančnih virov ter posodobitev infrastrukture zdravstvenoinformacijske službe kot koordinatorske zbiranja in obdelave podatkov o drogah.

Zaključek

Prikazani podatki nagibajo k nezanesljivosti in jih je nujno ovrednotiti v kontekstu, v katerem so bili zbrani.

Sistematično urejenih in mednarodno primerljivih podatkov o uporabi drog, njenih posledicah in ukrepanju v zvezi s tem v Sloveniji še nimamo. Zlasti ni raziskana dinamika gibanja pojavov skozi desetletja. Kljub temu lahko na podlagi nekaterih kazalnikov iz različnih statistik in opazovanj ocenjujemo, da se epidemiološka slika na področju zlorabe alkohola, tobaka, nekaterih farmacevtskih proizvodov in nedovoljenih drog slabša. Stanje na tem področju zato zahteva spremembe pri delu zdravstvenih, farmacevtskih, socialnih, gospodarskih, kriminoloških, pravnih in drugih služb, ki so odgovorne tudi za zbiranje in obdelavo podatkov o drogah. Če hočemo učinkovito zastaviti zdravstvenovzgojne in druge preventivne programe na področju zlorabe drog, moramo na vseh ravneh najprej vzpostaviti kakovostno, z informacijskim sistemom podprto raziskovalno dejavnost, katere rezultati bodo služili tako načrtovanju ukrepov kot tudi sprotnim ocenam učinkovitosti preventivnih in kurativnih programov.

Literatura

1. Schioeler P. Alcohol related problems for primary health care workers: development of national training seminars. Copenhagen: WHO, 1991: 1–8.
2. Smart RG. World trends in alcohol consumption. World Health Forum 1991; 12: 99–103.
3. McKee M. Health services in central and eastern Europe: past problems and future prospects. Journal of Epidemiology and Community Health 1991; 45: 260–5.
4. Crofton J. Tobacco and the third world. Thorax 1990; 45: 164–9.
5. DuPont RL ed. Stopping alcohol and other drug use before it starts: the future prevention. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1989: 3: 19.
6. Kokkevi A. Illicit drug abuse among adolescent in Western European countries. In: U. S. Department of Health and Human Services, Community Epidemiology Work Group. Epidemiologic trends in drug abuse. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Community Epidemiology Work Group, 1989: 48–57.
7. Gossop M, Grant M eds. Preventing and controlling drug abuse. Geneva: WHO, 1990: 1–128.
8. Nolimal D. Preprečevanje širjenja okužb s HIV: metadonski programi. Zdrav Var 1991; 30: 117–20.
9. WHO. Workshop on drug abuse policies and programmes in South Eastern European countries, Sofia 27–31 May 1991. Copenhagen

- (WHO Summary Report), 1991: 1–3.
10. Johns A. Poland: Drug abuse in Eastern Europe. *Lancet* 1991; 337: 38–9.
 11. Nolimal D. Alkoholni absentizem in invalidiziranje v SR Sloveniji. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1987: 58–114 (Magistrska naloga).
 12. Ramovš J, Jakopič J. Indikatorji za redno spremljanje alkoholizma v Sloveniji. Ljubljana: UZZSV, 1990: 94 (Raziskovalna naloga za Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo).
 13. Stergar E. Mladi in njihov odnos do alkohola. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstvo in socialno varstvo, 1991 (Raziskovalna naloga za ministrstvo za delo).
 14. Bulič I, Vesel D. Razširjenost mamil na osnovnih šolah. Ljubljana: Gimnazija Ledina, 1991 (Raziskovalna naloga za gibanje Znanost mladini).
 15. Rugelj J. Alkoholizem in združeno delo. Ljubljana: Univerzum, 1984: 19.
 16. Nolimal D. Some reflections on alcohol public policy in Yugoslavia. *Soc Psihijatrija* 1989; 17: 67–82.
 17. Letopis o zdravstvenem in socialnem varstvu v Sloveniji, 1990. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo, Ministrstvo za delo, Ministrstvo za varstvo okolja in urejanje prostora, Skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja, 1991: 91–3.
 18. Nolimal D. Alkohol, druge psihoaktivne snovi in varnost v prometu v SR Sloveniji. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 1986; 4: 40–5.
 19. Republiški svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu. Alkohol in promet. Ljubljana: RSPVCP 1991 (tipkopis).
 20. Hudolin V. Alkoholizam. Zagreb: Jugoslovenska medicinska naklada, 1979: 25–8.
 21. Milčinski L ed. Samomor in Slovenci. Ljubljana: SAZU in Univerzitetna psihiatrična klinika v Ljubljani. Ljubljana, 1983: 164–5.
 22. Nolimal D. Epidemiologija in kultura slovenskega pitja. *Zdrav Var* 1990; 29: 283–7.
 23. Stergar E. Razširjenost kajenja v Sloveniji. *Zdrav Var* 1990; 29: 295–7.
 24. Toš N et al. Slovenski utrip. Ljubljana: FSPN 1989.
 25. Stergar E. Razširjenost kajenja med slovenskimi srednješolci. *Zdrav Var* 1991; 30: 67–70.
 26. Fortič B. Zdravnik in kajenje. *Zdrav Var* 1990; 29: 131–4.
 27. Debeljak A. Preventiva kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). *Med Razgl* 1991; 30: Suppl 3: 105–10.
 28. Moravec DB, Grobovšek SO, Šelb J. Obolenost zaradi internih bolezni v Sloveniji. *Med Razgl* 1991; 30: Suppl 3: 13–29.
 29. Možina M. Abusus benzodiazepinov (BZD) in zdravljenje akutnih zastrupitev s flumazenilom (FMZ). V: Institut za sodno medicino. Izvedenstvo 91: Sodnomedicinsko izvedenstvo v cestnem prometu. Ljubljana: 1991: 45 (abstrakt).
 30. Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo. Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji in zdravstvenih regijah 1990. *Zdrav Var* 1991; 29: Suppl 2: 7–32.
 31. Oražem A, Nolimal D. Poraba benzodiazepinov v Sloveniji. *Zdrav Var* 1991; 30: 197–8.
 32. Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo. Pojavnost alkoholizma in drugih bolezni odvisnosti v SR Sloveniji: zlorabe drog in odvisnosti od njih. *Zdrav Var* 1985; 1: 49.
 33. Koselj MK. Preprečevanje z zdravili povzročene kronične okvare ledvic. *Med Razgl* 1991; 30: 165–72.
 34. Milčinski L ed. Droge v svetu in pri nas. Ljubljana: Delavska enotnost, 1983: 9.
 35. Gosar A, Kuzman M, Perharič L, Petrič V, Pšenica J. Zloraba drog med študenti v Ljubljani. *Med Razgl* 1984; 23: 175–204.
 36. Gradišek I, Kavšek S. Mehke droge in ljubljanska srednješolska populacija. Ljubljana: Gimnazija Poljane, 1991 (Naloga za gibanje Znanost mladini).
 37. Maver D. Kriminaliteta v Sloveniji v letu 1990. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 1991; 42: 191–205.
 38. Nolimal D. Preprečevanje zlorabe alkohola, tobaka in drugih drog v Sloveniji danes. *Zdrav Var* 1991; 30: 287–90.
 39. Downs AM, Ancelle-Park RA, Brunet JB. Surveillance of AIDS in the European Community: recent trends and predictions to 1991. *AIDS*, 1990; 4: 1117–24.
 40. Brenner H, Hernando-Briongos P, Goos C. Aids among drug abusers in Europe: review of recent developments. Copenhagen: WHO, 1991: 1–13.
 41. Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo. Aids-stanje v Sloveniji. *Zdrav Var* 1991; 30: 319–20.
 42. Kožuh MN, Šelb J, Grobovšek SO, Keršnc MH. Zdravstveno stanje prebivalstva v Sloveniji. *Med Razgl* 1991; 30: Suppl 3: 1–12. 1985–1990.



ZDRAVILIŠČE

RADENCI

TERMOMINERALNE VODE V RADENSKI, V RADENCIH IN V BANOVCIH

Naravne zdravilne vode so se za zdravstvene namene izkoriščale že zelo dolgo. Že konec 19. stoletja se je pri nas organiziralo zdravljenje številnih kroničnih bolezni s pomočjo termomineralnih vod.

Dobre rezultate so dosegli pri preprečevanju, zdravljenju in rehabilitaciji s pitjem, kopanjem, tuširanjem, izpiranjem, z inhalacijami in oblogami na osnovi termomineralnih vod različne sestave. Mineralnim vodam so pričeli pripisovati zdravilnost v začetku 19. stoletja, ko so napravili prve kvantitativne kemijske analize. Zdravilnost termomineralnih vod so pripisovali tako različnim makroelementom, mikroelementom in elektrolitični disociaciji vod.

Pri kopelih v termomineralni vodi pride do različnih učinkov na organizem: mehanskih, termičnih in kemijskih.

Mehanski učinek je osnovan na vzgonu, kjer je potopljeno telo navidezno lažje zaradi teže izpodrinjene tekočine. (V navadni vodi za 88,6%, v mineralni srednje koncentracije pa za 91,0%). Zato je v vodi olajšano gibanje takšnih sklepov, ki so sicer zaradi bolezni zunaj vode le omejeno gibljivi. Poleg vzgona se pojavljajo še drugi učinki: zmanjševanje prsnega obsega za 1–3,6 cm, respiracijski volumen zraka se zmanjša za čca 20% pri enaki frekvenci dihanja, poveča se diureza itd.

Termični učinek je osnovan na veliki toplotni prevodnosti, kot tudi na majhni toplotni kapaciteti. V vodni kopeli s temperaturo 34 °C se minutni volumen srca poveča za 19%, v kopeli s temperaturo 38 °C pa za 29%, kar se očitno odraža predvsem na izboljšanjem krvnem obtoku na koži. Minutni volumen srca pri temperaturi kopeli 42 °C je 2× večji od normalnega.

Kemijski učinek je osnovan na zmožnostih resorpcije kemijskih sestavin vode skozi kožo. Beljakovine v koži imajo izoelektrično točko pri pH vrednosti 3,7, zato je koža prepustna na katione. Vode z večjo koncentracijo kationov naredijo kožo elektro pozitivno in zato prepustno za anione.

V Zdravilišču v Radencih in Banovcih razpolagamo z različnimi tipi termomineralnih vod, ki se medsebojno razlikujejo po kemijski sestavi, po različnih temperaturah na izviri in po terapevtskih učinkih.

Vse naše termomineralne vode so bogato mineralizirane, količina netopnih snovi znaša v vodi, ki jo uporabljamo za CO₂ vsebujoče kopeli 3100 mg/l, pri vodi za terapevtsko-rekreativni bazen v Radencih (pretežno zdravilišče za stacionarne zdraviliške goste) je netopnih soli kar 11.000 mg/l, v kopališču v Banovcih pa ima voda 9.140 mg/l netopnih snovi.

Termomineralne vode in njihova sestava v zdraviliščih Radenske

Sestavine (mg/l)	Individualne CO ₂ vsebujoče kopeli Radenci	Terapevtsko-re- kreativni bazen Radenci	Kopališče Banovci
Na ⁺	1820	2215	2699
K ⁺	224	520	19
Ca ⁺⁺	204	173	3,9
Mg ⁺⁺	74,5	142	1
Cl ⁻	202,3	160,1	747
HCO ₃ ⁻	5375	7527	5936
F ⁻	2,2	1,3	7,6
SO ₄ ⁻⁻	379,4	179	1,6
CO ₂	1290	1160	–
Temperatura na izviru v °C	29,3	41	51

CO₂, ki ga je mnogo v delu naših termomineralnih vod se resorbira skozi kožo in pospešuje krvni obtok in resorpcijo soli skozi kožo. Resorpcija natrijevega klorida skozi kožo je lokalni dražljaj, ki povečuje temperaturo in zmanjšuje vnetno-eksudativne procese. Normalizira se reaktivnost vegetativnega živčevja, zmerno se pospešuje delovanje srca, zmanjšuje tlak, izboljšuje prekrvlenost periferije in zmanjšuje se vsebnost glukoze v krvi.

Glede na fizikalno-kemijsko sestavo, izkušnje in tudi izsledke lastnih raziskav, priporočamo kopeli in kopanje v naših termomineralnih vodah v Radencih in v Banovcih pri naslednjih stanjih po navodilih našega zdravnika:

- lažja in zmerna arterialna hipertenzija,
- kronične kompenzirane bolezni srca,
- pri rehabilitaciji po infarktu srčne mišice,
- nekatere bolezni perifernega krvnega obtoka,
- pri rehabilitaciji po operacijah srca in krvnega obtoka,
- degenerativne bolezni sklepov in hrbtenice,
- kontrakture sklepov in atrofija mišičja po zlomih,
- stanja rekonvalescence po hudih boleznih,
- kronična vnetja adneksov,
- vnetne bolezni sklepov in hrbtenice, revmatoidni artritis,
- nevrovegetativne motnje.

NEKATERI SOCIALNOMEDICINSKI VIDIKI ZLORABE DROG

SOME SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF DRUG ABUSE

Dušan NOLIMAL¹, Marjan PREMIK²¹ Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo, Enota za proučevanje in preprečevanje zasvojenosti, Trubarjeva 2, 61000 Ljubljana² Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino, Zaloška 4, 61000 Ljubljana

Prispelo: 1992-01-21

Sprejeto: 1992-03-16

Zdrav Vestn 1992; 61: 133-6

KLJUČNE BESEDE: zloraba drog; socialna medicina; primarno zdravstveno varstvo

KEY WORDS: drug abuse; social medicine, primary health protection

IZVLEČEK – Izhodišča. Prispevek obravnava nekatere socialnomedicinske vidike zlorabe drog in ukrepe, ki jih bo v Sloveniji potrebno uporabiti, da bi obvladovali na droge vezane probleme.

Zaključki. Z zlorabo dovoljenih in nedovoljenih drog se je treba spoprijeti predvsem na lokalni ravni. Nujen je integriran pristop, ki vključuje medicinske, psihološke, socialne in druge ukrepe pri obravnavi ogroženih posameznikov, njihovih družin in skupnosti, kot tudi pri mobilizaciji lokalne skupnosti. Pri tem imajo zdravniki in drugi zdravstveni delavci v okviru primarnega zdravstvenega varstva ključno vlogo. Pomembne so še druge institucije in ravni, vključno s samozaščitnimi, prostovoljnimi, socialnovarstvenimi in specializiranimi aktivnostmi. Na področju drog potrebujemo jasno nacionalno politiko, podprto s politično voljo, izboljšanje infrastrukture in izdelano vladno strategijo.

ABSTRACT – Background. This article describes some sociomedical aspects of drug abuse and the responses that must be undertaken to control drug abuse related problems in Slovenia.

Conclusions. The legal and illegal drug abuse needs to be tackled at the community level. An integrated approach that combines medical, psychological, social and other interventions to treat high-risk individuals, their families and communities and to mobilize local communities should be used. Physicians and other primary health care workers have a key role in such efforts. Other sectors and levels, including self-help, voluntary, social welfare and specialised activities are important. Clear national drug policy supported by political will, improvement of the drug prevention and treatment infrastructure, and elaborate government strategy are needed.

Uvod

Socialnomedicinsko gledano obsega pojav zlorabe drog celotno paleto tvegane in škodljive uporabe psihoaktivnih snovi in različnost njihovih farmakoloških učinkov, kot tudi pestrost posledic njihove uporabe. Vključuje: pretirano (čezmerno) uporabo drog, nedopustno uporabo, uporabo drog med občutljivejšimi osebami in uporabo drog med osebami, ki so že doživele škodljive posledice. Termin torej označuje različna stanja, okoliščine in pogoje v zvezi s problematično uporabo dovoljenih in nedovoljenih drog. Ni vsaka uporaba drog škodljiva, pomeni pa določeno zdravstveno tveganje.

Zloraba alkohola, tobaka in drugih drog pomeni za Slovenijo resen zdravstveni in družbenogospodarski problem. Ima mnoge značilnosti socialnih bolezni, ki pomembno vplivajo na neproduktivne izdatke družbe in s tem zavirajo družbenoekonomski razvoj. Bolj ali manj vse droge v znatni meri zmanjšujejo sposobnost za delo, nekatere za opravljanje vsakodnevnih običajnih življenjskih aktivnosti. Prispevajo k zgodnji umrljivosti v produktivni dobi prebivalstva. Lahko negativno vplivajo na potomstvo, ga slabijo in manjšajo ustrezni naravni porast prebivalstva. Zaradi nevarnosti širjenja aidsa po »narkomanski« pot poti pa postaja širjenje potrošnje nedovoljenih drog v Sloveniji še bolj aktualno in družbeno škodljivo. V zvezi z zlorabo alkohola, heroina in kokaina moramo posebno pozornost posvečati tudi širjenju kriminala, spolnih bolezni, prostitucije in drugih vzrokov ter posledic socialne patologije.

Nekatera novejša spoznanja

Zloraba drog ima svoje geografske, časovne in količinske značilnosti, ki jih epidemiološko spremljajo zlasti v gospodarsko razvitih državah (epidemiološke značilnosti zlorabe drog so prikazane v drugem prispevku). Iz zbranih izkušenj, kot tudi dosežkov sodobne znanosti o drogah (adiktologije), črpamo nekatere nove opredelitve, dognanja in spoznanja, ki nam pomagajo bolje razumeti pojav in olajšajo preventivno, kurativno in rehabilitacijsko ukrepanje. Za socialnomedicinsko ukrepanje na področju zlorabe drog so pomembna zlasti dognanja na naslednjih področjih:

– Definicija in klasifikacija: Opredelitev drog in klasifikacija njihovih potrošnikov se izboljšuje. Zaželeno je merljivost, standardizacija in s tem tudi mednarodna primerljivost. Termin »droga/e« se uporablja za vse psihoaktivne snovi ne glede na njihov legalni status. Nanaša se na dovoljene droge – alkohol, tobak, kava itd.; na nedovoljene droge – kanabis, amfetamini, halucinogeni, kokain, heroin in druge opioide itd., pa tudi na specifična opajala (organska topila, ki se uporabljajo v raznih lepilih in sprejih) in prek zdravstvene službe dostopne droge (hipnotiki, morfini in nemorfini analgetiki itd.). Potrebno je razlikovati med tvegano in škodljivo uporabo teh snovi. S tem v zvezi je tudi klasifikacija potrošnikov drog na eksperimentatorje, rekreacijske/občasne uživalce, funkcionalne odvisnike in disfunkcionalne odvisnike (1, 2). Nekateri avtorji tej klasifikaciji dodajajo še socio-tradicionalne in terapevtske potrošnike drog (3).

– Informiranost in komunikacija: V ospredju je nujnost teme-

ljite informiranosti vseh in vsakega o uporabi in zlorabi drog, ki omogoča ustrezno samozaščitno vedenje. To vpliva na sistem vrednot in stališča družbe. Posredovanje informacij o zlorabi drog ima za cilj doseči realno znanje, odstranitev predsodkov in čustvenega ukrepanja ter nudenje psihično-socialne podpore glede na stopnjo ogroženosti.

– Psihologija in psihiatrija: Psihiatri in psihologi že dolgo dokazujejo, da adikti lahko trpijo za anhedonijo, to je nezmožnost doživljanja užitka in zadovoljstva s pomočjo normalnih življenjskih aktivnosti (4). Nekateri uživalci drog naj bi bili predisponirani (prirojeno/pridobljeno) h kompulzivni uporabi drog zaradi pomanjkanja ravni nekaterih prenašalnih snovi (nevrotransmiterjev) v osrednjem živčevju. »Samozdravljenje« doživljajske otopelosti naj bi bilo pomembno gonilo uživanja drog. Eno izmed odkritij, ki morda kaže na upravičenost gornje domneve in je npr. odkritje endogenih opioidov.

Večina oseb, odvisnih od drog, je ambivalentnih do svojega nezdravega življenjskega stila in zasvojenosti in med svojo »odvisniško kariero« skušajo velikokrat abstinitirati. Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog mora biti usmerjeno v zdravi pol te ambivalence, ki se jo da izrabiti predvsem na ravni sekundarne preventive.

– Sociologija in kriminologija: Prohibicionistični model obravnave zlorabe drog, ki ocenjuje uspeh preprečevanja in zdravljenja pojava z abstinenco, se je v mnogih strokovnih okoljih omajal. Uveljavlja se pristop vrednotenja »cena-koristni učinek« (cost-benefit) pri osebah, odvisnih od drog. Sem sodi npr. substitucijska terapija zasvojenosti in pa različne strategije zmanjševanja drugih tveganj, povezanih z zlorabo drog (npr. brizge, igle ipd.) (5, 6). Uveljavlja se demarginalizacija, destigmatizacija in dekriminilizacija potrošnikov nedovoljenih drog.

– Ekonomika: Stroške ekonomskih posledic zlorabe drog na širši družbenoekonomski ravni delimo na direktne in indirektno. Direktne so vezane na vlaganje v preprečevanje in zdravljenje zlorabe drog. Indirektni stroški pa nastopijo kot posledica zlorabe drog in se kažejo v manjši proizvodnji, odsotnosti z dela, invalidnosti in prezgodnji smrti. Indirektni stroški za večkrat presegajo direktne stroške, tudi tam, kjer izrazito veliko vlagajo v preprečevanje in odpravljanje posledic zlorabe drog. Pomembne so tudi ugotovitve, da celokupni stroški zlorabe drog močno prekoračujejo ekonomske koristi, ki jih posamezne države iztržijo s pridelavo, predelavo in prodajo tobaka, alkohola in drugih drog. Upravičeni in nujni so torej ekonomski ukrepi, ki delujejo v smislu zmanjševanja proizvodnje in potrošnje vseh drog.

Vloga socialne medicine pri prevenciji zlorabe drog

Preprečevanje zlorabe drog je pomembna dejavnost socialno-medicinskega delovanja. Osnovne socialno-medicinske metode dela preprečevanja in zmanjševanja posledic uživanja drog so: epidemiološka in informacijskoanalitična za ugotovitev dimenzije pojava in identifikacije dejavnikov tveganja; dispanzerska, patro-nážna in druga terenska dejavnost, vključno z zdravstvenovzgojno dejavnostjo. V okviru teh dejavnosti je pomembna intervencijska in evalvacijska aktivnost. Dejavnost socialne medicine na področju preprečevanja drog je namenjena vsem prebivalcem ali pa posameznim skupinam z večjim zdravstvenim tveganjem v zvezi s potrošnjo drog. Izvaja se zlasti s pomočjo primarnih in sekundarnih preventivnih programov in strategij. V zvezi s tem mora socialna medicina najprej odgovoriti na naslednja vprašanja:

– Kakšne so epidemiološke značilnosti zlorabe drog na proučevanem območju? (Koliko je prizadetih zaradi zlorabe drog? Kdo so ti ljudje? Kako resen je ta problem? Kaj nam povedo primerjave med posameznimi populacijskimi skupinami ali med območji? Ipd.)

– Kam moramo najprej usmeriti zdravstvene, zdravstvenovzgojne in druge programe v zvezi s preprečevanjem/zmanjševanjem posledic zlorabe drog?



Sl. 1. Lokalna akcijska skupina (LAS): multisektorska koordinacija.

Fig. 1. Community action team (CAT): multisector coordination

– Kako je razvita in učinkovita dejavnost, ki se ukvarja s preprečevanjem, zdravljenjem in odpravljanjem posledic zlorabe drog? Kakšna je dostopnost do te dejavnosti, oz. ali ta dejavnost seže do tistih, ki jo potrebujejo?

Na osnovi odgovorov na tako zastavljena vprašanja je možno določiti cilje in izdelati strategijo za doseg zastavljenih ciljev (7). Strategija mora opredeliti tudi organizacijo, prioritete, aktivnosti, kadre, finančne in druge vire, terminske mejnike ter načine spremljanja pojava in aktivnosti.

Osnovna socialnomedicinska odgovornost in aktivnost naj bo usmerjena zlasti na preprečevanje in zgodnje odkrivanje na lokalni ravni. Za uspešne socialnomedicinske aktivnosti na tej ravni je potrebno vspodbuditi sodelovanje ljudi iz različnih sektorjev družbenih dejavnosti. Pri tem je pomembno, da lokalni skupnosti teh aktivnosti ne vsilimo, temveč da jih spodbujamo in se vanje enakopravno vključujemo. Strokovnjaki svetovne zdravstvene organizacije (SZO) predlagajo, da se povsod, kjer je prisotna zloraba drog, osnuje lokalna akcijska skupina (LAS), ki naj vključuje delo različnih zainteresiranih delov skupnosti (slika 1) (8).

Tudi na lokalni ravni je nujno vzpostaviti informacijski sistem o zlorabi drog, ki bo: v podporo pri analizi vzrokov in oceni stanja; osnova za ukrepanje; podlaga za vrednotenje ukrepov in sredstvo za spremljanje dinamike pojavov (9). Vzpostavitev informacijskega sistema na lokalni ravni je strokovno, časovno in finančno zahtevno opravilo. Lokalnih virov informacij o drogah, uživalcih drog, ogroženih skupinah in drugih ogroženih skupnostih, vzorcih zlorabe drog, stališčih ljudi do zlorabe drog ipd., ob upoštevanju zaupnosti, zasebnosti in varnosti podatkov, pri nas še nimamo. Kazalo bi jih vzpostaviti v okviru posebnih socialnomedicinskih dejavnosti za preprečevanje zlorabe drog in za njihovo zgodnje odkrivanje kot del dispanzerske metode dela, vključno s terenskim delom.

Vloga splošnega zdravnika v primarnem zdravstvenem varstvu

V tem zapisu želimo še posebej poudariti vlogo primarnega zdravstvenega varstva in aktivno metodo dela splošnega zdravnika in njegovega tima. Zaradi umeščenosti med ljudi in ugleda je njihova vloga nepogrešljiva pri vzpostavljanju različnih socialnih povezav, nujnih v zvezi s preventivnim in kurativnim delom na lokalni ravni. Nadalje zdravniki, ki uživajo zaupanje svojega okolja, lahko subtilno obravnavajo etiološke in prognostične dejavnike, pomembne za odkrivanje in spreminjanje nezdravega življenjskega stila potrošnikov drog. Na tem področju bi kazalo slediti priporočilom SZO, da se preprečevanje posledic potrošnje drog

organizira v okviru dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva (1, 9) in ne v okviru specializiranega psihiatričnega varstva, kot je to pretežno uveljavljeno pri nas in ponekod v svetu. Preprečevanje zlorabe drog naj bo organizirano kot sestavni del dejavnosti splošne medicine. Tudi zdravljenje zasvojenec sodi v delovno področje splošnega zdravnika na primarni zdravstveni ravni. Na tej ravni lažje potekajo tudi izredno pomembni procesi demarginalizacije in destigmatizacije. Takšna pomoč je cenejša, zlasti pa bolj učinkovita (1).

Sistem primarnega zdravstvenega varstva naj bi zagotovil široko mrežo dispanzerskih in drugih služb, ki bi zadovoljevale osnovne potrebe potrošnikov drog, tudi tistih, ki sodijo v visoko rizične, vulnerabilne in slabo oskrbovane populacijske skupine. To je v skladu z načelom, naj večina zdravstvenih in socialnih služb deluje tam, kjer potrošniki drog živijo, delajo in se zabavajo. Zato potrebujemo več patronažnega in terenskega dela, ki bo približevalo našo pomoč tej populaciji. Potrebno je tudi več preventivno-intervencijskega dela s celotno družino (družinski zdravnik) in uvajanje skupinskega dela s rizičnimi posamezniki in zasvojenici.

Sedanje stanje na tem področju zahteva nujne spremembe tudi v delu šolske medicine in medicine dela; v sistematske preglede je treba še posebej zajemati mlade moške, ki pogosteje posegajo po različnih drogah in jih ne zajemajo obstoječi preventivni programi (10). Zdravnik na primarni ravni mora znati pritegniti lokalne politike in jih pripraviti, da zagotovijo sredstva za ustrezne preventivne/intervencijske programe in povežati strokovnjake različnih strok pri reševanju zdravstvene in socialne problematike zlorabe drog na določenem območju (multisektorska koordinacija).

Naloge socialnomedicinskih, psihiatričnih in drugih specializiranih ustanov naj bodo v iskanju učinkovitejših preventivnih in/oz. kurativnih metod pomoči in drugi raziskovalni dejavnosti, v zdravljenju somatskih in psihičnih komplikacij, zlasti pa v kontinuirani konzultaciji, superviziji in edukaciji kadrov primarnega zdravstvenega varstva. Za skladno delovanje celovite zdravstvene in socialne dejavnosti je izjemno pomembno, da se vzpostavi ustrezno vertikalno in horizontalno sodelovanje in kontinuirane komunikacije.

Vloga skupin za samopomoč in prostovoljno delo

Čeprav pri nas vloga skupin za samopomoč, prostovoljnih in dobrodelnih organizacij ni tako velika kot npr. v ZDA ali ponekod v zahodni Evropi, bodo v prihodnosti te organizacije verjetno tudi pri nas prevzele precejšnjo odgovornost pri preprečevanju zlorabe drog.

Zlasti je lahko učinkovita mreža samozaščitnih skupin odvisnikov, ki lahko drug drugemu pomagajo na podlagi lastnih izkušenj in ki so lahko drugačne od strokovnih. Takšna skupina lahko pomaga premagati osamljenost, strah, zaskrbljenost, razočaranje in druge stiske, ki praviloma spremljajo zlorabo drog. Njihov avtentičen terapevtski prispevek je zelo pomemben. Zdi se, da je za uspeh delovanja takšnih skupin nujno, da med člani ni asocijalnih udeležencev, ki destimulirajo terapevtsko vzdušje. Kljub določenim omejitvam nudijo skupine za samopomoč edinstveno možnost za udeležbo uživalcev drog pri zdravljenju. Krepitev odgovornosti uživalca drog za lastno zdravje je v prognostičnem smislu izredno pomembna.

Poleg samopomoči se pri nas počasi uveljavlja tudi prostovoljno delo in druge oblike humanitarnih pomoči, ki zahtevajo strokovno pomoč, vodenje in nadzor.

Vloga vlade

Ne glede na to, da naj bi se široka paleta aktivnosti v smislu preprečevanja zlorabe drog izvajala neposredno v posameznih skupnostih, pa ostaja globalna odgovornost za obvladovanje

pojava na vladni oz. državni ravni. Vlada je zaradi izrazito socio-ekonomske in zdravstvene resnosti pojava odgovorna za sprejem celovitega programa obvladovanja zlorabe drog. Na splošno velja, da je treba na vladni ravni v okviru nacionalne politike sprejeti in vzpodbuditi naslednje preventivne strategije:

- Informativna in znanstvenoraziskovalna strategija;
- Strategija zmanjševanja povpraševanja po drogah, zlasti vzgoja in izobraževanje s ciljem boljše prosvetljenosti in vzgojenosti in nadzor nad dejavniki, ki pospešujejo zlorabo drog;
- Strategija zmanjševanja ponudbe drog, zlasti nadzor nad dostopnostjo drog, vključno z ukrepi, ki zadevajo njihovo proizvodnjo, prodajo in distribucijo;
- Zakonodaja na področju drog;
- Gospodarski in politični ukrepi v zvezi z družbenimi spremembami in razvojem, vključno z ukrepi za preprečevanje revščine, brezposelnosti, diskriminacije in izboljšanje kakovosti življenja.

Ker gre za izrazito multisektorski, večplasten in transdisciplinaren javnozdravstveni problem, mora vlada zagotoviti državno koordinacijo pri ocenjevanju stanja in izvajanju ukrepov, alocirati potrebne kadrovske in materialne vire in zagotoviti sistemsko podporo sprejetih strategij. Razen tega je vlada dolžna odpirati in vzdrževati nujno potrebna mednarodna sodelovanja na vseh sektorjih, ki se ukvarjajo s problemom drog, kot tudi stimulirati raziskovalno, izobraževalno in drugo problemsko orientirano delo.

SZO zadnja leta pospešeno opozarja svoje članice, da morajo jalovost posameznih poskusov preprečevanja zlorabe drog preseči s široko zastavljeno nacionalno politiko in oblikovanjem javnozdravstvene politike za droge, ki mora zajemati primarno, sekundarno in terciarno prevencijo zlorabe drog. Postavitve ciljev in izvajanje strategije mora spremljati ustrezen monitoring ter sistem vrednotenja izbranih strategij. V ta namen je treba vzpostaviti mrežo akcijskih skupin na lokalni ravni in koordinacijskih vozlišč na regionalni in nacionalni ravni.

Raziskovalna dejavnost in usposabljanje

V Sloveniji v preteklosti nismo vspešno spodbujali in razvili raziskovalno dejavnost na področju zlorabe drog. Nekaj redkih in izoliranih raziskav o razširjenosti zlorabe drog (opisanih v drugem prispevku) potrjuje dejstvo, da gre pri nas za veliko potrošnjo različnih drog. Na sedanji stopnji socialnega in zdravstvenega razvoja ne znamo ali ne zmoremo zaustaviti njihove zlorabe. Zato moramo razviti temeljne, aplikativne in razvojne raziskave, usmerjene na kontinuirano pridobivanje kvalitetnih in kvantitativnih podatkov. Informacije bodo omogočile analizo različnih oblik potrošnje drog, ogroženosti posameznikov in skupin, učinkovitosti različnih načinov prevencije in zdravljenja, družbenih ukrepov ipd.

Zelo pomembno je, da novim spoznanjem in stanju na področju zlorabe drog pri nas prilagodimo izobraževalne programe za zdravstvene in socialne delavce na primarni ravni in si zagotovimo njihovo motiviranost in sodelovanje v različnih preventivnih in kurativnih programih. V ustrezne izobraževalne programe je treba pritegniti tudi različne parastrokovne skupine in predstavnike lokalne skupnosti.

Sklep

Zloraba dovoljenih in nedovoljenih drog v Sloveniji je velika in pomeni resen javnozdravstveni problem. Družbene, kulturne, vedenjske in medicinske sestavine zlorabljanja drog so nerazdružljivo prepletene. Pristop k reševanju tega problema mora biti zato toliko bolj celovit, kolikor bolj se približujemo ogroženemu posamezniku v njegovem okolju, in toliko bolj specifičen, ko obravnavamo posamezno sestavino pojava. Globalni cilj prevencije zlo-

rabe drog je, da ljudje ne bi zlorabljali drog in da se ne bi izpostavljali različnim tveganjem in povzročali družbeno škodo. V zvezi s tem je pozornost socialne medicine osredotočena na primarno in sekundarno preventivo ter vodenje in koordinacijo teh programov.

Socialnomedicinski kazalci za spremljanje zlorabe drog (prikazani v drugih prispevkih) kažejo, da smo v Sloveniji premalo naredili, da bi preprečili številne posledice zlorabe. Kazalci opozarjajo tudi na nujnost okrepitve kadrovskih zmogljivosti, zagotovitvi finančnih virov ter razširitvi in posodobitvi drugih materialnih možnosti. Pogoji, brez katerega ne gre, je sprejem ustrezne zdravstvene politike na področju drog. Za takšen celovit pristop niso odgovorni le zdravstveni delavci, temveč celotna družba prek relevantnih sektorjev strokovne in družbene organiziranosti. Preseči moramo probleme pomanjkanja znanja, nepovezanosti in neusklajenosti ter pretežno skrb za to področje prenesti od zavzetih posameznikov in institucij na družbo in njene strukture. V tem okviru pa je potrebno tudi v okviru zdravstva izoblikovati medsebojno vsklajene, za ljudi sprejemljive in kontinuirane preventivne programe. Pri tem imajo pomembno vlogo zlasti zdravniki v primarnem zdravstvenem varstvu, kot tudi zdravniki znotraj specializiranih ustanov socialne medicine in psihiatrije. Na osnovi metode aktivnega pristopa morajo zdravniki v primarnem zdravstvu razvijati in sodelovati v informacijskih in zdravstvenovzgojnih programih. Pritegniti morajo strokovnjake drugih strok in prostovoljne skupine in skupine za samopomoč. Specializirane socialnomedicinske, psihiatrične in druge ustanove naj prevzamejo vlogo koordinacije ter preventivnega in kurativnega usposabljanja zdravnikov in drugih delavcev na primarni zdravstveni ravni. Najprimernejše bi bilo, da so sedeži koordinacijskih teles na regionalni in nacionalni ravni pri Zavodih za zdravstveno varstvo, ki že imajo izkušnje v medsektorskem sodelovanju, predvsem pa je to ena

izmed njihovih osnovnih funkcij.

Slovenija je na pojav širjenja potrošnje drog še vedno pomanjljivo pripravljena. Zato moramo narediti vse, da se zmanjša visoka potrošnja drog in prepreči nadaljnje širjenje epidemije, ko se zdi obseg zlorabe drog še obvladljiv. Predpogoj za učinkovito preventivo (in zdravljenje) pa so sprejeti sistemski vladni in področni programi ter trdno in dolgoročno finančno planiranje preprečevanja zlorabe drog.

Literatura

1. Gossop M, Grant M eds. Preventing and controlling drug abuse. Geneva: WHO, 1990: 19–128.
2. WHO. Sociocultural factors in drug abuse: report on WHO working group, Reims, 1990. Copenhagen: WHO, 1991: 1–7.
3. Kušević V. Zloupotreba droga. Zagreb: Republiški sekretariat za unutrašnje poslove SR Hrvatske, 1990: 197–203.
4. Senay EC. Substance abuse disorder in clinical practice. Boston: John Wright, PSG Inc, 1983: 61–94.
5. Roper WL. Current approaches to prevention of HIV infection. Public Health Reports 1991; 106: 111–5.
6. Brenner H, Briongos HP, Goos C. Aids among drug abusers in Europe: review of recent developments. Copenhagen: WHO, 1991: 1–13.
7. Nollimal D. Temeljni cilji in strategije prevencije zlorabe drog in odvisnosti od drog. Zdrav Var 1991; 30: 193–5.
8. Grant M, Hodgson R. Responding to drug and alcohol problems in the community: a manual for primary health care workers, with guidelines for trainers. Geneva: WHO, 1991: 1–109.
9. Rootman I, Hughes PH. Drug-abuse reporting systems. WHO, Offset Publication 1980; 50: 55–62.
10. Kožuh MN, Šelb J, Grobovšek SO, Keršmanec MH. Zdravstveno stanje prebivalstva v Sloveniji. Med Razgl 1991; 30: Suppl 3: 1–12.

V tej številki so sodelovali:

prim. dr. Ivan Cibic, dr. med., Ljubljana
 prim. Marko Demšar, dr. med., specialist rentgenolog, Univ. inštitut za rentgenologijo, UKC Ljubljana
 prof. dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist patolog, specialist sodne medicine, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana
 mag. Primož Dolenc, dr. med., specializant interne medicine, Klinika za hipertenzijo, UKC Ljubljana
 prim. Pavla Jerina-Lah, dr. med., specialist transfuziolog, Ljubljana
 prof. dr. Miloš Kobal, dr. med., specialist nevropsihiater, Univ. klinika za psihiatrijo, UKC Ljubljana
 prim. Franci Koglot, dr. med., specialist kirurg, SB dr. Franca Derganca Šempeter
 prof. dr. Janko Kostnapfel, dr. med., specialist nevropsihiater, Univ. psihiatrična klinika, UKC Ljubljana
 prof. dr. Jože Lokar, dr. med., specialist nevropsihiater, Center za mentalno zdravje, UKC Ljubljana
 prof. dr. Marko Lunder, dr. med., specialist dermatovenerolog, Univ. dermatološka klinika, UKC Ljubljana

doc. dr. Ivan Malešič, dipl. farm., SB Ptuj
 doc. dr. Darko Maver, Ministrstvo za notranje zadeve Ljubljana
 asist. mag. Dušan Nollimal, dr. med., specialist socialne medicine, Univ. zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana
 prof. dr. Stojan Plesničar, dr. med., specialist radiolog, Onkološki inštitut Ljubljana
 mag. Marijan Pregl, dr. med., specialist nevropsihiater, Psihiatrična bolnišnica Ormož
 doc. dr. Marjan Premik, dr. stom., specialist ortodont in specialist socialne medicine z organizacijo zdravstva, Inštitut za socialno medicino, MF Ljubljana
 prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., specialist za ustne in zobne bolezni, ZD Ljubljana
 Zdenka Čebašek-Travnik, dr. med., specialist psihiater, Center za mentalno zdravje, UKC Ljubljana
 mag. Eva Stergar, dipl. psih., Univ. zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana
 višji predavatelj Bernard Stritih, dipl. psih., Višja šola za socialne delavce Ljubljana
 prof. dr. Martina Tomori, dr. med., specialist, nevropsihiater, Univ. psihiatrična klinika, UKC Ljubljana
 doc. dr. Božidar Voljč, dr. med., specialist splošne medicine, Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo Ljubljana
 doc. dr. Slavko Zihertl, dr. med., specialist nevropsihiater, Center za mentalno zdravje, UKC Ljubljana

RAZŠIRJENOST PITJA ALKOHOLNIH PIJAČ IN KAJENJA CIGARET MED SLOVENSKIMI SREDNJEŠOLCI – REZULTATI MNENJSKE RAZISKAVE*

THE SPREAD OF DRINKING ALCOHOL AND SMOKING CIGARETTES AMONG SLOVENE SECONDARY SCHOOL PUPILS – RESULTS OF OPINION RESEARCH

Eva STERGAR

Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo, Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, Trubarjeva 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1992-01-17

Sprejeto 1992-03-03

Zdrav Vestn 1992; 61: 137-40

KLJUČNE BESEDE: slovenska mladina; stališča; pивske navade; kadilske navade; anketa

KEY WORDS: Slovene youth; attitudes; drinking habits; smoking habits; survey

IZVLEČEK – Izhodišča. V raziskavi Mladi in njihov odnos do alkohola smo ugotavljali stališča mladih do pitja alkoholnih pijač, njihove pивske navade, motive za pitje, prisotnost zlorabe alkohola v njihovih družinah ter njihove kadilske navade.

Metode. Raziskavo smo izvedli novembra 1990 na reprezentativnem vzorcu 1310 slovenskih srednješolcev s pomočjo vprašalnika, ki je vseboval 55 vprašanj, nanašajočih se na preučevana stališča, navade, motive in prisotnost teh navad v njihovem okolju.

Rezultati. Ugotovili smo, da ima 95% anketirancev določene izkušnje z uživanjem alkohola. Polovica anketirancev je prvič pila alkoholne pijače doma, tretjina pa na zabavi pri prijateljih. V času ankete je abstiniral 18,5% vseh anketirancev. V zvezi s pивskimi navadami in samooceno glede pitja alkoholnih pijač smo ugotovili določene razlike, povezane s spolom anketirancev. V obdobju med prvim in tretjim letnikom so se določene pивske navade utrdile. V celotnem vzorcu je bilo 42% oseb, ki še nikoli niso kadile. Med prvošolci je bilo v času ankete 82,1% nekadilcev in 17,9% kadilcev; med tretješolci je bilo v času ankete 72,2% nekadilcev in 27,8% kadilcev.

Zaključki. Rezultati kažejo, da bomo morali s preventivnimi posegi poseči v obdobje pred 10. letom. V program bomo morali vključiti starše in učitelje ter dodatno pozornost nameniti fantom.

ABSTRACT – Background The research »Youth nad their Attitudes Towards Alcohol« was conducted on representative sample of Slovene secondary school pupils (1310 persons; average age: 15.9 years) in November, 1990, to discover attitudes towards drinking alcohol beverages, drinking habits, drinking motives, existence of alcohol abuse in their families, and their smoking habits. Methods: The research study on a representative sample of 1310 Slovene secondary school pupils was carried out in November 1990 by means of a questionnaire, listing 55 questions. The questions referred to the attitudes which were the subject of the research, to habits and to the presence of those habits in their surroundings. Results. We found out that 95% of subjects had some experience with drinking alcohol. Fifty percent of subjects drank alcohol for the very first time at their homes, while 18.5% of subjects stated that they didn't drink alcohol. We found out some differences related to the sex of subjects (drinking habits and drinking level selfesteem). In the period between 1st and 3rd grade certain drinking habits became stronger.

There were 42% persons in the sample who ha never tried to smoke. There were 82.1% nonsmokers among 1st grade pupils and 72.2% nonsmokers among 3rd grade pupils.

Conclusions: The results show that preventive actions with youngsters should be started before the age of ten. The programmes should enlose parents and teachers, while special attention should be paid to boys.

Uvod

Čezmerno uživanje alkohola je eden od pomembnejših dejavnikov, ki prispevajo k družbenim in zdravstvenim problemom. Na spisek problemov, ki so povezani s čezmernim uživanjem alkohola, lahko uvrstimo cirozo jeter, cestnoprometne in druge nesreče, nekatere vrste raka, probleme v zvezi z mentalnim zdravjem in socialne probleme, kot so na primer finančne težave v družini, absentizem, fizično obračunavanje v družini, zloraba otrok in ločitev.

Problematika čezmernega uživanja alkohola je tako kompleksna, da bi morala biti deležna vsestranskega pristopa. Vplivati bi morali na kulturne, družbene in ekonomske dejavnike, ki povzročajo, da posamezniki in skupine čezmerno uživajo alkoholne pijače. Zdravstvenovzgojni pristop je le eden od mnogih potrebnih korakov pri preprečevanju čezmernega uživanja alkohola.

V članku bomo predstavili rezultate mnenjske raziskave »Mladi in njihov odnos do alkohola«, v kateri smo ugotavljali

stališča reprezentativnega vzorca slovenskih srednješolcev, povezana z različnimi vidiki uživanja alkoholnih pijač in kajenja cigaret. Raziskava predstavlja izhodišče za načrtovanje zdravstvenovzgojnega programa za zgodnje preprečevanje odvisnosti od alkohola. Vsebinsko in časovno načrtovanje ter kasnejša evaluacija zdravstvenovzgojnega programa zahtevajo temeljito poznavanje problematike. Zato smo bili v raziskavi usmerjeni predvsem v zbiranje podatkov, ki naj bi vsestransko osvetlili družinske razmere srednješolcev (dejansko stanje in doživljanje odnosov v družini), njihove prve stike z uživanjem alkoholnih pijač (starost in okolje, v katerem se je to zgodilo: motivi, ki so vodili k pitju alkohola...), pивske navade, motive za pitje alkoholnih pijač, vpliv pitja na zaznavo samega sebe, pивsko obnašanje v družbi vrstnikov ter morebitne težave, ki so se že pojavile zaradi pitja alkoholnih pijač.

Prevladuje mnenje, da zloraba alkohola tudi med mladimi Slovenci narašča. Vendar pa je bilo na Slovenskem – v nasprotju z drugimi republikami bivše Jugoslavije – po letu 1945 opravljenih le nekaj epidemioloških raziskav, pa še te so vzniknile iz osebnih pobud ter bolj ali manj naključno. Cenitve in opažanja pa govorijo, da je problem odvisnosti od alkohola pri nas prav tako pereč kot v drugih jugoslovanskih republikah ter po svetu (1).

* Raziskavo je sofinanciralo Ministrstvo za delo, pogodba št. 1000-400/1-4.

* 1 pijača = 3,6 dl piva ali 0,3 dl žgane pijače ali 1,2 dl vina

Problematika uporabe in zlorabe alkohola pri naših mladostnikih je slabo poznana (2); ena redkih raziskav na vzorcu slovenskih srednješolcev je bila opravljena v poznih sedemdesetih letih (3).

Kajenje cigaret je po mnenju vrste strokovnjakov najširši posamezni izogibni vzrok slabega zdravja in prezgodnje smrtnosti. Ocenjujejo, da je v Evropi odgovorno za več kot pol milijona smrti vsako leto (4), v Sloveniji pa lahko npr. samo leta 1988 kajenju cigaret pripišemo smrt več kot 1200 ljudi.

Vrsta raziskav je dokazala, da v razvitih deželah povzroča kajenje tobaka eno od vsakih treh smrti zaradi raka, prav tako pa je tudi glavni vzrok za kardiovaskularne in kronične respiratorne bolezni (5). Tudi problematika kajenja cigaret med slovensko mladino je slabo poznana. Zadnji dostopni podatki o razširjenosti kajenja med slovenskimi srednješolci segajo v pozna sedemdeseta leta (3).

Vzorec in metoda

Za potrebe raziskave smo izdelali reprezentativni vzorec slovenskih srednješolcev (stopenjski stratificirani vzorec), ki so v šolskem letu 1990/91 obiskovali 1. oziroma 3. letnik srednjih šol (pri skrajšanih programih pa 2. letnik). Vzorec je obsegal 1310 oseb (704 prvošolcev in 606 tretješolcev), ki so bile zajete proporcionalno po posameznih stopnjah izobraževanja. Med anketiranimi prvošolci je bilo 53% fantov in 47% deklet, med tretješolci pa 45,5% fantov in 54,5% deklet. Povprečna starost celotnega vzorca je bila 15,9 leta; prvošolci so bili v povprečju stari 15 let, tretješolci pa 16,9 leta.

Podatke smo zbirali s pomočjo vprašalnika, ki vsebuje 55 vprašanj, razdeljenih v sedem sklopov: splošni podatki o anketiranca, družina, piske navade anketiranca in njegovih prijateljev, motivi za pitje alkoholnih pijač, stališča anketirancev, njihovih prijateljev in staršev do pitja alkoholnih pijač, težave zaradi pitja alkoholnih pijač in kajenje.

Skupinsko anketiranje celotnega vzorca smo opravili meseca novembra 1990. Želeli smo, da bi nam srednješolci odgovarjali čim bolj iskreno, zato je bila anketa povsem anonimna. Med anketiranjem v razredu ni bil prisoten nihče od šolskega osebja. Vprašalnik ne vsebuje nobenega takega vprašanja, s pomočjo katerega bi lahko identificirali posameznika, ki ga je izpolnjeval.

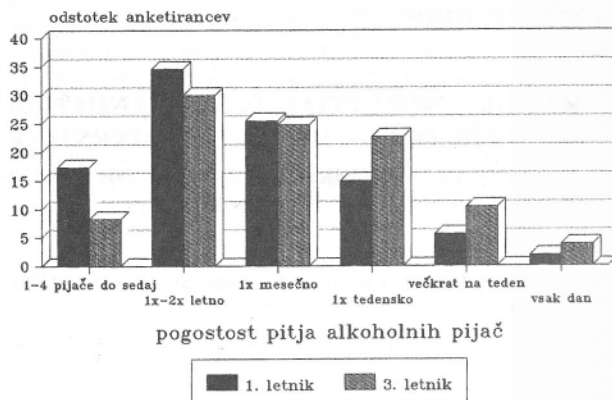
Rezultate anketiranja smo računalniško obdelali s pomočjo programskega paketa SPSS na Univerzitetnem računalniškem centru. Glavno obdelavo smo opravili po spolu anketirancev, ločeno za prvi in tretji letnik.

Rezultati

Pitje alkoholnih pijač

Skoraj vsi anketiranci – ne glede na spol – so že poskusili alkoholne pijače. V celotnem vzorcu je bilo le 5% anketirancev (7,4% iz prvih in 3,1% iz tretjih letnikov), ki so izjavili, da še nikoli niso poskusili nobene. Najpogostejše okušani pijači sta pivo in vino, ki so ju poskusili skoraj vsi anketiranci; sledita liker in mošt – poznajo ju tri četrtine anketirancev, z rumom in žganjem pa se je srečala »le« polovica anketirancev. Statistično značilne razlike med spoloma so se pojavile pri učinkih, ki jih je imelo pitje alkoholnih pijač na anketirance. Več fantov kot deklet je že popilo toliko alkoholnih pijač, da so bili pijani.

Zanimalo nas je, koliko so bili anketiranci stari ob prvem pitju alkoholnih pijač in kje so prišli prvič v stik z njimi. Distribucija odgovorov v zvezi s starostjo je izrazito asimetrična v levo. Najpogostejša starost ob prvem pitju je bila 14 let; v povprečju pa so bili takrat, ko so prvič pili alkoholno pijačo, stari 11,2 leta ($\pm 3,55$ leta anketiranci). Minimalna starost ob prvem pitju alkoholne pijače je bila manj kot eno leto (!), maksimalna pa 17 let. Več kot polovica anketirancev je prišla prvič v stik z alkoholnimi pijačami doma; skoraj tretjina na zabavi pri prijateljih, nekaj več kot 5% pa v gostinskem lokalu. Dekleta pogostejše kot fantje popijejo prvo



Sl. 1. Pivske navade srednješolcev po letniku šolanja.

Fig. 1. Drinking habits of secondary school pupils divided by school years.

alkoholno pijačo doma v prisotnosti staršev, fantje pa v lokalu ali na zabavi pri prijateljih.

Prve izkušnje s pitjem alkoholnih pijač si je dobra četrtina od tistih anketirancev, ki so že poskusili alkoholno pijačo, pridobila pred 10. letom, naslednja četrtina med 10. in 12. letom, ostali kasneje. Abstinira manj kot petina anketirancev, in sicer 23% iz 1. letnikov in 12,9% iz 3. letnikov. Med njimi je statistično značilno več deklet kot fantov.

Pivske navade prvo- in tretješolcev se razlikujejo (sl. 1): kar enkrat večji delež tretješolcev pije alkoholne pijače enkrat tedensko in pogostejše. Več deklet kot fantov pije minimalne količine alkohola; zveza je močnejša v skupini tretješolcev (koeficient kontingence $C=0,39$).

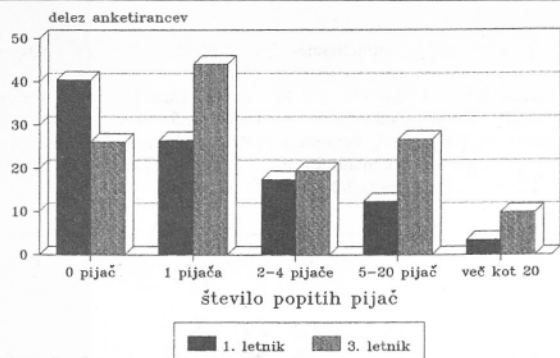
Modalna vrednost mesečno popitih pijač je 1, mediana pa znaša 3. Razpon mesečno popitih pijač je od ene pijače do 250 pijač. Zastopanost posameznih kategorij pivcev po klasifikaciji Hetheringtona in Rachala (z ozirom na število mesečno popitih pijač**) (6) je prikazana na sliki 2. Primerjava naših podatkov in podatkov iz tuje literature (6) o mesečno popitem številu pijač kaže, da je bilo v vzorcu slovenskih srednješolcev skoraj trikrat več redkih pivcev in abstinentov (ena pijača ali manj mesečno), več lahkih pivcev (2–4 pijače mesečno) ter bistveno manj zmernih (5–20 pijač mesečno) in težkih (več kot 20 pijač mesečno) pivcev. Sicer pa se ocenjuje večina tistih slovenskih anketirancev, ki pijejo alkoholne pijače, za zelo lahke pivce. Večji delež fantov kot deklet se ocenjuje kot zmerne oziroma težke pivce.

O tem, da se napijejo in so pijani, je poročala četrtina anketirancev iz 1. letnikov in skoraj polovica iz 3. letnikov. Do pomembnih sprememb v pogostosti opijanja fantov in deklet pride med 1. in 3. letnikom srednje šole. Medtem ko sta za 1. letnik deleža tistih, ki se nikoli ne opijajo, za oba spola zelo podobna, je v 3. letniku statistično značilno več deklet kot fantov izjavilo, da niso nikoli pijane ($C=0,42$). Med tistimi anketiranci, ki se opijajo, jih je skoraj 60% pijanih manj kot enkrat mesečno, četrtina enkrat mesečno, kar 16% pa enkrat ali večkrat tedensko.

Anketirance – tako dekleta kot fante – vodijo v pitje alkoholnih pijač predvsem socialni motivi: pijejo, kadar kaj proslavljajo, v družbi s prijatelji, le redki posamezniki posežejo po alkoholni pijači, kadar so sami. Med razlogi za prvo pijanost vodita družba prijateljev in proslavljanje. Tudi odgovori na odprto vprašanje kažejo, da nobena proslava, veselica ali praznik ne more miniti brez alkoholnih pijač in pijanosti.

Od 18 različnih razlogov za opijanje so anketiranci najpogostejše izbrali naslednje:

- tako se zabavamo s prijatelji (25%)
- da postanem bolj živahen-a, zgovoren-a (18%)
- potem sem bolj sproščen-a in manj napet-a (12%)



Sl. 2. Število mesečno popitih pijač po letniku šolanja.

Fig. 2. Number of monthly consumed drinks divided by school years.

– da pozabim na vsakdanje tegobe in postane prihodnost lepša (9%).

Pri nekaterih razlogih za opijanje (»ko začnem, ne morem nehati«; »taka je navada«) so se v skupini tretješolcev pokazale statistično značilne razlike med spoloma. Alkohol učinkuje podobno na fante in dekleta: postanejo bolj veseli (polovica anketirancev), bolj družabni in sproščeni (četrtnina) ter duhoviti (petina).

Pri tistih anketirancih, ki so odgovorili, da ne pijejo alkoholnih pijač, je glavni razlog dejstvo, da alkohol škoduje zdravju. Strah pred tem, da bi se navadili piti alkoholne pijače, je navzoč pri dobri tretjini prvošolcev in četrtnini tretješolcev, ki ne pijejo alkoholnih pijač. Po četrtnina v vsaki skupini je izjavila, da v pitju ne uživa.

Tisti anketiranci, ki pijejo alkoholne pijače in bi želeli nehati, so navedli naslednje razloge: škodljivost alkohola za zdravje, strah pred navado, slabo počutje in maček ter dejstvo, da v pitju alkohola ne uživajo več. Približno desetina anketirancev – tako fantov kot deklet – pa je izjavila, da pijejo alkoholne pijače in ne nameravajo nehati.

Približno desetina vseh anketirancev je zapisala, da njihov oče oziroma mati ne ve, da pijejo alkoholne pijače. Četrtnina anketirancev pa ne ve, kakšno stališče imajo njihovi starši do pitja alkoholnih pijač. Težave (predvsem doma in v šoli) zaradi pitja alkoholnih pijač je že imel skoraj vsak šesti anketiranec, in to statistično značilno več fantov kot deklet.

Dobra šestina anketirancev je izjavila, da njihov oče pije oziroma je pil veliko alkoholnih pijač.

Kajenje

V celotnem vzorcu je bilo 42% anketirancev, ki so odgovorili, da še nikoli niso kadili. Dobra desetina je prvič kadila pred 10. letom, 17% v starosti med 10. in 13. letom, ostali – 30% – so bili ob prvem kajenju starejši od 13 let. Primerjava porazdelitev odgovorov anketirancev iz prvih in tretjih letnikov kaže, da se med prvimi in tretjim letnikom srednje šole delež tistih, ki poskusijo kaditi, poveča za 15%.

Fantje poskusijo kaditi prej kot dekleta. Značilno več fantov kot deklet je poskusilo kaditi, ko so bili stari manj kot 10 let. Podobna slika se kaže za starostni razred 10 do 13 let.

Dobra tretjina tistih anketirancev, ki so odgovorili, da so že kdaj kadili, je začela iz radovednosti; dobra četrtnina zaradi družbe; 18% slučajno; dobra desetina anketirancev ne ve, zakaj so začeli kaditi; le 2,7% sta si prižgala cigareto zato, da bi izgledali bolj odrasli ali da bi se lažje uveljavili; približno 4% pa jih je zapisalo kak drug razlog.

Seveda pa dejstvo, da so anketiranci že poskusili kaditi, ne pomeni, da tudi kadijo. Med prvošolci je bilo v času ankete 82,1% nekadilcev in 17,9% kadilcev; med tretješolci je bilo v času ankete 72,2% nekadilcev in 27,8% kadilcev. Anketirani fantje in dekleta

se statistično značilno ne razlikujejo niti po kadilskem stažu niti po deležih kadilcev. Do podobne ugotovitve so prišli tudi v raziskavi na vzorcu mladih Evropejcev (7, 8). Razlikujejo pa se po številu dnevno pokajenih cigaret: med fanti je bilo več »težkih« kadilcev (11–20 cigaret, 21 in več cigaret) kot med dekleti.

Ugotovili smo statistično značilno zvezo med kajenjem in pitjem alkoholnih pijač. Med kadilci z dve- in večletnim stažem je bilo statistično značilno več takih, ki pijejo alkoholne pijače vsak teden ali pogosteje. Ugotovljena zveza velja tako za fante kot za dekleta. Še izrazitejša in tesnejša povezava pa se je pokazala pri križanju odgovorov o kadilskem stažu in pogostosti opijanja anketiranih oseb.

Razpravljanje

Večina anketirancev je poročala o izkušnjah s pitjem alkoholnih pijač. O tako visokem deležu »izkušenih« poročajo tudi drugi avtorji (9). Kot kažejo podatki za anketirance iz 3. letnikov, se je delež abstinentov med slovensko srednješolsko populacijo v približno 10 letih znižal kar za 11% (3). Tudi v primerjavi s študenti je bilo v našem vzorcu dijakov 3. letnikov skoraj 5% manj abstinentov (10). Trditve, da med mladino narašča število tistih, ki pijejo alkoholne pijače, žal, veljajo. Motivi za pitje alkoholnih pijač pa so podobni, kot so bili ugotovljeni v predhodnih raziskavah. Vodijo predvsem družba, radovednost, slučaj...

Tako velika razširjenost mladostniškega uživanja alkohola daje misliti, da je pitje v tem starostnem obdobju ozirom normativno vedenje. Včasih pa je tudi problematično. Z ozirom na to, da so težji in bolj problematični nivoji pitja povezani z osebnimi motivi za pitje (zmanjšanje napetosti, povečani občutek lastne moči, boljše kognitivno in motorično funkcioniranje), lahko na tej osnovi ločimo visoko in nizko rizično pitje mladostnikov. Grobo lahko ocenimo, da je bilo v našem vzorcu med tretješolci približno 17% visoko rizičnih oseb, med prvošolci pa bistveno manj.

Na osnovi prisotnosti čezmernega uživanja alkoholnih pijač pri očetih lahko 16% vzorca označimo kot rizičnega. Ti otroci so v primerjavi z drugimi odraščali pogosteje v nepopolni družini in v bolj neprijetnem družinskem vzdušju, pogosteje so bili deležni neenotne vzgoje, starši se med seboj slabše razumejo. Statistično značilno pogosteje pijejo alkoholne pijače, so pogosteje pijani in imajo zaradi alkohola pogosteje težave kot ostali anketiranci, katerih očetje pretirano ne uživajo alkoholnih pijač.

Ugotovili smo določene razlike med fanti in dekleti, predvsem pa utrjevanje pivskih navad v času od 1. do 3. letnika srednje šole.

Če primerjamo naše rezultate za tretješolce s podatki iz poznih sedemdesetih let (3), opazimo, da se je delež kadilcev med sred-nješolci v obdobju 12 let zmanjšal za dobrih 7%.

Rezultati naše raziskave kažejo, da bomo morali s preventivnimi posegi – predvsem v smislu bogatitve življenja in zapolnjevanja čustvenih in doživljajskih praznin, ki jih kasneje mladi skušajo zapolniti na tak ali drugačen način – poseči v obdobje pred 10. letom, v program bomo morali vključiti starše in učitelje ter dodatno pozornost nameniti fantom.

Literatura

1. Ramovš J. Epidemiologija alkoholizma in koncept celostnega spoprijema z njim. Raziskovalna naloga za ZSS. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, 1988.
2. Tomori M. Osebnostne in socialne determinante pri nastanku in razvoju alkoholizma. Raziskovalna naloga za RSS. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika, 1986.
3. Žmuc-Tomori M. Nekatere značilnosti populacije toksikomanov v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 1979: 87–90.
4. A 5 year action plan. Smoke free Europe. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1988.

5. It can be done. A smoke-free Europe. Copenhagen: WHO, Regional publications, European series, No. 30, 1988.
6. Kline RB, Canter WA, Robin A. Parameters of teenage alcohol use; a path analytic conceptual model. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 521-8.
7. Fumo ed alcool negli adolescenti. *La salute umana* 1990; 109: 31-1.
8. Anon. Les jeunes Europeens de 11 a 15 ans et le tabac. Bruxelles:

- Commission des communes Europeennes; L'Europe contre le cancer, 1991: 22-31.
9. McLaughlin L, Chassin L, Sher KJ. Alcohol expectancies and the risk for alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 411-7.
10. Gosar A, Kuzman M, Perharič L, Petrič V, Pšenica J. Zloraba drog med študenti v Ljubljani. Prešernova naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta: 1983.



zdravniki v prostem času

IATROSSKI - ALPE-ADRIA

V Kranjski gori se je 20. in 21. februarja 1992 zbralo 150 zdravnikov dežel Alpe-Jadran, ki so se udeležili Posvetovanja športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem. Pokroviteljstvo sta prevzela minister za zdravstvo, družino in socialno varstvo dr. B. Voljč ter Smelt.

Ta prva strokovno-športna prireditve v okviru Alpe-Adria je zaradi znanih političnih razmer v naši novi državi privabila le manjše število udeležencev iz drugih držav.

Gostitelj celotne prireditve je bila v svojem hotelu v Kranjski gori tovarna zdravil LEK.

Nosilec prvega predavanja na strokovnem kongresu z naslovom *Hormonske in metabolične spremembe pri telesni aktivnosti* je bila as. dr. Miša Pfeifer z Interne klinike v Ljubljani. Ob ekzaktni razlagi fizioloških dejavnikov smo zvedeli za vzroke zakasnele pubertete pri športnicah, za spremembe v rasti športnikov obeh spolov; dobili pa smo tudi nekaj praktičnih napotkov o tem kdaj in kakšno hrano ali napitke zaužiti pred tekmovanjem ali drugimi ekstremnimi naporji. Predavateljica se je spomnila tudi na bolniške-diabetike, jim fizične aktivnosti priporočila, vendar ob ekstremno disciplinirani prehrani.

Doc. dr. Vinko Pavlovčič - ortoped in član zdravniškega tima državne smučarske reprezentance je iz lastnih izkušenj in primerjav predaval o *poškodbah vrhunskih smučarjev - tekmovalcev*. Ponovno je poudaril selitev poškodb s predela goleni na koleno in na zgornje ude. Posebej pa se je posvetil poškodbi križnih vezi v kolenu, ki je postala tipična smučarska poškodba smučarjev tekmovalcev - še posebej tekmovalk. Omenil je tudi ameriško študijo, ki je dokazala, da preventivno nošenje zaščitne kolenske opornice nima haska, nasprotno - opazili so celo višji odstotek poškodb. Že dalj

časa pa je znano, da je artroskopija - pregled sklepa z videokamero, kateri lahko damo še operativni poseg - pri teh poškodbah velikokrat neizbežen poseg.

V diskusiji je sodeloval tudi dr. Franci Koglot - travmatolog iz Nove Gorice, ki je v enem mesecu oskrbel 3 hude poškodbe kandidatov mladinske reprezentance in ugotovil skupni vzrok poškodb: slabo voden trening v hudem mrazu na Kobli v decembru 1990.

Upajmo, da bo naložba, ki jo je vložila v podporo strokovnih predavanj zavarovalnica Croatia iz Nove Gorice dosegla svoj cilj - želimo preprečiti, da ne bo potrebno zdraviti.

Na tekmah v veleslalomu na FIS progi na Podkorenu so zdravniki dokazali ne le pogum, ampak tudi izredno dobro tekmovalno znanje na deloma poledeneli progi.

Za najboljši čas na daljši progi je Jaka Bahun prejel memorialni Veseljev pokal. Posebna priznanja pa sta prejela še najmlajša udeleženka Golob Tatjana in najstarejši udeleženec Pirc Radislav.

Ekskluzivne pokale pa so prejele najboljše ekipe:

1. mesto - Kirurgija Ljubljana
2. mesto - Ginekologija Ljubljana
3. mesto - Zdravniško društvo Gorenjske.

Za eno samo točko pa je zao-stalo Zdravniško društvo Maribor.

Tekmovanje je štel tudi za izbiro uradne državne reprezentance, ki bo zastopala Slovenijo v marcu na svetovnem smučarskem prvenstvu zdravnikov v Švici.

Rezultati:

krajša proga - ženske A:

- | | | | |
|------------------|--------|-----------|-------|
| 1. Pintar-Hafner | Romana | Gorenjska | 39,66 |
|------------------|--------|-----------|-------|

- | | | |
|-------------------|-------------|-------|
| 2. Pintar Tatjana | KRG | 44,47 |
| 3. Cerkvenik A. | GIN - Kranj | 47,24 |

ženske B:

- | | | |
|-----------------|-----|-------|
| 1. Čokl Barbara | KRG | 42,04 |
| 2. Pfeifer Miša | INT | 44,55 |
| 3. Cerar Lili | GIN | 47,48 |

ženske C:

- | | | |
|-----------------------|--------------|-------|
| 1. Gostinčar Marija | ZD Ljubljana | 46,12 |
| 2. Novak-Antolič Živa | GIN | 49,43 |
| 3. Tekstor Anka | TEC | 50,11 |

ženske D:

- | | | |
|------------------|-------|---------|
| 1. Povše Marjeta | NEVRO | 1,05,87 |
|------------------|-------|---------|

ženske E:

- | | | |
|-----------------|--------------|---------|
| 1. Müller Jasna | ZD Ljubljana | 1,16,87 |
|-----------------|--------------|---------|

moški E:

- | | | |
|-------------------|-----------|-------|
| 1. Martinčič Tone | Gorenjska | 55,29 |
| 2. Kolenc Marko | SB Izola | 55,58 |
| 3. Turk Josip | INT | 59,10 |

moški D:

- | | | |
|-----------------|-----------|-------|
| 1. Pust Borut | INT | 44,51 |
| 2. Pleško Ciril | Gorenjska | 50,67 |
| 3. Roth Ivo | Zagreb | 50,83 |

Daljša proga moški C:

- | | | |
|--------------------|-------------------|-------|
| 1. Koglot Franci | Gorica | 53,86 |
| 2. Zore Janez | Žel. ZD Ljubljana | 54,54 |
| 3. Pavlovčič Vinko | ORT | 55,82 |

moški B:

- | | | |
|-----------------|---------|-------|
| 1. Stritar Bine | KRG | 52,86 |
| 2. Kanič Vojko | Maribor | 54,20 |
| 3. Bregant Lev | GIN | 55,47 |

moški A:

- | | | |
|--------------------|-------------|-------|
| 1. Bahun Jaka | Gorenjska | 52,43 |
| 2. Čretnik Andrej | Boln. Celje | 56,14 |
| 3. Bartenijev Igor | Dermat. | 57,14 |

V zaključku sem dolžan posebno zahvalo tovarni LEK in osebju hotela Lek, ki so se izredno potrudili, da je bilo vzdušje na prireditvi prijetno in nam bo še ob mislih na čarovnika Jožeta Korena in plesno skupino brhkih deklet Mojce Horvat, ostalo v lepem spominu - vsaj do objave v Zdravstvenem vestniku. Simpatično napovedovalko Majo Moll z njenimi duhovitimi vložki pa omenjam kar na koncu.

Dr. Franci Koglot

ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

Datum: 1. 4. 1992

ZAPISNIK

ustanovne skupščine ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

ki je bila v soboto, 28. 3. 1992 ob 9³⁰, v veliki dvorani Skupščine Republike Slovenije

1. OTVORITEV SKUPŠČINE IN POZDRAVI

Dr. Matjaž RODE je nagovoril udeležence in goste ter prebral opravičilna pisma in telegrame častnih povablencev: predsednika predsedstva g. Milana KUČANA, predsednika vlade g. Lojzeta PETERLETA in župana mesta Ljubljane g. Jožeta STRGARJA.

Na predlog dr. Marjana PREMIKA je bilo izvoljeno **delovno predsedstvo** v naslednji sestavi:

predsednik: dr. Matjaž RODE,

članica: dr. Jelka GORIŠEK,

član: dr. Aleš DEMŠAR.

Sledil je pozdravni govor predsednika Skupščine Republike Slovenije gospoda Franceta BUČARJA in ministra za zdravstvo, družino in socialno varstvo, dr. Božidarja VOLJČA.

2. POROČILO O DELU PRIPRAVLJALNEGA ODBORA

je podal dr. France CUKJATI, nakar so častni gostje zapustili sejo.

3. Dr. Marjan PREMIK je podal predloge za organe skupščinskega zasedanja v naslednji sestavi:

verifikacijska komisija:

predsednik: dr. Janez VRBOŠEK

član: dr. Miha BENEDIK

član: dr. Oto MALE

volilna komisija:

predsednik: dr. Jože MOŽGAN

član: dr. Boris KRAVANJA

član: dr. Stjepan ŽIGER

Zapisnikar:

zapisnikar: dr. Jože PRETNAR

overovatelj: dr. Dunja PIŠKUR KOSMAČ

overovatelj: dr. Matija HORVAT

Poslanci so s 148 glasovi potrdili predlog sestave organov zasedanja (noben proti; 1 vzdržan).

4. SPREJEM DNEVNEGA REDA:

za predlagan dnevni red je bilo 149 poslancev, 2 proti, 0 vzdržanih.

5. POROČILO REPUBLIŠKE VOLILNE KOMISIJE je podala dr. Marjeta ZORC. Na zahtevo poslanca dr. Zmaga TURKA so bili podani rezultati volitev vseh štirih predsedniških kandidatov po regijah. Na zahtevo poslanca dr. Ivana JANEŽIČA je bila podana sestava skupščine po specialistični usmeritvi poslancev.

6. POROČILO VERIFIKACIJSKE KOMISIJE je podal dr. Janez VRBOŠEK: od 164 poslancev je bilo prisotnih 151 poslancev.

7. VOLITVE PREDSEDNIKA ZBORNICE.

Najprej je bilo glasovanje o načinu volitev: za tajne volitve je

bilo 137 poslancev, proti 7 in vzdržanih 9. Sledila je kratka predstavitev obeh kandidatov, ki sta v prvem krogu neposrednih in tajnih volitev prejela največ glasov: dr. Kurt KANCLER in dr. France VREVC.

Predsednik verifikacijske komisije dr. Janez VRBOŠEK je obvestil zbor, da so naknadno prispeli še trije poslanci in je novo skupno število prisotnih poslancev 154. Po oddaji glasovalnih listkov v glasovalno skrinjico, je sledil 20-minutni odmor.

Predsednik volilne komisije dr. Jože MOŽGAN je sporočil rezultate volitev:

prim. dr. Kurt KANCLER je prejel 94 glasov,

prim. dr. France VREVC je prejel 57 glasov.

Novoizvoljeni predsednik Zdravniške zbornice Slovenije dr. Kurt KANCLER je imel kratek govor in je nato prevzel vodenje skupščine.

8. PREDLOG STATUTA ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Dr. France CUKJATI je vodil usklajevanje amandmajev, o katerih je o vsakem posebej glasovala skupščina. Nato je bil z vsemi izglasovanimi amandmaji soglasno sprejet naslednji

sklep: Sprejme se predlagani statut z izglasovanimi amandmaji.

9. PREDLOG POSLOVNIKA O DELU SKUPŠČINE ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Dr. France CUKJATI je vodil usklajevanje amandmajev, o katerih je o vsakem posebej glasovala skupščina. Nato je bil s 141 glasovi »za« sprejet naslednji

sklep: sprejme se predlagani poslovnik z izglasovanimi amandmaji.

10. OSNUTEK KODEKSA MEDICINSKE DEONTOLOGIJE:

Dr. Anton DOLENC je najprej prikazal zgodovino nastanka osnutka in utemeljil potrebo po čimprejšnjem sprejetju kodeksa. Po daljši razpravi je bil sprejet naslednji

sklep: Sprejme se predlagani osnutek in se ga da v javno razpravo do konca aprila, nakar pravno-etična komisija skupaj z avtorjem osnutka dr. Antonom DOLENCEM na podlagi vseh pismenih pripomb pripravi predlog kodeksa za naslednjo skupščino.

11. VOLITVE PODPREDSEDNIKA SKUPŠČINE IN ČLANOV IZVRŠILNEGA ODBORA

Na predlog predsednika dr. Kurta KANCLERJA je skupščina z 128 glasovi »za« izvolila **podpredsednika** dr. Franceta VREVC.

Za **predsednika odbora za osnovno zdravstvo** so kandidirali trije zdravniki in na tajnih volitvah prejeli naslednje število glasov:

dr. Sašo BARIČEVIČ 60 glasov,

dr. Srečko RUTAR 9 glasov,

dr. France URLEP 82 glasov.

Izvoljen je bil dr. France URLEP.

Za **predsednika odbora za bolnišnično zdravstvo** so kandidirali trije zdravniki in na tajnih volitvah prejeli naslednje število glasov:
dr. Jože ARZENŠEK 30 glasov,
dr. Miran VRABL 56 glasov,
dr. Janez ZAJEC 63 glasov.
Izvoljen je bil dr. Janez ZAJEC.

Za **predsednika odbora za zobozdravstvo** je kandidiral dr. Matjaž RODE in prejel 139 glasov »za«.
Izvoljen je bil dr. Matjaž RODE.

Za **predsednika socialno-ekonomske komisije** so kandidirali štirje zdravniki, ki so v prvem krogu tajnih volitev prejeli naslednje število glasov:

dr. Marjan ČESEN 62 glasov,
dr. Samo FAKIN 62 glasov,
dr. Valter KERŠIČ 17 glasov,
dr. Gojimir ŽORŽ 4 glasove.
Kandidata, ki sta v prvem krogu volitev prejela največ glasov, sta v drugem krogu volitev prejela:
dr. Marjan ČESEN 61 glasov,
dr. Samo FAKIN 81 glasov.
Izvoljen je bil dr. Samo FAKIN.

Za **predsednika pravno-etične komisije** sta kandidirala dva zdravnika in prejela naslednje število glasov:
dr. Marko KOCIJAN 65 glasov,
dr. Milan KOTNIK 76 glasov.
Izvoljen je bil dr. Milan KOTNIK.

Za **predsednika nadzornega odbora** sta kandidirala dva zdrav-

nika in prejela naslednje število glasov:
dr. Marjan PREMIK 92 glasov,
dr. Zmago TURK 49 glasov.
Izvoljen je bil dr. Marjan PREMIK.

Za **generalnega sekretarja zbornice** je kandidiral dr. France CUKJATI in prejel 143 glasov »za«.
Izvoljen je bil dr. France CUKJATI.

Za **predsednika razsodišča** je kandidirala dr. Berta JEREB in prejela 133 glasov »za«. Izvoljena je bila dr. Berta JEREB.

Za **tožilca zbornice** je kandidiral dr. Jože BALAŽIČ in prejel 121 glasov »za«. Izvoljen je bil dr. Jože BALAŽIČ.

12. VPRAŠANJA IN ODGOVORI

Zdravniška zbornica Slovenije je naprosena, da imenuje svojega predstavnika v **komisijo za pripravo plana zdravstvenega varstva** do leta 1995 in strategijo razvoja do leta 2000.

Predlagana sta bila dva kandidata, ki sta prejela naslednje število glasov:

dr. Aleš DEMŠAR, 103 glasove,
dr. Valter KERŠIČ 29 glasov.

V komisijo je imenovan dr. Aleš DEMŠAR.

Predsednik Zdravniške zbornice Slovenije je prebral tudi izjavo, katere osnovni namen je izraziti vso pripravljenost za sodelovanje z organizacijami, ki združujejo slovenske zdravnike. Izjava je bila sprejeta s 131 glasovi.

Ustanovna skupščina Zdravniške zbornice Slovenije je bila zaključena ob 16.¹⁵

ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

IZVRŠILNI ODBOR

Datum: 3. 4. 1992

ZAPISNIK 1. SESTANKA IZVRŠILNEGA ODBORA

ki je bil 3. 4. 1992 na Komenskega 4. v Ljubljani.

Predlagan in spejet dnevni red:

1. poročilo generalnega sekretarja,
2. kratkoročni plan dela izvršilnega odbora.

Ad. 1. Poročilo generalnega sekretarja in sklepi izvršilnega odbora

– Čistopis statuta je bil 31. 3. 92 izročen Ministrstvu za zdravstvo v verifikacijo.

– Statut in poslovnik se priložita zapisniku skupščine v informacijo in uporabo vsem poslancem.

– Zdravstveni vestnik se zaprosi, da na zelenih straneh objavi zapisnik skupščine in osnutek Kodeksa medicinske deontologije s pripisom, da je osnutek kodeksa v razpravi še 14 dni po izidu Zdravstvenega vestnika.

– V teku je postopek sodne registracije zbornice in odpiranje žiro-računa.

– Iz predloga statuta, ki je bil obravnavan na skupščini, je pomotoma izpadel prvi odstavek 23. člena, ki govori o financiranju zbornice, ki pa je nujno potreben za sodno registracijo. Izvršilni odbor ga ponovno vključuje v tekst, s tem, da se popravljeni 23. člen statuta predloži naslednji skupščini v potrditev.

– Republiški komisiji za volitve in imenovanja, ki je za parlament pripravila predlog sestave začasne skupščine Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (45 imen), izvršilni odbor zbornice predlaga vključitev štirih predstavnikov zbornice, ki nastopa kot zastopnik zdravnikov-zavarovancev in zdravnikov-delodajalcev. Predlagani so naslednji zdravniki:

dr. Jože ARZENŠEK, Celje
dr. Marjan ČESEN, Kranj
dr. Marko KOCIJAN, ZD Ljubljana
dr. Janez ZAJEC, UKC

Ad 2. Kratkoročni plan dela izvršilnega odbora

Po daljši razpravi je Izvršilni odbor sprejel naslednje sklepe:

a) Zdravniško društvo se naprosi, da začasno odstopi zbornici en pisarniški prostor in del strokovne (administrativne) pomoči, ter dovoli začasno souprabo naslova »Komenskega 4« in telefona »(061) 323-469«.

b) V skladu s statutom predsednik zbornice s pomočjo IO do naslednje skupščine pripravi osnutek plana zaposlovanja v zbornici. Že sedaj pa bi bilo potrebno zaposliti generalnega sekretarja za tretjino delovnega časa.

c) Predsedniki komisij zbirajo kandidate za delo v komisijah, s katerimi pripravijo teze ustreznih pravilnikov; za tujo literaturo (vzorčne pravilnike tujih zbornic) poskrbi podpredsednik dr. France VREVC.

d) IO se bo v začetni fazi organiziranja zborničnega dela sestajal načeloma vsak teden ob torkih ob 16.00 in reševal tekočo aktualno problematiko, dnevni red se bo zato v tem času oblikoval na začetku vsake seje.

e) Čimprej je treba zagotoviti sredstva za delo zbornice. Sprejeti so naslednji predlogi:

– Vloga na Ministrstvo za takojšnje nakazilo dela sredstev, ki so iz proračuna namenjena za (pripravo na) izvajanje javnih poo-

blastil zbornice.

– Zdravstvene zavode in farmacevtsko industrijo se zaprosi, da prispevajo nekaj sredstev za zagon zbornice.

– Prek pošte se že v tem mesecu izvede izredna korespondenčna seja skupščine z eno samo točko: potrditev predloga članarine, ki bi se realizirala že v mesecu maju. Zaračunavanje vpisnine ne bi bilo smotno, ker je članstvo v zbornici obvezno.

– Izdela in razpošlje se obrazec za vpis v zbornico.

Seja je bila zaključena ob 18.30.

dr. France CUKJATI
generalni sekretar

KODEKS MEDICINSKE DEONTOLOGIJE ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE januar 1992

I. UVODNE DOLOČBE

1. člen

Zdravnik Slovenije ob vstopu v zdravniški poklic svečano obljublja:

- Svoje življenje bom namenil človečnosti.
- Svoj poklic bom opravljal vestno in odgovorno.
- Najvišja zapoved pri mojem ravnanju bo ohranjanje in obnavljanje zdravja mojih varovancev.
- Varoval bom vse skrivnosti, ki mi bodo zaupane.
- Z vsemi svojimi močmi bom čast in plemenita izročila zdravniškega poklica ohranjal in pri opravljanju svojih zdravniških dolžnosti ne bom dopuščal nobenih razlik zaradi vere, nacionalnosti, rase, politične pripadnosti ali socialnega položaja.
- Spoštoval bom človeško življenje od spočetja dalje, in celo pod grožnjo ne bom svojega zdravniškega znanja uporabil v nasprotju z zakoni človečnosti.
- Svojim učiteljem in kolegom bom izkazoval dolžno spoštovanje.

II. SPLOŠNE DOLOČBE

2. člen

Zdravnik je dolžan:

- nuditi primerne zdravstvene storitve ob vsem spoštovanju človeškega dostojanstva;
- spoštovati pravice bolnikov, kolegov in drugih medicinskih sodelavcev;
- spoštovati zakone in svoje obveznosti razen, če bi bili ti zakoni ali obveznosti v nasprotju s koristjo bolnika;
- odkloniti sodelovanja z osebami, ki nezakonito ali nestrokovno opravljajo zdravstveni poklic;
- odkrivati zdravnike, ki delujejo nestrokovno, nepošteno in se poslužujejo prevar.

3. člen

Zdravnik se mora stalno izobraževati in uporabljati le tiste diagnostične in terapevtske metode, ki so znanstveno utemeljene in preverjene. Pridobljeno strokovno znanje mora zdravnik posredovati svojim kolegom in drugim zdravstvenim delavcem, ter skrbeti za njihovo strokovnost, moralno in etiko.

4. člen

Zdravnik si mora prizadevati za zdravstveno vzgojo in zdravstveno kulturo ljudi, za preprečevanje vsega, kar ogroža človekovo

zdravje, za odpravo splošne zaostalosti, ostankov vraž, predsodkov in mazaštva.

5. člen

Zdravnik je pri opravljanju svojega poklica v mejah svoje strokovne usposobljenosti samostojen in neodvisen ter za svoje delo odgovoren pred svojo vestjo, bolnikom in družbo.

6. člen

Zdravnik ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči ustrezne njegovi strokovni usposobljenosti, ne glede na to ali je na delovni dolžnosti ali ne in ne glede na to ali je za pomoč izrecno zaprosen.

7. člen

Zdravnik ni upravičen začeti s postopki, za katere nima ustreznih izkušenj. Izjema so le nujni posegi pri poškodbah in boleznih, ki neposredno ogrožajo bolnika.

Zdravnik se ne sme posluževati nazivov, ki mu niso uradno dodeljeni.

III. POSEBNE DOLOČBE

1. Zdravnik in družba

8. člen

Zdravnikova ravnanja in ukrepi so vedno v skladu s smernicami, ki zagotavljajo nadaljnji razvoj zdravstva. V strokovnih in ekonomskih odločitvah ravna vedno racionalno, zavedajoč se, da mora v primeru omejenih materialnih možnosti najprej zagotavljati ustrezno zdravstveno varstvo najbolj izpostavljenim slojem prebivalstva: otrokom, nosečnicam in starostnikom.

9. člen

Zdravnik ima pravico in dolžnost, da si prek svojih strokovnih in drugih organizacij prizadeva za ustrezno vrednotenje svojega dela. Proti odškodninskim zahtevkom v mejah svoje poklicne dejavnosti se je dolžan zavarovati.

10. člen

Zdravnik se ne sme okoriščati z nagradami za propagiranje farmacevtskih, kozmetičnih in drugih proizvodov. Vsaka neposredna ali posredna reklama ali publiciteta, ki nima vzgojno-varstvenega in izobraževalnega cilja, je za zdravnika prepovedana.

Zdravnik ne sme sprejemati ali zahtevati nagrad mimo ustaljenih določb o honorarjih.

11. člen

Izjave zdravnikov o zdravilih, dietetičnih ali drugih sanitarnih sredstvih, morajo biti vedno na strokovni ravni, predvsem v zdravstvenem ali znanstvenem tisku, v javnih občilih pa na ravni, ki prispeva k zdravstveni osveščenosti prebivalstva.

Nekritično objavljane in posredovanje diagnostičnih metod in nezadostno preizkušenih načinov zdravljenja pred nestrokovno javnostjo in prikrivanje nevarnosti takšnih metod, je deontološki prekršek.

12. člen

Nesprejemljivo je, če zdravnik v dogovoru z bolniki ali njihovimi družinami dopušča objavo javnih zahval in poveljevanja lastnih uspehov v širši javnosti.

Poudarjanje lastnega dela in lastne osebnosti se ne sklada s poklicem zdravnika.

13. člen

Zdravnik se kot javni delavec ne more umikati v osamljenost privatnega življenja, temveč mora prispevati več kot drugi državljeni v dobrobit in napredek skupnosti, v kateri živi in deluje. Zaveda se, da vsako neustrezno, lahkomišno, za zdravnika nečastno in ponižujoče dejanje prizadene tudi druge zdravnike in zdravstveno osebje ter zdravstvo v celoti. Za zdravnika je nečastna vsaka zloraba javnih pooblastil in sredstev za osebno okoriščenje.

2. Zdravnik in bolnik

14. člen

Zdravnik je dolžan opravljati svoj poklic vestno, natančno in odgovorno do slehernega pacienta, ne glede na raso, spol, narodnost, versko pripadnost, politično prepričanje, družbeno ekonomski položaj in ne glede na svoje osebno razmerje do bolnika ali njegove družine.

Zdravnik je svoboden v izbiri metod in načinov zdravljenja, pri tem pa je dolžan dosledno upoštevati dosežke medicinske znanosti in načela strokovnega ravnanja.

Zdravnik je dolžan odkloniti vsakršen poseg, ki bi po njegovem strokovnem prepričanju ali vesti mogel biti neetičen ali za bolnika škodljiv.

15. člen

Zdravnikovi ukrepi morajo temeljiti izključno na odločitvah, ki bolniku lajšajo trpljenje in povrnejo zdravje. Ta odnos ne sme biti pogojen s koristoljubnostjo, zadovoljevanjem osebnih ambicij ali z namenom, da bi si zdravnik pridobil kakršnekoli osebne koristi.

16. člen

Obveščanje pacienta o njegovem zdravstvenem stanju mora biti izključno in v najširšem pomenu v njegovo dobro. V posebnem psihičnem stanju bolnika obrazložitev niso priporočljive, če bi te mogle negativno vplivati na nadaljni potek zdravljenja. V takih primerih je potrebno seznanimi bolnikove svojce. Zdravnik ne sme dopustiti, da bi bolniku diagnozo sporočalo drugo zdravstveno osebje.

Če zdravstveno stanje bolniku ne daje upanja na ozdravitev ali če mu celo grozi smrt, je zdravnikova dolžnost, da o tem obvesti njegovo družino.

17. člen

Za vsak poseg mora zdravnik dobiti privolitev bolnika, potem ko ga seznani o njegovi diagnozi, prognozi in nadaljnjem zdravljenju. Le v primerih, ko gre za nujen poseg zaradi nevarnosti za življenje, pa pacient ni v stanju, da bi dal svoj pristanek, je zdravnik upravičen napraviti poseg brez bolnikove privolitve.

18. člen

Zdravnik je dolžan poskrbeti, da so pacienti ob sprejemu

v bolnišnico posebej obveščeni o rutinskih postopkih, o načinih zdravljenja in o medicinsko tehničnih pripravah, s katerimi zdravstvena ustanova razpolaga.

19. člen

Zdravnik upošteva in spoštuje načelo o svobodni izbiri zdravnika in zdravstvene ustanove. Zato si prizadeva za uresničenje te bolnikove pravice.

20. člen

Zdravnik obravnava otroka v sklopu njegove družine (matere).

Zdravnik se vztrajno zavzema za zdravo okolje otrok in jim posveča posebno skrb, zlasti če so telesno ali duševno prizadeti ali nerazviti. Če opazi zlorabo, mučenje, zelo pomanjkljivo ali kvarno vzgojo otroka s strani njegove družine ali skrbnika, opozori odgovorne institucije in po svojih močeh stori vse za zaščito otroka.

Zdravnik ne bo pristal na odpust mladoletnega bolnika ali bolnika pod skrbništvom, čeprav to zahtevajo starši ali skrbniki, kadar bi po njegovi presoji z odpustom bilo huje ogroženo bolnikovo zdravje ali zdravje drugih. O odpustu odloča lečeči zdravnik.

21. člen

Če zdravnik ugotovi neprimerno obnašanje pacienta, ga obzirno toda odločno opozori. V skrajnih primerih lahko zdravnik prekine postopek zdravljenja, razen če bi zdravstveno stanje bolnika ne zahtevalo nujne medicinske pomoči.

22. člen

Zdravnik mora pomagati bolniku pri uveljavljanju zdravstvenih in socialnih pravic, ne sme pa pristajati na zlorabe. Prevare in lažna potrdila so prepovedana.

3. Odnosi med zdravniki

23. člen

Medsebojno sodelovanje zdravnikov temelji na tovarištvu, iskrenosti, odkritosrčnosti in posredovanju izkušenj. Zdravnik naj se obnaša do vseh sodelavcev in pacientov kot želi, da bi se oni do njega.

Zdravnik ne sme odreči strokovne pomoči drugemu zdravniku, če ga to zanjo prosi.

24. člen

Odnosi mlajših zdravnikov do starejših kolegov morajo temeljiti na spoštovanju in korektnosti. Pri tem pa so dolžni upoštevati življenjske in strokovne izkušnje starejših in predpostavljanih, ki naj bodo mlajšim sodelavcem za vzgled in vodilo.

25. člen

Pravila kolegialnosti zahtevajo, da zdravniki branijo kolega, ki je neupravičeno napaden.

26. člen

Solidarnost in tovarištvo med zdravstvenimi delavci se izraža tudi v tem, da zdravnik kolegialno skrbi za obolelega kolega, za obolele zdravstvene delavce in študente medicine.

27. člen

Razhajanje v mnenjih ne sme nikoli izzvati nekorektnosti in presegati splošnih pravil lepega obnašanja. V primeru, da nespornostim ni mogoče poravnati, pristopi Zdravniška zbornica Slovenije k poizkusu sprave.

28. člen

Zdravnika nevredna dejanja so žalitve, obrekovanje, omalovaževanje, neupravičena in laični javnosti izrečena kritika sodelavcev ali predpostavljanih.

V primerih objektivno ugotovljenih napak pri diagnostičnih in terapevtskih postopkih je zdravnik dolžan svoja opažanja posredovati strokovnim telesom zdravniške zbornice.

29. člen

Podajanje negativnih mnenj o drugem zdravniku v navzočnosti bolnikov, pomožnega zdravstvenega osebja ali laične javnosti je oporečno in strokovno nedopustno; dopustno je le v strokovnem zdravniškem okolju in ob navzočnosti prizadetega zdravnika. Ocena mora biti objektivna, argumentirana, brez osebne prizadetosti ali žalitev.

30. člen

V svoji ordinaciji sme zdravnik zdraviti vsakega bolnika. Če je bolnika prej zdravil že drugi zdravnik, mora zdravnik poskrbeti, da obvesti prejšnjega lečečega zdravnika prek pacienta ali njegovih svojcev.

Če v nujnem primeru pokličejo zdravnika k pacientu, za katerega skrbi drug zdravnik, ki ni dosegljiv, mora kolega potem, ko je nudil medicinsko pomoč, čim prej obvestiti in mu prepustiti pacienta v nadaljnjo zdravljenje.

31. člen

Kadar zdravnik potrebuje strokovno pomoč, se posvetuje z drugim zdravnikom ali zdravniškim konzilijem. Posvet se opravi na pobudo lečečega zdravnika, na zahtevo bolnika ali bolnikove družine. Svetovalca lahko predlaga ali bolnik ali njegova družina, o tem pa odgovorno odloča lečeči zdravnik.

Konzilij praviloma ne razpravlja ali odloča v prisotnosti pacienta oz. njegovega zastopnika. Moralno oporečno je, če v konziliju spričo bolnika in svojcev zdravnik zdravnika poučuje ali če konziliarni zdravnik pred laično javnostjo daje žaljive izjave o načinu zdravljenja. V konziliju ni mesta za neiskrenost, prestižne in tekmovalne namere ali celo zavist.

4. Zdravnik in poklicna molčečnost

32. člen

Zdravnik je dolžan varovati poklicno skrivnost. Za poklicno skrivnost se šteje vse, kar zdravnik in zdravstveno osebje pri opravljanju svojega poklica zvedo o bolniku ter o njegovih osebnih ali družinskih razmerah, pa tudi vsa pismena sporočila v zvezi z zdravljenjem, vsi izvidi in posnetki.

Zdravnik je dolžan varovati poklicno skrivnost tudi do družinskih članov bolnika in tudi po bolnikovi smrti.

33. člen

Zdravnik je razrešen poklicne molčečnosti le, če na to pristane bolnik ali če je to nujno potrebno za dobrobit bolnika, njegovo družino ali družbo.

V primerih, ko bolnik zdravnika odveže dolžnosti poklicne molčečnosti, bo zdravnik pretehtal, kaj od sporočenega bi bolniku lahko škodovalo in katere podatke bo zadržal v tajnosti.

34. člen

V znanstveno-raziskovalnih objavah in pri pouku smejo biti podatki o rezultatih ugotovitev in preiskav sporočeni le tako, da je zagotovljena anonimnost bolnika.

Javno prikazovanje bolnikov v znanstvene in učne namene je moč izvajati le z njihovim pristankom. Pri tem pa mora biti zagotovljena poklicna molčečnost in njihovo osebno dostojanstvo.

5. Zdravnik in splav

35. člen

Zdravnik spoštuje človeško življenje od samega spočetja dalje in ima splav za biološko, medicinsko, etično, psihološko in soci-

alno škodljiv.

Zdravnik si zavestno prizadeva, da bi bila resnična humana pravica do materinstva nad pravico do splava. Zato zavrača splav kot sredstvo za načrtovanje družine in urejanje slabih socialnih razmer v družini in družbi.

36. člen

V vsakem posameznem primeru se zdravnik prizadeva za tisto vrsto strokovne pomoči, ki bo olajšala položaj žene in družine, hkrati pa za take odnose med ljudmi in razmere v družbi ter družbeni zakonodaji, da bi postal splav le izjema v skrajni sili.

Zdravnik se zavzema za sodobne preverjene metode kontracepcije. Do prekinitve prve nosečnosti je zdravnik še posebej zadržan in nosečnico opozori na možnost izgube rodnosti.

37. člen

Vsaka prekinitve nosečnosti, ki ni v skladu z zakonskimi predpisi, predstavlja hud deontološki prekršek, predvsem če je bila opravljena zaradi osebnega okoriščenja.

38. člen

Zdravnik lahko opravi sterilizacijo v primerih, kadar je to zakonsko dovoljeno. Sterilizacija je načeloma dopustna, če jo нареkujejo medicinski, genetski ali socialni vzroki.

39. člen

Zdravnik lahko izvršitev splava ali sterilizacije odkloni, če ni v skladu z njegovim prepričanjem in vestjo. Če odkloni medicinsko indiciran splav, je dolžan pacientko napotiti k drugemu usposobljenemu zdravniku.

6. Pomoč pri umiranju

40. člen

Zdravnik odklanja in obsoja evtanazijo in jo ima za lažni humanizem.

41. člen

Pri bolniku, ki je na smrt bolan, mora zdravnik ukreniti vse potrebno za možno zdravljenje in lajšanje trpljenja. Bolnikovo umiranje in smrt je del zdravnikovega zdravljenja.

42. člen

Umirajoči ima pravico do skrbi, nege in do posebnega človeškega odnosa in da je v trenutku slovesa navzoča tudi njegova družina.

Zdravnik bo bolnikovi družini skrbno obrazložil svoja prizadevanja in postopke pri lajšanju trpljenja bolnika in do kod lahko seže njegova pomoč.

Zdravnik je dolžan umirajočemu zagotoviti priložnost, da se lahko psihološko pripravi na pričakovano smrt.

43. člen

Pri zdravljenju umirajočega je treba upoštevati željo bolnika, če je ta razsoden in je bil o svoji bolezni ustrezno poučen, čeprav se njegova želja ne sklada s sprejetimi medicinskimi merili.

Pri nezavestnih ali nerazsodnih bolnikih se je treba odločiti po medicinskih merilih, pri tem pa je treba upoštevati tudi domnevno voljo bolnika. Spoštovati je treba tudi mnenje oseb, ki bolnika dobro poznajo; dokončno in odgovorno pa odloča zdravnik.

Če je bolnik mladoleten ali opravilno nesposoben, ni dovoljeno proti volji staršev ali varuha zmanjševati obseg zdravljenja ali z njim prenehati.

44. člen

Če je nastopila klinična smrt, zdravnik ne bo podaljševal življenja z neobičajnimi ali izjemnimi sredstvi ali načini oživljanja.

7. Zdravnik in biomedicinske raziskave ter nove metode zdravljenja

45. člen

Zdravnik mora imeti zagotovljeno možnost, da uvaja in uveljavlja nove diagnostične, terapevtske in preventivne metode, ki so preverjene.

Načrtovanje novih metod zdravljenja mora zagotavljati prednost pričakovanih koristi pred tveganjem za zdravje in življenje ljudi, ki so subjekt raziskav.

46. člen

Oseba, na kateri naj bi preverjali nove metode ali medicinske raziskave, mora biti vsestransko seznanjena o značilnostih, pričakovanih uspehih in tudi možnem tveganju in o možnih nevarnostih takega postopka. Brezpogojno obvezen je prostovoljen, neizsiljen pristanek za uporabo nove metode, ali poizkusa novega zdravljenja.

Na zahtevo preiskovanca mora biti raziskava v vsaki stopnji prekinjena, predvsem v primerih, če bi bilo neposredno ogroženo njegovo zdravje ali življenje.

47. člen

Izjemoma, če je nova metoda zdravljenja ali zdravilo skrajna ali edina možnost, da bi rešili bolnikovo življenje, bolnik sam pa ni v stanju, da bi mogel neprizadeto odločati, lahko da pristanek pravni zastopnik bolnika.

V nobenem primeru ni dovoljena uporaba novih metod izključno z namenom, da bi prišli do znanstvenih podatkov, na duševno prizadetih, otrocih, na zapornikih ali osebah, ki so v kakršnem koli podrejenem položaju glede na izvajalca preiskav.

48. člen

Embrio ali fetus je treba obravnavati kot človeško bitje, ki je živo ali pa je bilo živo in mu je treba izkazovati dolžno spoštovanje. Deontološko ni dopustno umetno obdržanje embria ali fetusa pri življenju z namenom, da bi se opravila raziskava ali odvzem tkiva v zdravilne namene.

Prepovedano je uporabljati embrije ali fetuse v komercialne ali industrijske namene.

Uporaba ali odvzem tkiva iz embrija ali fetusa je dopustna le v terapevtske, diagnostične ali znanstveno raziskovalne namene pod posebnimi pogoji.

Na odločitev o prekinitvi nosečnosti o pogojih, pod katerimi se bo prekinitev opravila, ne sme nikoli vplivati želja, da bi uporabili embrij ali fetus v kakršnekoli namene.

49. člen

Odvzem organov živim osebam z namenom presaditve bolniku je mogoč le s pismenim pristankom darovalca, ki mora biti seznanjen o vseh možnih posledicah. Odvzemanje organov mladostnim osebam, duševno prizadetim ali osebam z zmanjšano prištevnostjo ni dopustno.

8. Zdravnik in prisilno zdravljenje

50. člen

Zdravnik, ki opravlja poklic v ustanovah, v katerih je bolnik z zakonskimi določili interniran (psihiatrične bolnišnice, zaporniki idr.) mora vedno upoštevati interes bolnika, celovitost njegove osebnosti in smernice deontološkega kodeksa. Zdravnik mora po svojih možnostih preprečiti oz. prijaviti vsako dejanje, ki bi lahko prizadelo osebnost, fizično in psihično stanje bolnika.

51. član

Zdravnik v nobenem primeru ne sme dovoliti in sodelovati pri mučenju in drugih oblikah poniževanja in zaničevanja oseb.

52. člen

Zdravnik ne sme nuditi prostora, priprav, snovi ali lastnega spoznanja, ki bi omogočilo mučenje.

Zdravnik ne sme prisostvovati zastraševanju ali mučenju.

Zdravnik psihiater nikoli ne sme sodelovati v prisilni psihiatrični obravnavi, ko ne gre za duševno bolezen.

53. člen

Kadar zdravnik meni, da se pri gladovni stavki zapornik in druge osebe zavedajo posledic stradanja, ne sme predlagati umetnega hranjenja, niti sodelovati pri tem izvajanju. Mnenje zdravnika, da se zapornik zaveda posledic stradanja, mora potrditi še drugi zdravnik. Oba zdravnika morata zaporniku tudi obrazložiti posledice stradanja za njegovo zdravstveno stanje.

9. Zdravnik izvedenec

54. člen

Zdravnik izvedenec mora nastopiti samostojno in nepristransko, ne glede na interes naročnika oz. prizadete stranke. Izvedensko nalogo mora opraviti po svoji najboljši vesti in vednosti in podati svoj izvid in mnenje natančno in popolno, upoštevajoč etična načela zdravniškega poklica. Pri svojem delu je dolžan spoštovati poklicno molčečnost.

Izvid in izvedensko mnenje morata biti ločena.

55. člen

Izvedenec se mora pri delu na sodišču držati zastavljenih vprašanj. Nanje odgovarja jasno, natančno, temeljito, predvsem pa razumljivo.

Če izvedenec ugotovi, da njegovo znanje ne zadošča oz. da je potrebno še širše in dodatno proučevanje primera, je dolžan sodišče na to opozoriti in mu predlagati, na katera vprašanja je potrebno izvedensko delo razširiti ali kakšne izvedence je še potrebno pritegniti.

10. Zdravnik nadzornik

56. člen

Zdravnik nadzornik je zdravnik, ki ga za izvajanje strokovnega nadzora pooblasti z zakonom pooblaščen pravna oseba. Strokovni nadzor izvaja v skladu s posebnim pravilnikom Zdravniške zbornice Slovenije.

57. člen

Zdravnik nadzornik mora biti pri svojem delu objektivni in ne sme dajati preuranjenih izjav, niti se ne sme neposredno vmešavati v delo lečečega zdravnika. Spoštovati mora zdravniško poklicno skrivnost. Razkriti sme le zaključke upravne narave, medicinske ugotovitve pa posreduje le strokovnim službam Zdravniške zbornice.

IV. KONČNE DOLOČBE

58. člen

Kodeks medicinske deontologije Slovenije in smernice Svetovnega zdravniškega združenja zdravnikov so obvezne za vse zdravnike Slovenije. Zato so ta načela dolžni poznati in se po njih ravnati pri opravljanju vsakodnevnih delovnih in splošno zdravniških dolžnosti.

59. člen

Zdravniška zbornica Slovenije je dolžna ukrepati proti zdravnikom, ki kršijo določbe kodeksa.

60. člen

Kodeks medicinske deontologije Slovenije stopi v veljavo potem, ko ga sprejme Zdravniška zbornica Slovenije, 8 dni po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

PREDLOGI (AMANDMAJI) K OSNUTKU KODEKSA MEDICINSKE DEONTOLOGIJE ki v predloženem tekstu še niso bili upoštevani

1. člen

Prvi stavek se spremeni, da se glasi:

»Zdravnik, član Zdravniške zbornice Slovenije, ob vstopu v zdravniški poklic svečano izjavlja:

– Pri svojem delu bom upošteval Hipokratovo prisego in mednarodne priznane konvencije, ki opredeljujejo zdravnikovo delo.« (dr. Dušica PLETERSKI RIGLER, infekt. kl.)

ali:

»Zdravnik, član Zdravniške zbornice Slovenije, svečano izjavlja:

– Svoje delo bom namenil človečnosti.«

(Ostalo ostane nespremenjeno) (dr. D. PLETERSKI)

V 3. alineji se besede »ohranjevanje in obnavljanje« nadomesti z besedo »izboljševanje«. (dr. F. KOZAR)

2. člen

V zadnji elineji se beseda »zdravnike« zamenja z besedo »tiste«. (dr. M. BRICELJ)

3. člen

V 1. stavku se črtajo zadnje dve besede, tako da se stavek konča: »...ki so znanstveno utemeljene.« (dr. KOSELJ, dr. PRETNAR)

Zadnja vrstica se spremeni, da se glasi:

»...njihovo strokovnost in etiko.« (dr. D. PLETERSKI)

7. člen

Tretja vrstica se spremeni, da se glasi:

»...življenjsko ogrožajo bolnika.« (dr. D. PLETERSKI)

9. člen

V zadnji vrstici se besede »se je dolžan zavarovati« nadomesti z besedami »mora biti zavarovan«. (dr. F. KOZAR)

Drugi stavek se spremeni, da se glasi:

»Proti odškodninskim zahtevkom v mejah svoje poklicne dejavnosti ga je dolžna zavarovati Zbornica ali delovna organizacija.« (dr. KOSELJ, dr. PRETNAR)

Drugi stavek se črta. (dr. D. PLETERSKI)

10. člen

Vrstni red prvih dveh stavkov se zamenja, tako da se člen začne: »Vsaka neposredna ali posredna reklama ...« (dr. D. PLETERSKI)

11. člen

1. odstavek se skrajša, da se glasi:

»Izjave zdravnikov o zdravlilih, dietetičnih ali drugih sanitarnih sredstvih morajo biti vedno na strokovni ravni.« (dr. D. PLETERSKI)

13. člen

se v celoti črta. (dr. D. PLETERSKI)

Prvi stavek se črta, tako da se člen začne z besedami:

»Zdravnik se zaveda, da vsako ...« (dr. M. BRICELJ)

14. člen

1. odstavek se spremeni, da se glasi:

»Zdravnik je dolžan opravljati svoj poklic odgovorno, strokovno, vestno in natančno, ne glede na raso, spol, ...« (dr. D. PLETERSKI)

v 3. odstavku se beseda »ali« zamenja z »in«:

»Zdravnik je dolžan odkloniti vsakršen poseg, ki bi po njegovem strokovnem prepričanju in vesti mogel biti neetičen in za bolnika škodljiv.« (dr. D. PLETERSKI)

Tretji odstavek se popravi, da se glasi:

»Zdravnik je dolžan odkloniti vsakršen poseg, ki bi po njegovem strokovnem prepričanju mogel biti za bolnika škodljiv.« (dr. F. KOZAR)

16. člen

1. odstavek se spremeni, da se glasi:

»Bolnika in njegove svojce obvešča o zdravstvenem stanju bolnika izključno zdravnik. Zdravnik ne sme dopustiti, da bi bolniku diagnozo bolezni sporočalo drugo zdravstveno osebje.«

2. odstavek se črta. (dr. D. PLETERSKI)

Zgornjemu predlogu se doda še prvi stavek prvega odstavka in drugi odstavek 16. člena predloga. (pripravljalni odbor)

17. člen

Prvi stavek se spremeni, da se glasi:

»Za vsak poseg mora zdravnik dobiti privolitev bolnika potem, ko ga seznani o pomenu posega za ugotavljanje, zdravljenje in spremljanje njegove bolezni.« (dr. D. PLETERSKI)

Prvi stavek se spremeni, da se glasi:

»O načinu zdravljenja mora zdravnik obvestiti bolnika, potem ...« (dr. KOSELJ, dr. PRETNAR)

18. člen

se v celoti črta. (dr. D. PLETERSKI)

19. člen

Zadnji vrstici se doda besedilo, da se glasi:

»...bolnikove pravice, vključno z obveščanjem bolnika o možnosti diagnostike in zdravljenja.« (dr. D. PLETERSKI)

20. člen

1. odstavek se spremeni, da se glasi:

»Zdravnik obravnava otroka v okviru njegovega ožjega okolja.«

2. odstavek, 2. in 3. vrstica se spremenita, da se glasita:

»...zlasti če so telesno in/ali duševno prizadeti in/ali nerazviti. Če opazi zlorabo, mučenje, pomanjkljivo ali kvarno ...« (dr. D. PLETERSKI)

22. člen

Zadnja vrstica se spremeni, da se glasi:

»...lažna potrdila so kazniva.« (dr. D. PLETERSKI)

24. člen

se v celoti črta. (dr. D. PLETERSKI)

28. člen

1. odstavek se črta.

2. odstavek se spremeni, da se glasi:

»Če zdravnik pri sodelavcih ugotovi večje napake v diagnostičnih in terapevtskih postopkih, je dolžan svoja opažanja posredovati strokovnim telesom Zdravniške zbornice.« (dr. D. PLETERSKI)

29. člen

V 2. vrstici se črta beseda »pomožnega«. (dr. D. PLETERSKI)

30. člen

1. odstavek se spremeni, da se glasi:

»V svoji ordinaciji sme zdravnik glede na svojo strokovno usposobljenost in okvirne možnosti zdravljenja zdraviti vsakega bolnika, ki je prišel k njemu po pomoč oziroma so ga k njemu napotili. Če je bolnika prej že zdravil drug zdravnik, je potrebno le-tega o tem obvestiti neposredno ali preko bolnika oziroma njegovih svojcev.« (dr. D. PLETERSKI)

31. člen

1. odstavek 4. vrstica se spremeni, da se glasi:

»Svetovalca lahko predlaga tudi bolnik ali njegova družina...«

2. odstavek se spremeni, da se glasi:

»Nedopustno je, če v konziliju ob prisotnosti bolnika in svojcev zdravnik zdravnika poučuje ali če konzilijarni zdravnik pred laično javnostjo daje žaljive izjave o načinu zdravljenja. Konzilij praviloma ne razpravlja ali odloča v prisotnosti bolnika oziroma njegovega zastopnika. V konziliju ni mesta za neiskrenost, prestižne in tekmovalne namene ali celo zavist.« (dr. D. PLETERSKI)

32. člen

Drugi del 2. stavka se spremeni, da se glasi:

»...zvedo o bolniku ter o njegovih osebnih, družinskih in socialnih razmerah pa tudi vse informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni.« (dr. D. PLETERSKI)

33. člen

V 1. odstavku se črta: »če na to pristane bolnik ali« (dr. KOSELJ, dr. PRETNAR)

39. člen

se spremeni, da se glasi:

»Zdravnik lahko izvršitev splava ali sterilizacije odkloni, če ni v skladu z njegovim prepričanjem ali vestjo in če ne gre za nujno medicinsko pomoč. Če odkloni poseg, je dolžan napotiti pacientko k drugemu usposobljenemu zdravniku.« (dr. KOSELJ, dr. PRETNAR)

Člen se v celoti črta in nadomesti s členom o ugovoru vesti:

»Zdravnik lahko odkloni vsak poseg, ki je po njegovi vesti neetičen, predvsem s tem, da si izbere ustrezno delovno – strokovno področje, razen v medicinsko nujnih primerih in predvidljivih nevšečnostih svojih predhodnih posegov.« (dr. F. KOZAR)

41. člen

Drugi stavek se črta. (dr. M. BRICELJ)

42. člen

Zadnji odstavek se spremeni, da se glasi:

»Zdravnik je dolžan umirajočemu zagotoviti priložnost, da se lahko duševno in duhovno pripravi na pričakovano smrt.« (dr. D. PLETERSKI)

43. člen

1. in 2. odstavek se črta. (dr. D. PLETERSKI)

44. člen

se spremeni, da se glasi:

»Če je nastopila smrt pri bolniku v končni fazi bolezni, zdravnik ne bo podaljševal življenja z neobičajnimi ali izjemnimi sredstvi ali načini oživljanja.« (dr. D. PLETERSKI)

se spremeni, da se glasi:

»Ob klinični in/ali možganski smrti zdravnik ne bo nesmiselno podaljševal življenja.« (dr. KOSELJ, dr. PRETNAR)

46. člen

Zadnji vrstici 1. odstavka se doda:

»...zdravljenja, kar potrdi s podpisom izjave.« (dr. D. PLETERSKI)

48. člen

Na začetku prvega odstavka se doda:

»Oplojeno jajčece, embrio ali fetus...«

Podobno se doda 2. odstavku:

»Prepovedano je uporabljati oplojena jajčeca, embrije ali fetuse...«

Na koncu 3. odstavka se doda:

»...posebnimi pogoji, če so ti v korist embrija ali fetusa.« (dr. D. PLETERSKI)

49. člen

se spremeni, da se glasi:

»Odvzem organov in tkiv živim osebam z namenom presaditve bolniku je mogoč le s pisnim pristankom darovalca, ki mora biti seznanjen o vseh možnih posledicah. Odvzemanje organov in tkiv mladoletnim osebam, duševno prizadetim in osebam z zmanjšano prištevnostjo ni dopustno. Izjema je odvzem kostnega mozga mladoletni zdravi osebi za presaditev kostnega mozga sorodniku, s pristankom staršev ali skrbnikov.« (dr. KOSELJ, dr. PRETNAR)

Zadnja vrstica se dopolni, da se glasi:

»...prizadetim ali osebam z zmanjšano prištevnostjo in osebam, ki so v kakršnem koli podrejenem položaju glede na izvajalca ni dopustno.« (dr. D. PLETERSKI)

Doda se 2. odstavek:

»Odvzem organov umrlim osebam je mogoč le v diagnostične ali učne namene in po predhodnem dovoljenju najbližjih sorodnikov ali pa na podlagi izjave, ki jo je oseba podpisala še v času svoje opravilne sposobnosti. Izjemoma je to možno storiti tudi umrli osebi, ki nima nobenih sorodnikov ali znancev, ki bi kazali interes do umrlega.« (na priporočilo dr. D. PLETERSKI)

51. člen

se spremeni, da se glasi:

»Zdravnik je proti smrtni obsodbi.« (dr. M. BRICELJ)

52. člen

1. in 2. odstavek se spremenita, da se glasita:

»Zdravnik ne sme nuditi prostora, priprav, snovi ali lastnega znanja, ki bi omogočilo mučenje ali usmritev.

Zdravnik ne sme prisostvovati zastraševanju, mučenju ali usmrstitvi.« (dr. M. BRICELJ)

2. odstavek se spremeni, da se glasi:

»Zdravnik ne sme prisostvovati zastraševanju in mučenju.« (dr. D. PLETERSKI)

56. člen

Člen se v celoti črta. (dr. F. KOZAR)

58. člen

Prvi stavek se popravi tako, da se glasi:

»...so obvezne za vse zdravnike, člane Zdravniške zbornice Slovenije.« ((dr. D. PLETERSKI)

Iniciativni odbor

za negovalno bolnico

Ljubljana, Komenskega 4

Spoštovani!

Najtežje je humanizirati življenje v medicini.

Mi bi radi storili prav to. Z drugačnim odnosom do bolnika, do bolezni in do zdravljenja. S celostno, strokovno nego duše in telesa.

Zato v Ljubljani ustanovljamo NEGOVALNO BOLNICO, zasnovano na svojih vsebinskih in organizacijskih temeljih. Te bi radi predstavili najprej vam, spoštovani novinarji, in prek vas širši slovenski javnosti. Zato vas prijazno vabimo na novinarsko konferenco, ki bo

V sredo, 22. aprila 1992 ob 11. uri v Cankarjevem domu, v sejni sobi E3.

Za vas smo pripravili pisno gradivo o projektu, vsi člani iniciativnega odbora pa bomo z veseljem odgovarjali na vaša vprašanja.

Potrebujemo vašo pomoč in se veselimo srečanja z vami,

Iniciativni odbor
za negovalno bolnico
zanj predsednik prim. dr. Vasilij Cerar

V Ljubljani, 13. aprila 1992

80. SVETOVNI KONGRES STOMATOLOGOV – FDI KONGRES

Berlin, 21. do 25. septembra 1992

Stomaloška sekcija SZD in agencija Albatros organizirata obisk kongresa po programu: 20. 9. 1992 – odhod z avtobusom iz Ljubljane v zgodnjih jutranjih urah in vožnja direktno do Berlina. Namestitev v hotelu, nočitev. 21. 9. 1992 – bivanje v Berlinu in udeležba na kongresu. Po dogovoru z vodičem možnost krajših avtobusnih izletov v okolico. 26. 9. 1992 – po zajtrku odhod proti domovini.

Cena potovanja po osebi znaša 1.300 DEM in vključuje avtobusni prevoz s cestnimi taksami, 6 nočitev z zajtrkom v hotelu B kategorije v dvoposteljnih sobah, vodstvo in organizacijo potovanja. Doplačilo za enoposteljno sobo 200 DEM po osebi. Cene veljajo pri najmanj 30 potnikih.

Rok prijave je 15. junij 1992 s priloženo prijavnico in plačano akontacijo 300 DEM v konvertibilni valuti. Plačilo razlike do končne cene potovanja 7 dni pred odhodom prav tako v konvertibilni valuti.

Odpovedni pogoji: do 30 dni pred odhodom zaračunavamo 10% vrednosti aranžmaja, 29 do 15 dni pred odhodom 30% vrednosti, 14 do 7 dni pred odhodom 40% vrednosti in 6 do 0 dni pred odhodom 80% vrednosti aranžmaja. Če potnik ne odpove aranžmaja pisno in se potovanja ne udeleži, ni upravičen do povračila zneska aranžmaja. Gornji pogoji ne veljajo v primeru, da potnik dobi zamenjavo in v primeru višje sile, dokazane z ustreznimi potrdili.

ALBATROS BLEED, Ribenska 2, 64260 BLEED, Tel.: 064/78 842, Fax 76319

80. SVETOVNI KONGRES F D I 92
Berlin, 21.–25. IX. 1992
PRIJAVNICA

Prijavljam se za potovanje na 80. Svetovni kongres FDI 91:

PRIIMEK/IME

USTANOVA

TOČEN NASLOV

Telefon Fax

ROK PRIJAVE: 15. junij 1992

Datum

Podpis

danés najboljši kinolonski preparat

Cenin[®]-Ciprobay[®]

širokospektralni kemoterapevtik

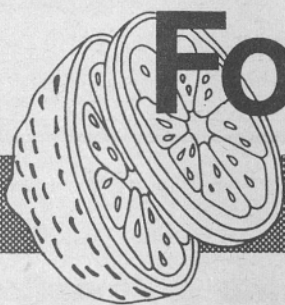
- **hitro baktericidno delovanje na gram pozitivne in gram negativne mikroorganizme kakor tudi na problemske klice**
- **hiter terapevtski uspeh zaradi visoke učinkovitosti**
- **dobra prenosljivost**
- **samo dvakrat dnevna uporaba, kar pomeni veliko olajšanje v klinični in splošni praksi**
- **prednost zaradi oralnega zdravljenja**

Kontraindikacije: preobčutljivost za ciprofloksacin; otroci in mladi v dobi rasti; nosečnost, dojenje; previdnost pri starejših bolnikih in poškodbah osrednjega živčevja.



Bayer-Pharma Jugoslavija
Ljubljana

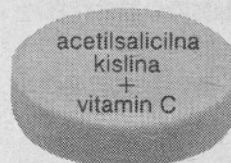
® = zaš. ime
Bayer Leverkusen



Fortalgin® + C

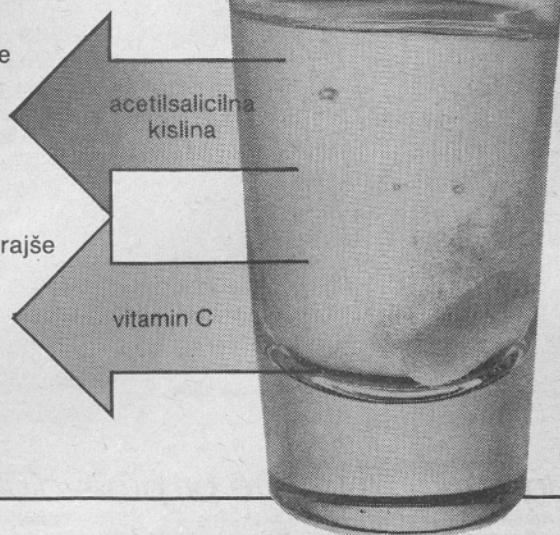
prva takšna v Sloveniji
registrirana oblika
acetilsalicilne kisline

šumeče tablete



Sestavine FORTALGIN®-a C
omogočajo:

- hitro absorpcijo
- da bolniki zdravilo bolje prenašajo kot klasično acetilsalicilno kislino in se pojavi manj stranskih učinkov (prebavne motnje)
- ublažitev prehlada in krajše trajanje
- zvečanje odpornosti organizma



primeren za zdravljenje gripe in prehlada,
učinkovit pri zvišani temperaturi in bolečinah

Nova antacidna kombinacija s podaljšanim delovanjem

ACIMOL[®]

tablete



**suhi gel aluminijevega hidroksida
in magnezijevega karbonata**

- **visoka sposobnost vezanja kisline**
- **hiter začetek delovanja in dolgotrajno delovanje**
- **primeren pri ulkusni bolezni in trajnih ali občasnih dispepsijah**
- **tablete so prijetnega okusa in bolniki jih dobro prenašajo**
- **izdelava po vrhunski tehnologiji zagotavlja kakovost preparata**

Podrobnejše informacije dobite pri proizvajalcu.



tovarna zdravil, p.o., NOVO MESTO
s sodelovanjem Apothekernes Laboratorium A.S., Norveška

MOŽNOSTI SKUPNOSTNEGA DELA ZA REŠEVANJE PROBLEMATIKE UŽIVANJA DROG THE POSSIBILITIES OF COMMUNITY WORK FOR SOLVING THE PROBLEMS OF DRUG ABUSE

Bernard STRITIŠ

Višja šola za socialne delavce v Ljubljani, Šaranovičeva 5, 61000 Ljubljana

Prispelo 1992-01-20

Sprejeto 1992-03-09

Zdrav Vestn 1992; 61: 141-4

KLJUČNE BESEDE: socialno delo; postmodernizem; prostovoljno delo; akcijsko raziskovanje; nova paradigma; socialna ekologija; sistemski pristop

KEY WORDS: social work; postmodernism; voluntary work; action research; new paradigm; social ecology; system approach

IZVLEČEK – Izhodišča. Članek obravnava sistemski-kompleksni pristop k psihosocialni problematiki otrok in mladostnikov. Prikazana je razlika med sistemskim in medicinsko-psihiatričnim pristopom.

Metode: Razvijanje sistemskega pristopa poteka od leta 1975 v okviru skupnostnega, socialnega in prostovoljnega dela, v katerem je bilo vključenih okoli 1000 otrok in mladostnikov s psihosocialnimi problemi in okoli 300 prostovoljnih sodelavcev. Med njimi je bilo okoli 40 takih, ki so uživali droge in jih je bila vsaj polovica na poti v zasvojenost.

Rezultati in zaključki. Rezultat skupnostnega dela je bil postopno ustvarjanje socialne mreže, ki je prerastla v postmoderno družbeno gibanje. V tem gibanju je prihajalo do problematiziranja naše epistemologije in pokazala se je nova paradigma v medsebojnem druženju oz. so-bitu, pri praktičnem obravnavanju problematike otrok in prostovoljnih sodelavcev in v razumevanju in dejavnem odgovoru na realnost institucij (npr. odpiranje vprašanja patologije treznosti, novo razumevanje pomena diagnoz, varovanje intimnosti, metoda aktivnega čakanja, pomen medsebojnega zaupanja, stabilnih in trajnih medosebnih odnosov idr.). V članku so prikazane predvsem spremembe v načinu mišljenja.

ABSTRACT. Background. Systemic-complex approach to psychosocial problems of children and adolescents is presented. The difference between systemic and medical-psychiatric approach is shown.

Methods. Systemic approach was developed since 1975 in the frame of community, social and voluntary work so that around 1000 children and adolescents with psychosocial problems and around 300 volunteers were included. Around 40 of them were taking drugs and around half was on the way to dependency.

Results and conclusions. This work was first designed as an antiauthoritarian educational project but step by step the social network with the quality of postmodernistic social movement began to grow. In this movement a new paradigm and epistemology appeared in practical work, in the understanding and response to the reality of existing institutions and in social contacts between volunteers and children with big changes in their personal development. New understanding of the significance of diagnosis, protection of intimacy and secrecy, monitoring and active waiting, confidence, value of life, stabile and secure human relations etc. was developed.

Uvod

Pri nas so trenutno trije različni koncepti o zlorabi drog in ustreznem reagiranju družbe na ta pojav: 1. *moral(istično)-etični* koncept oz. prizadetost, ki temelji na preprostih načelih zdrave pameti in zdrave družbe; 2. *medicinsko-psihiatrični* koncept, ki je zaenkrat najbolj razširjen; 3. *sistemski – kompleksni* koncept, v katerem se prepletajo *moralno etični* in *mentalnohigienski* vidiki s problemi *socialnega sožitja* in *socialne politike* našega vsakdanjega življenja. V okviru tega koncepta, ki se tudi v tujini (npr. ZDA, Nemčija, Italija) vedno bolj uveljavlja, sem s *prostovoljnim, skupnostnim delom* prišel do novih teoretskih izkušenj in spoznanj, ki razširjajo (in problematizirajo) okvir medicinsko-psihiatričnega pristopa in omogočajo tudi nov pogled na filozofijo socialne pomoči.

Metode dela in udeleženci procesa

Naše skupnostno, prostovoljno delo se je razvijalo od leta 1975, ko smo pričeli s prvim akcijsko-raziskovalnim, projektom t. i. *Terapevtsko kolonijo za otroke in mladostnike s psihosocialnimi problemi* na Rakitni in so se potem nadaljevali kot *socioterapevtski tabori* v okviru taboriške organizacije. Iz poskusa t. i. »antiavtoritarnega«, svobodnejše vzgoje z uporabo metodike skupinskega dela,

se je postopoma razvila metoda *samoorganizacije* in *samopomoči*. Danes naša metoda dela pomeni hkratno upoštevanje individualne, skupinske in skupnostno-organizacijske ravni. Tak pristop ustreza idejam *socialne ekologije*, *sistemске teorije*, *kibernetike drugega reda*, *teorije kompleksnih sistemov* oz. *znanosti o kompleksnosti*. Najpomembnejše pa je, da se je pokazala vrednost in smiselnost ohranjanja medsebojnega *pogovora* med zelo različnimi ljudmi.

Samo v razne oblike počitniških kolonij in taborov je bilo vključenih več kot 500 otrok in mladostnikov, v druge oblike dela s skupinami, ki je potekalo vzporedno s kolonijami in tabori, pa je bilo vključenih še enkrat toliko otrok. Zapiske individualnih in skupinskih razgovorov kažejo, da smo imeli doslej opravka z najmanj štiridesetimi mladimi ljudmi, ki so v času, ko so se vključili v naše akcije (kot udeleženci ali kot prostovoljni sodelavci), že redno uživali (zlorabili) različne droge. Vsaj polovica od njih je bila na gotovi poti v zasvojenost.

Rezultati in razpravljanje

Eden glavnih rezultatov in hkrati problemov našega skupnostnega, prostovoljnega dela v preteklih petnajstih letih je bil, da smo morali na novo premisliti in oblikovati temeljne predpostavke svoje (zahodne) *epistemologije*. V socialni mreži prostovoljnih

sodelavcev in otrok se je razvil specifični *odnosni kontekst*. V tem kontekstu smo prihajali do drugačnih, novih, dvojnih pogledov na mnoge dimenzije (nekaj jih bom navedel v nadaljevanju), ki tvorijo utečeni in pogosto dokaj rigidni vsakdan institucionalnega sveta (npr. odpiranje vprašanja patologije treznosti itn.). S tem pa so se nam odpirale nove možnosti v praktičnem obravnavanju raznih problemov pri otrocih in prostovoljnih sodelavcih, ki so institucijam ostali in še ostajajo nedostopni.

1. *Ali je problem omamljenost ali treznost?* Bateson (1) meni, da ni problem le zloraba alkohola in z njo povezano stanje pijanosti, problem je tudi in predvsem stanje treznosti. Ljudje, ki segajo po alkoholu, ne držijo patologije treznosti in podobno bi lahko rekli tudi za uživalce drog. To pomeni, da bi se morali tudi trezni ljudje oz. trezni del skupnosti »streziniti« in si zastaviti nekaj pomembnih vprašanj o epistemologiji svoje treznosti.

2. *Zdravljenje in prevzgoja ali socialno-konstitutivna akcija?* Odnosni kontekst, ki smo ga ustvarili z našim skupnostnim delom, je dobro ujet v citatu iz nagovora Dušana Pirjevca študentom ob zasedbi Filozofske fakultete leta 1972, ko je izrekel tudi tele misli o novi vrsti druženja in socialne akcije, ki smo jo v skupinah sodelavcev akcijsko-raziskovalnih projektov pravzaprav iskali in tudi večkrat našli že od vsega začetka:

»Da bi se človek lahko družil z drugimi, mora imeti *spodobnost druženja*, to je mu mora drugi nekaj pomeniti in sam mora drugemu nekaj pomeniti. Za druženje in druženje ni dovolj samo, da drugega vidim in da vem, da mi je pač potreben. Videti ga moram kot drugega, se pravi kot nekaj, kar je od mene drugačnega, in sicer tako drugačnega, da ga moram pustiti, da je, ne pa da si (ga) hočem prilastiti, podrediti ali prilagoditi. Samo tako bo tudi drugi mene dopuščal, tako da sploh lahko bom jaz sam, ne pa le prilagojenost ali podrejenost drugemu. Temu rečemo: *pustiti biti in biti, ali biti z, so-biti*. Človek se torej odpre do drugega kot drugega... To torej ni socialno spreminjalna akcija, ampak *socialno konstitutivna akcija*« (2).

Z našim delom smo mladim ljudem omogočili, da so del svojega prostega časa preživeli v okolju, kjer smo si aktivno prizadevali za negovanje medsebojnih komunikacij, za pravično urejanje medsebojne različnosti interesov, za prevlado medsebojne kooperativnosti nad kompeticijo in za razvijanje novih kulturnih vzorcev skupnega življenja. Aktivno smo se skušali izogniti raznim oblikam diskriminacije in stigmatiziranja mladih ljudi z različnimi težavami. Naš cilj torej ni bil *zdravljenje* ali *prevzgoja* mladih ljudi, zato nismo opravljali niti sistematičnega diagnostičnega dela niti ni bilo ostre ločnice med skupino terapevtov oziroma vzgojiteljev in skupino otrok. Osebnostne probleme smo obravnavali le, kolikor so moteče vplivali na urejanje medsebojnih odnosov in delovnega povezovanja.

3. *Diagnoza – deficit ali zmožnosti?* Nismo uporabljali diagnostičnih postopkov, kakršni so sicer značilni za ustanove, v katerih posameznike testirajo s sodobnim psihodiagnostičnim instrumentarijem. Naš način diagnosticiranja je bil bližji temu, kar Peter Luessi (3) imenuje »*instrumentalna oz. konduktivna opredelitev problema*«. Bolj smo bili pozorni na posameznikove zmožnosti kot na njegove deficite, v zvezi z motnjami pa smo bili pozorni predvsem na to, v kakšnih okoliščinah se motnje stopnjujejo v nerazrešljivi paradoks oziroma na kakšen način se je v komunikaciji in v dejavnostih tem paradoksom možno izogniti.

4. *Preganjanje ali tolerantnost – budno spremljanje ob spoštovanju skrivnosti ali izogibanje?* Ravno zaradi dosledne tolerantnosti se nam je pridružilo precej mladih ljudi, ki bi se nam drugače izognili in bi verjetno mnogi od njih postali zasvojeni, tako pa niso. *Tolerantnost* pa zame ni pomenila opravičila za to, da bi kot strokovni vodja dejavnosti lahko ostajal slep za tovrstne pojave. Potrebno je bilo paziti na vse sumljive znake, hkrati pa nikomur ni bilo dovoljeno, da bi pričel obravnavati težave, zaradi katerih se mladi ljudje sami niso pritožili in jih torej niso doživljali kot svoj problem. Da imajo nekateri udeleženci med seboj neko *skrivnost*, sem začutil že ob prvem akcijsko-raziskovalnem projektu. Takrat sem tudi povsem slučajno odkril, kako je možno priti do nujno

potrebnih informacij in da se mi hkrati ni bilo treba vtikati v tiste stvari, v zvezi s katerimi bi se lahko začeli dogajati paradoksi. Če bi npr. po nerodnosti nekoga, ki uživa droge in živi v prepričanju, da je varen, pričel opozarjati na nevarnost droge (čeprav on tega problema ni izrazil), bi se možnost komuniciranja med nama zmanjšala. Menim, da mi je že na začetku uspelo, da sem našel tak način, ki mi je omogočil, da sem ostal *buden* in da se nisem po nepotrebnem spotikal ob stvari, ki še niso bile problem (in ki bi lahko postale problem oz. ki postanejo problem, če se jih nerodno lotimo). Po Gillu (4) bi lahko rekel, da nisem gojil detektivskega pristopa, temveč sem z *aktivnim čakanjem* in *budnim spremljanjem* v odnosih razvijal možnosti, da je prihajalo do trenutkov *prebliska*. Ti trenutki so pomenili preboje iz območij transakcijskih iger, tako da sem se za hip rešil običajnih glavnih vlog (preganjalec, žrtev, brezbriznež in rešitelj) (5), v katere vsak neizogibno pada v tej »drami« z naslovom *Zloraba in odvisnost od drog*. Nekaj je bilo možno izvedeti o skritih nagibih mladih ljudi, ki so se vključevali v naše akcije, že s tem, da sem na skupinskih pogovorih zastavil vprašanje, ali je redno uživanje drog lahko nevarno. Opazovanje vedenja ob razpravljanju okoli tega vprašanja mi je narekovalo, kje je treba biti posebej pozoren, kadar so se pojavile specifične oblike vedenja, ki so vzbujale sum, npr. ko so prihajali ljudje, ki niso imeli neposredne zveze z našo dejavnostjo, pa sem pri nekaterih udeležencih lahko opazil neko krčevito zavzetost za te »tujce«. Probleme je bilo praviloma možno zadovoljivo rešiti brez odpiranja vroče teme. V okoliščinah, v katerih so posamezniki ravnali zelo neprevidno, je prišlo do ugodnih sprememb, ko sem izrekel na videz paradoksalno domnevo: »Če se me boste še naprej tako dosledno izogibali, si bom lahko mislil vse mogoče. Lahko si bom celo mislil, da imate opravka z drogo!«

5. *Katamneza – lov za podatki ali potrditve medsebojnega zaupanja?* Tako kot nismo izdelali nobenih diagnoz, tudi nismo opravili katamnistične študije, da bi ugotovili, kaj se je z domnevnimi uživalci mamil dogajalo kasneje. Ker so se pri našem delu razvili odnosi, ki so bili v marsičem *podobni medsebojnemu prijateljstvu*, sem o večini sodelavcev in udeležencev naših akcij tudi po koncu dela veliko slišal oziroma sem jih srečeval in tako sem lahko izvedel marsikaj o tem, kaj se z njimi dogaja. V naši odnosni mreži je potekalo »*naravno*« *katamnistično spremljanje* brez posebnega načrtovanja in posebnih posegov (npr. brez pošiljanja vprašalnikov, ciljanih razgovorov itd.). Morda se bo komu zdel tak način dela neodgovoren. Tudi sam težko dam dokončni odgovor, lahko pa navedem tehtna opravičila:

– tudi v šolah, internatih in ustanovah, kjer so bili udeleženci naših akcij vključeni, so delovale mreže za nabavo in uživanje drog, ki jih ni bilo možno niti kontrolirati niti izkoreniniti;

– v nekaterih primerih so se posamezniki obrnili name tudi v zvezi s problematiko uživanja drog in kljub številnim konfliktom smo ohranjali tako stopnjo *medsebojnega zaupanja*, da sem lahko, razen v enem primeru, vsem učinkovito svetoval, tako da so se problemi rešili;

– v teku zadnjega leta sem se na nekatere sodelavce obrnil z neposrednim vprašanjem, kako ocenjujejo, da je vplivalo bivanje na naših taborih na tiste življenjske navade mladih ljudi, iz katerih bi se lahko razvijale različne oblike zasvojenosti. Odgovori nekdanjih sodelavcev so bili zelo enoznačni: mladi ljudje so se naučili bolj kreativno izpolniti svoje življenje, hkrati pa so se učili ravnati z življenjskimi nevarnostmi tako, da se je ogroženost bistveno zmanjšala.

6. »*Vsak narkoman je klofuta družbi!*« Ta stavek je v svojem predavanju ob našem študijskem obisku v Rimu leta 1991 izrekel podpredsednik CEIS-a (Centro Italiano di Solidarietà) Juan Corelli. To civilno združenje že več let uspešno rešuje problematiko, ki je povezana z uživanjem drog. Ta stavek tukaj navajam zato, da bi preusmeril pozornost bralcev od običajnih vprašanj o tem, kdo je kriv, kakšne so osebnostne dispozicije za narkomanijo in kakšni so tipični odnosi v družinah, kjer eden od članov postane zasvojen. Zame gornji stavek pomeni opozorilo, da kljub

ostrim zakonskim prepovedim in različnim dejavnostim policijskega aparata za preprečevanje trgovine z mamili ne moremo govoriti o večjem uspehu teh prizadevanj, to pomeni, da je med prebivalstvom dovolj ljudi, ki vzdržujejo to mrežo in da je ni možno uničiti. Ta stavek pa razumem tudi kot opozorilo, da ljudje v modernih družbah živijo v taki *človeški, bivanjski praznini*, da je vse več takih, ki v trenutkih krize, ko izgubijo občutek, da ima njihovo življenje sploh še kakšen smisel, posežejo po različnih sredstvih, ki naj bi življenje napolnila z ekstatičnimi doživetji, a ga navsezadnje napolnijo le z grožnjo uničenja.

7. *Laž ali resnica ali trajen in soliden človeški odnos?* Fuchtmann (6) opozarja, da se v primeru neposrednega odpiranja vprašanj o zasvojenosti nujno *zapletemo* v laži. To pri strokovnjakih vpliva na večanje trdote v obravnavanju zasvojenec, ko poskušajo priti do jasnosti globljih vzrokov. Menim, da imamo opraviti s celimi *sistemi lažnih znakov*, ki kažejo eden na drugega in strokovnjakom omogočajo živahno iskateljsko oz. detektivsko dejavnost in se šele na koncu izkažejo kot zaprt krog, v katerega se ujemajo posamezni nesrečni zasvojenec, pa tudi številni strokovnjaki. Trgovina z opojnimi sredstvi je le eden od zaskrbljujočih pojavov našega sveta. Kje lahko potem iščemo resnico, če je ni mogoče najti v razkrinkavanju tistih, ki so videti krivi za to zlo, prizadevajoče vedno večje število sposobnih, mladih ljudi, in zaradi katerega trpi toliko družin? Fuchtmann je v zvezi s tem napisal tole misel, ki govori o njegovi dejavnosti pri obravnavanju zasvojenec:

»Postavljati moram le take zahteve, ki kliente zmerom znova vržejo nazaj, da pristane vsak pri sebi samem, in ne smem narediti tega, kar klienti venomer ponujajo – prevzeti odgovornost namesto njih... Ne zadošča postavljati trdih zahtev, ker moramo po drugi strani klientom nuditi občutek sprejemanja, le na osnovi *nosilnega in sigurnega odnosa* lahko zdržijo boleče korake do potrebnih sprememb.« (6)

Seveda se na tem mestu ne moremo izogniti vprašanju, ali v svetu, ki je prepečen z najrazličnejšimi lažmi, komu sploh lahko zagotovimo dovolj zanesljive in nosilne človeške odnose, da bodo boleči koraki v negotovost spremembe postali verjetnost in da se bodo tudi uspešno končali. Nikakor ni lahko razumeti, da ne bomo našli resnice, če bomo za zlo, ki je povezano z drogami, iskali krivice. V trenutku, ko bomo poskušali razkrinkati krivca, ne bomo odkrili dejanskega hudodelca, ampak človeka, ki je preganjan. Hkrati bomo z razočaranjem ugotovili, da o tem, kdo je kriv za zlo, vemo manj, kot smo mislili, da vemo. To me spominja na zgodbe, ki jih je v prvi četrtini tega stoletja pisal Franz Kafka. Tine Hribar je v komentarju h Kafkovemu delu zapisal:

»Ko hočemo laž spraviti s sveta, namreč s sveta laži, se nam zato beseda spreminja v proti laž. Kajti z besedami, četudi ne želimo in nočemo lagati, resnice ne sestavljamo, marveč jo trgamo narazen.« (7)

Kje potem lahko iščemo resnico, če ne v razkrinkavanju tistih, ki so krivi za to zlo, ki prizadeva vedno večje število sposobnih mladih ljudi in zaradi katerega trpi toliko družin? Menim, da laž zmaga le v svetu, kjer imajo različni *interesi* prednost pred vprašanji zdravlja in *ohranjanja življenja*. Resnice torej ne bomo odkrili s tem, da se ukvarjamo z razkrinkavanjem laži. Prav to je temeljno spoznanje, o katerem nam je govoril tudi začetnik italijanskega gibanja La solidarietà don Mario Picchi. Ko se je v želji po pomoči klošarjem skupaj s sodelavci srečeval z vso bedo rimskih ulic in na svoje oči prepoznaval uničujoče vplive uživanja (zlorabe) mamil, se je zavedel *vrednosti golega življenja*. Na rimskih ulicah so prišli do takih (nikakor prijetnih) eksistencialno pretresljivih in zavezujočih doživetij, ki jih v svojem arzenalu storitev ni imela nobena institucija, ki je služila uresničevanju določenih socialnih interesov.

8. *Preživetje – nenehen napredek ali avtopoetski proces?* Dejavnost, ki so jo razvili don Picchi in sodelavci, je pomenila izstop iz šablone »boja napredka proti barbarstvu«, ki ustreza

miselnim modelom tipa *homo-faber*. To je človek, ki predvsem *proizvaja* dobrine in družbene odnose, lahko pa tudi spremembe in revolucije. Prav na to je pokazal Bateson, ko je opozoril na patologijo treznosti. Medtem ko smo bili pred petnajstimi leti prepričani, da smo se organizirali za določeni cilj, danes vidim te dogodke precej drugače. Sedaj vem, da je bilo naše odkritje v tem, da smo se *zapletli* v neko sodelovanje, ki je bilo notranje protislovno in je prav s tem omogočalo izražanje različnih osebnih nagnjenj, identitetnih problemov vseh sodelujočih in različnih pogledov ter načrtov za uresničevanje prihodnosti. Morda je za naš čas najpomembnejši zaključek našega raziskovalnega, skupnostnega dela prav spoznanje, da se v skupini, ki si postavi smiselno delovno nalogo, lahko razvije *notranja avtopoetska (samoproizvajajoča se) organizacija* (8), ki se potem kaže kot zbir načel ali kot temeljno načelo, ki ob ohranjanju (samoproizvajanju) organizacije omogoča postopno razvijanje (transformiranje) struktur. Mislim, da je v tem (bila) *kulturna in človeška vrednost* našega sodelovanja. To se je izražalo tudi v številnih posameznih dejanjih, dogodkih, domislekih, uvidih za reševanje tako psihičnih kot tudi interakcijskih problemov in spodbudah za individualno kreativnost udeležencev.

9. *Profesionalnost – distanca ali človeška prizadetost in izpostavljenost?* Prišli smo do novega razumevanja *profesionalnosti* svojega dela, ki bi po mojem mnenju lahko bilo novo izhodišče tudi za delo na področju narkomanije. Spoznali smo, da mora terapevt ostati *človeško odprt*, da se torej ne more odreči svojim dvomom in iluzijam, in to pa pomeni tudi to, da strokovnjak stalno išče svojo pot, stalno vzdržuje svoje ravnotežje in poskuša opustiti tista poročstva gotovosti, ki imajo svoj pomen le v svetu ekonomije in državne uprave. Hočem reči, da tudi na strokovnjaka za delo z ljudmi stalno prežijo dvomi o tem, kaj je »pravo življenje«. Tudi strokovnjak rabi tisto rahlo tkanje, ki se ustvarja le v trenutkih človeške bližine, ljubezni, vdanosti, neposrednosti (to ne izključuje človeških konfrontacij), vse to neznano kje v njegovem »srcu« pomaga vzdrževati ogenj *elementarnega upanja*.

10. *Trdota ali razvijanje ali orientacija na temeljne bivanjske vrednote?* Fuchtmann (6) v zvezi z obravnavanjem zasvojenih oseb na klinikah opozarja na nevarnost, da se v ustanovi ponovi situacija, v kateri je človek izmenično izpostavljen *trdoti in razvijanju*. Prav to je tista kombinacija, ki v njihovi življenjski zgodovini ni izjema, ampak je pravilo. Na naših taborih življenje nikoli ni bilo lahko in razvijanje posameznikov ni bilo možno, ker smo uveljavljali medsebojno delitev dela in odgovornost, pa tudi zato, ker materialnih sredstev za razvijanje kratko in malo ni bilo. Precej podobno situacijo smo videli v terapevtski skupnosti San Carlo (deluje v sklopu organizacije Centro Italiano di Solidarietà) v bližini Rima na obisku spomladi 1991. Seveda se v takem okolju z vso ostrino odpre vprašanje vrednosti življenja. Edino z *orientacijo na temeljne bivanjske vrednote* (na bit bivajočega) lahko razvijemo dovolj dosleden način skupnega bivanja. Don Mario Picchi je na to vprašanje odgovarjal preprosto: »Edina rešitev je *delati s srcem*, da človek začuti, da ste se *vpleli* v njegovo življenje in da mu *zavzeto* pomagata najti odgovor na številna banalna vprašanja, ki so nujna sestavina vsakdanjega življenja.«

11. *Psihosocialni ali medicinski model?* Buchholtz je zapisal:

»Zasvojenec hoče, a ne more. Zakaj ne more? Da bi lahko odgovorili na to vprašanje, se moramo ukvarjati z njegovim življenjem. Učiti se moramo razumeti, zakaj ne more. To je naloga v smislu psihosocialnega modela, ki se razlikuje od medicinskega. *Psihosocialni obravnavni model* se sprašuje po smislu zasvojenosti oz. teh oblik vedenja, *medicinski model* pa sprašuje po *vzrokih*.« (9)

Preden se zasvojenec lahko spremeni, mora imeti možnost, da odkrije svet, v katerem uživanje droge ni brez vsakega smisla. V tem svetu človek naleti tudi na številne probleme, ki so sami po sebi večinoma banalni, a ko se jih človek nauči reševati, si s tem pridobi vstopnico v igro življenja, v »sveto igro sveta«. Mi smo

razvili tak sistem odnosov, kjer so bila taka doživetja možna. Nikakor ne mislim, da bi skupnostne akcije lahko nadomestile zdravstvene in socialne ustanove in da so organizacije civilne družbe, ki temeljijo predvsem na prostovoljni osnovi, le dopolnilo institucij. Psihosocialni model se ne bo razvil v boju ali konkurenci z medicinskim, dileme »ali-ali« torej ni, ampak gre za »in-in«, oba modela naj bi razvila razne oblike sodelovanja pa tudi konstruktivnega konfrontiranja. Le tako se bo zvečala verjetnost, da bomo eni in drugi našli prave odgovore na najbolj kompleksne probleme našega časa, in zloraba drog je gotovo eden takih.

Smernice

Je prostovoljno skupnostno delo ponovljivo ali enkratno? Značilnost skupnostnih pristopov je, da jih ni možno ponoviti, vsaka nova akcija pomeni zahtevo po odkrivanju novih možnosti in strategij. Kljub temu pa so naše izkušnje lahko koristne vsakomur, ki želi pričeti s kakšno obliko prostovoljnega dela (npr. s skupino za samopomoč zasvojenecem ali njihovih svojcev). Odgovor naših akcijsko-raziskovalnih projektov, ki so v petnajstih letih svojega razvoja prerasli v *alternativno, postmoderno družbeno gibanje* (10), na pereča in zaskrbujoča družbena vprašanja namreč ni bila simetrična »revolucionarna«, »socialno spreminjevalna akcija«, temveč bolj komplementarno odkrivanje sveta, »socialno konstitutivna akcija« (2). Zato naša skupina oz. gibanje ni bilo pomembno le kot socialno-terapevtski projekt, ampak tudi kot *socialno-kul-*

turni projekt iskanja nove paradigme za sožitje in »so-bití« ljudi naše in naslednjih generacij v razmerah postindustrijske družbe.

Literatura

1. Bateson G. The cybernetics of »self«: A Theory of alcoholism. In: Bateson G. Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine Books, 1985: 309–37.
2. Pirjevec D. Radikalizem in revolucionarnost. Nova revija 1987; 6: 1481–1.
3. Luessi P. Sistemski nauk o socialnem delu. Socialno delo 1990; 29: 89–9.
4. Gill CH. Verschiedene Interviewformen in der aerztlichen Allgemeinpraxis und der »Flash«. In: Balint E, Norell JS. Fuenf Minuten pro Patient. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1975: 76–8.
5. Steiner C. Wie man Lebensplaene veraendert. Paderborn: Junfermann, 1987: 268–8.
6. Fuchtmann E. Der Beitrag des Helfers am Therapieabbruch des Klienten. In: Geier R ed. Suchtkrankenhilfe – Perspektiven und Tendenzen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1986: 22–2.
7. Hribar T. Sveta igra sveta – umetnost v post-moderni dobi. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1990: 216–7.
8. Luhmann N. Avtopoezis socialnih sistemov. Časopis za kritiko znanosti, 1991; 29: 21–1.
9. Buchholtz F. »Lazarett« oder »Lebensschule«. In: Geier R ed. Suchtkrankenhilfe – Perspektiven und Tendenzen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1986: 54–4.
10. Hribar T. Samomor in sveto (ob dveh Pirjevčevih predavanjih). Nova revija 1987; 6: 1489–9.

ZAKONSKI VIDIKI ODVISNOSTI OD DROG

LEGAL ASPECTS OF DRUG DEPENDENCE

Darko MAVER

Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije, Štefanova 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1992-01-24

Sprejeto 1992-03-20

Zdrav Vestn 1992; 61: 145-9

KLJUČNE BESEDE: droge; pravo; odvisnost od drog; kaznovanje; inkriminacije

KEY WORDS: drugs; law; drug dependance; punishment; incriminations

IZVLEČEK – Izhodišča. Pravno povezanost z drogami in odvisnostjo od drog lahko omejimo na dva ključna dela in sicer ureditev dopustnosti drog in ureditev postopkov z osebami, ki droge uživajo ali z njimi prekupejujejo. Na oba sklopa problemov zakonodajalci in družba dajejo raznovrstne odgovore in rešitve. Zaključki. V slovenskem pravu ni inkriminirano samo uživanje prepovedanih drog, ampak le posest droge (kot prekršek) ter proizvodnja, preprodaja oz. trgovanje z drogo, kakor tudi omogočanje uživanja drog. Delitve na »trde« in »mehke« droge oziroma na »posebno nevarna mamila« naše kazensko pravo ne pozna več. Odprta so številna sporna vprašanja, zlasti glede legalizacije posameznih vrst drog, kaznovalne politike, izdaje varnostnega ukrepa obveznega zdravljenja, ravnanja z odvisniki od drog ter nekaterih etičnih dilem prijavljanja uživalcev oz. kaznivih dejanj v zvezi z drogami policiji.

ABSTRACT – Background. The legal correlation with drugs and drug addiction can be restricted to two essential parts: one being the regulation of a tolerated use of drugs and the other the regulation of actions against persons who are either drug addicts or drug dealers. To either complex of problems legislators and society give various answers and solutions.

Conclusions. In our penal system the sole use of illegal drugs is not incriminating. The possession of small quantities of drugs is a petty offence, only the production, selling etc. or offering drugs to others are considered as criminal offences. In our Legal system does not make a distinction between »hard« nad »soft« drugs or »specially dangerous« drugs. Many controversial questions are still open, such as the question of legalization of some drugs, the punishment policy, the enforcement of sanction of obligatory treatment in drug addicts and some ethical dilemmas about giving information of drug users and criminal acts to the police.

Uvod

V bistvu je mogoče pravno povezanost z drogami in odvisnostjo od drog omejiti na dve ključni vprašanji: kako urediti dopustnost ali nedopustnost posameznih drog v kaki družbi in kako ukrepati z osebami, ki uživajo takšne ali drugačne droge ali ki prekupejujejo z njimi. Oba sklopa problemov pa sta dokaj zapletena, saj skrivata vrsto dodatnih vprašanj, na katera zakonodajalci in družbe dajejo raznovrstne odgovore in rešitve.

Ljudje različno pojmujejo in ocenjujejo nevarnost posameznih deviantnih in kriminalnih dejanj, zato je tudi njihov odnos do ukrepov in sankcij zoper storilce teh dejanj različen. Dojemanje odklonosti se s časom spreminja in ni vedno utemeljeno le z dejansko nevarnostjo pojava, temveč je odvisno od vrste dejavnikov, zlasti tudi od ekonomske in politične situacije v družbi, od nosilcev pojava in njihove organiziranosti, religije, morale, tradicije, pa tudi od posameznika, njegovih izkušenj, pogledov na svet, posploševanja, predsodkov ipd. Tako se zgodi, da je javnost do nekaterih odklonskih pojavov dokaj popustljiva in brezbrizna, do drugih pa represivna, pa čeprav se škoda in ogroženost življenja, premoženja, moralnih in drugih vrednot pri enih in drugih ravnanjih ne razlikujeta bistveno. Tako je tudi pri drogah.

Človek že tisočletja uživa razne droge, ob različnih priložnostih in v razne namene, in po vsej verjetnosti jih bo še pogosteje užival v prihodnosti, pa vendar je prav uživanje in zlorabljanje drog zbudilo veliko pozornost javnosti (strokovne in laične), neenakost pri obravnavanju posameznih vrst drog in njihovih uživalcev, ter razburjenost in represivnost ob morebitnem širjenju pojava. Medtem ko uživanje (pa tudi zlorabljanje) nekaterih vrst drog družba v določenem trenutku dovoljuje ali celo spodbuja, uživanje drugih prepoveduje in preganja.

Pravo, zlasti še kazensko pravo kot ultima ratio za urejanje odnosov v družbi je manj učinkovito zlasti pri tistih dejanjih, ki jih ljudje (ali vsaj določena subkultura) ne smatrajo tudi kot deviantna, čeprav so sicer zapisana v kazenskih zakonih kot kazniva dejanja. Prav zato je bila neuspešna prohibicija alkohola v ZDA, ki je poleg vsega prispevala k razvoju organiziranega kriminala. Potrebna je torej previdnost pri inkriminiranju (pa tudi dekriminiranju) posameznih ravnanj, saj ima to lahko tudi nepredvidene stranske učinke. To pa seveda ne pomeni, da sta pravo in represija povsem nemočna v boju z drogami. Prav nasprotno, v nekaterih primerih sta skorajda nepogrešljivo dodatno sredstvo, ki poleg preventivnih ukrepov lahko bistveno oblikujeta ponudbo na tržišču in s tem tudi razširjenost posameznih drog.

Pojavlja pa se še vrsta drugih spornih vprašanj, na katera celo posamezne evropske države dajejo različne odgovore. Med temi so zlasti pomembni naslednji problemi:

Zakaj dovoljevati uporabo nekaterih drog (alkohol, tobak, kava, analgetiki in drugi podobni preparati) in prepovedovati druge (hašiš, marihuana, heroin, morfij, LSD, kokain ipd.)? V to vprašanje je globoko vpleteno vprašanje ocene dejanske škodljivosti in nevarnosti droge, pa tudi problematika tradicije, kulture, tolerantnosti družbe, politika, kriminalna politika ipd. Predpostavka pa je vendarle, čim več drog je dovoljenih, več bo oseb, ki segajo po njih, in zato tudi več zasvojenecv.

Ali preganjati in kaznovati le prekupevalce z drogami ali tudi uživalce? Večina držav se je odločila, da je zasvojenost oz. uživanje »zasebna« stvar posameznika oz. zdravstveni problem, zato ga ne kaže uvrščati med kazniva dejanja. Problem je v tem, da je dostikrat težko ločiti »uživalca« od »prekupevalca«, saj se dosti zasvojenecv preživlja prav s preprodajo droge in so torej oboje hkrati.

Ali delati pravno razliko med različnimi vrstami drog? Dejstvo je, da so nekatere dovoljene droge, npr. tobak, alkohol (o tem, katere so trde in katere mehke droge, so stališča različna, na splošno pa velja, da trde droge povzročajo tako fizično kot psihično odvisnost, abstinenčni sindrom ipd., zato med te droge vključujejo celo alkohol), mnogo nevarnejše od prepovedanih mehkih drog (marihuana), toda vse droge so tako ali drugače škodljive in posledice njihove uporabe nepredvidljive. Vezani pa smo tudi na mednarodne konvencije. Kljub temu v nekaterih zakonodajah mileje obravnavajo delikte, povezane z mehkimi drogami, tako pravno kot tudi v praksi.

Ali je treba delati razliko med uživalci in zasvojenici? Vsekakor niso vsi uživalci drog že zasvojenici, hkrati ko je dosti zasvojenec politoksikomanov, ki uživajo vse droge, dovoljene in prepovedane! Ožigosanje z izrazi narkoman ipd. se nanaša le na hude zasvojenice, ki jih je v piramidi uživalcev najmanj, pa še tedaj takšno poimenovanje ni ustrezno, saj ima izrazito negativni prizvok in pomeni dodatno stigmatizacijo kake osebe (pojmu pogosto pripisujejo še druge negativne osebnostne lastnosti, kot so nedelavnost, spolna promiskuiteta, kriminal ipd.), zato je bolje uporabljati izraz toksikoman ipd. Še zlasti pa je nepravilno vsakega uživalca enačiti s toksikomanom oz. zasvojenecem.

Ali drži trditev, da je treba mehke droge preganjati, ker to vodi k uživanju trdih drog? Teorija ne drži popolnoma, saj le del uživalcev mehkih drog postane tudi konzument trdih drog, res pa je, da je z uživanjem mehkih drog vzpostavljen stik s prekupčevalci, ki ponujajo tudi trde droge; pomembna je torej predvsem osebnostna struktura posameznika.

Ali je sploh smiselno preganjati prekupčevalce z drogami ob spoznanju, da represivni organi (policija, carina idr.) odkrijejo le okoli 10% vseh tržišču namenjenih drog? Gotovo je, saj bi bilo drugače drog še več in krog uživalcev večji, s tem pa tudi zasvojenec (ki se rekrutira iz uživalcev).

Kako uskladiti pravno ureditev v zvezi z drogami pri posameznih državah, ki imajo različen odnos do posameznih vrst drog, ki so ali niso družbeno sprejemljive (npr. odnos do hašiša ali alkohola v muslimanskih državah, odnos do koke v nekaterih južnoameriških državah ipd.)?

Kako uskladiti kaznovalno politiko med državami, ko ponekod kakega dejanja sploh ne preganjajo, drugod pa je zanj izrečena smrtna obsodba? Itd.

Značilnosti pravne ureditve pri nas

Slovenija (zaenkrat uporabljamo še staro zakonodajo in konvencije, ki jih je ratificirala Jugoslavija) sodi med tiste države, ki ne inkriminirajo samega uživanja prepovedanih drog, ampak le različna dejanja glede pridelave, predelave, prodaje, dajanja ali omogočanja uživanja prepovedanih drog. Samo uživanje droge torej ni kaznivo dejanje, saj izhajamo iz prepričanja, da je uživalec sam predvsem bolnik in ne storilec družbi nevarnega dejanja, hkrati ko se svobodno lahko odloči, ali bo užival drogo ali ne (podobno je npr. obravnavano vprašanje samomora). Tudi sama posest manjših količin prepovedanih drog (ki so namenjene za lastno uporabo) predstavlja le prekršek. Kazniva pa so številna dejanja, katerih namen je neupravičena proizvodnja in promet z mamili ter omogočanje uživanja mamil.

Bivši kazenski zakonik Jugoslavije je vso problematiko v zvezi z mamili obravnaval v enem členu (208. čl.), kasneje pa je leta 1976, ko je stopila v veljavo nova kazenska zakonodaja, Kazenski zakon SFRJ je obravnaval ta dejanja ločeno v dveh členih (245. in 246. čl.). Takšna delitev je predvidena tudi v predlogu novega Kazenskega zakonika Republike Slovenije.

Značilnosti razvoja zakonodaje na tem področju pri nas so predvsem naslednje:

natančnejše izrazoslovje (najprej so govorili o »mamilih in strupih«, nato o »mamilih in drugih psihotropnih substancah« in

nazadnje o »substancah in preparatih, ki so razglašeni za mamila«);

povečanje sankcij za storjena dejanja (torej strožje zagrožene kazni, ki pa jih praksa v bistvu ni upoštevala in je kaznovalna politika ostala bolj ali manj nespremenjena);

opustitev delitve prepovedanih drog na nevarne in »posebej nevarne« (v zakonu iz leta 1976 je bila zagrožena strožja kazen, če je bilo dejanje storjeno s posebno nevarno drogo ali psihotropno substanco);

inkriminacije nekaterih novih dejanj (že zakon iz leta 1976 je kot kvalificirana kazniva dejanja opredelil organiziranje mreže prekupčevalcev, omogočanje uživanja drog večjemu številu oseb ipd., spremembe pa še dodatno inkriminirajo izdelovanje, nabavljanje in uporabo opreme, materiala ali substanc, za katere storilec ve, da so namenjene za proizvodnjo mamil);

v predlagani slovenski zakonodaji je vključena tudi problematika pranja umazanega denarja, ki izhaja iz prodaje drog, kakor tudi zaplemba premoženja, ki je pridobljeno s tem.

Tako je mogoče reči, da (zaenkrat še veljavna »jugoslovanska«) kazenska zakonodaja ni upoštevala vseh obveznosti, ki izhajajo iz Zakona o Ratifikaciji konvencije združenih narodov zoper nezakonit promet mamil in psihotropnih snovi (Jugoslavija ga je sprejela leta 1990), medtem ko jih predlagani slovenski Kazenski zakonik upošteva v dosti večji meri, čeprav ne v celoti.

Omenjena Konvencija OZN namreč predvideva dosti strožje ukrepe zoper denar in premoženje, ki izvira iz nezakonitega prodaja z mamili in psihotropnimi substancami in tudi širše možnosti za odkrivanje in preganjanje tako pridobljene lastnine, hkrati pa tudi podrobneje našteva okoliščine, ki naj jih sodišče upošteva pri oceni teže posameznega kaznivega dejanja v zvezi z drogami. Te in še nekatera druga priporočila in obveznosti bomo morali v prihodnje vnesti v našo kazensko zakonodajo, če bomo želeli Konvencijo upoštevati v celoti.

Sedanja pravna ureditev

Kazenska zakonodaja

Dopolnjene določbe Kazenskega zakona SFRJ v 245. in 246. členu takole opredeljujejo kazniva ravnanja v zvezi z drogami in sankcije zanje:

245. člen Neupravičena proizvodnja in promet z mamili

1. Kdor neupravičeno proizvaja, predeluje, prodaja ali ponuja naprodaj ali kupuje za prodajo, hrani ali prenaša, ali posreduje pri prodaji ali nakupu ali kako drugače neupravičeno daje v promet substance ali preparate, ki so razglašeni za mamila, se kaznuje z zaporom od enega do desetih let.
2. Če stori dejanje iz prvega odstavka tega člena več oseb, ki so se združile za izvrševanje takih dejanj, ali če je storilec tega dejanja organiziral mrežo prekupčevalcev in posrednikov, se storilec kaznuje z zaporom najmanj treh let.
3. Kdor brez pooblastila izdeluje, nabavlja, ima ali daje v uporabo opremo, material ali substance, za katere ve, da so namenjene za proizvodnjo mamil, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let.
4. Mamila in sredstva za njihovo izdelovanje se vzamejo.

246. člen: Omogočanje uživanja mamil

1. Kdor napeljuje drugega k uživanju mamila ali mu daje mamilo, da ga uživa on ali kdo drug, ali kdor da na razpolago prostore za uživanje mamila ali kako drugače omogoča drugemu, da uživa mamilo, se kaznuje z zaporom od treh mesecev do petih let.
2. Če je dejanje iz prvega odstavka tega člena storjeno proti mladoletniku ali proti več osebam, ali če je imelo posebno hude posledice,

se storilec kaznuje z zaporom od enega do desetih let.
3. Mamila in sredstva za njihovo uživanje se vzamejo.

Zakon o proizvodnji in prometu mamil

Zakon o proizvodnji in prometu mamil v 6. členu, 3. odstavek določa, da ne sme nihče imeti v posesti mamil brez dovoljenja pristojnega organa. Kdor krši te določbe, se lahko kaznuje z denarno kaznijo ali kaznijo zavora do 60 dni (33. člen).

Sicer pa navedeni zakon in njegove dopolnitve predvsem opredeljujejo pojem mamil in navajajo njihov seznam ter določajo pogoje za proizvodnjo in promet z mamili.

Ker se spet pojavljajo vplomi v lekarne in druge objekte oz. prostore, kjer se hranijo mamila, je pomembna določba 21. člena Zakona, ki terja, da morajo imeti prostori oz. omare, v katerih so mamila, zaklenjena in zavarovana pred dostopom nepoklicanih oseb. Ključke do teh prostorov ima lahko le delavec, ki mu je naloženo, da skrbi za spravlanje, hrambo in izdajanje mamil.

Zanimivo je, da je pred kratkim Zakonodajno-pravna komisija skupščine Republike Slovenije na predlog Republiškega senata za prekrške posredovala mnenje, da Zakon o proizvodnji in prometu mamil, ki je bivši zvezni zakon, še vedno velja v celoti tudi na območju države Slovenije. Nastajali so namreč spori o tem, ali posamezne določbe in zakon v celoti še velja glede na Ustavne amandmaje. Osnovni zakon, kot tudi kasnejša dopolnila očitno še vedno ostajajo v veljavi.

Konvencija združenih narodov zoper nezakoniti promet mamil in psihotropnih snovi

Konvencija združenih narodov zoper nezakoniti promet mamil in psihotropnih snovi je, kot rečeno, še bolj represivna od našega sedanjega pravnega reda. Vsaka podpisnica konvencije je dolžna zagotoviti, da se v njeni zakonodaji opredelijo kot kazniva dejanja tudi konverzija ali transfer lastnine, če je znano, da je bila takšna lastnina pridobljena zaradi kaznivih dejanj v zvezi z mamili, kaznuje pa se tudi skrivanje ali prikrivanje narave, izvora, razpolaganja ipd. v zvezi s takšno lastnino. Gre seveda predvsem za denar, pridobljen s prekupčevanjem z drogami, ki ga na različne načine želijo »oprati« in ga kot neoporečnega uporabiti naprej.

Prav zaradi navedenih določb je tudi v predlaganem novem Kazenskem zakoniku Republike Slovenije člen, ki govori o prikrivanju nezakonito pridobljenega denarja (248. čl.) oziroma o pranju umazanega denarja.

Takšna določba bo nedvomno pomembno vplivala tudi na uspešnost zatiranja nedovoljene trgovine z mamili, zato je prav, da smo jo povzeli iz Konvencije. Za zdravstvene delavce je pomembna predvsem v primeru, če od toksikomanov zvedo za takšne nedovoljene denarne transakcije.

Sicer pa konvencija našteva še nekatere okoliščine, ki naj jih sodišče upošteva kot obteževalne, poleg teh, ki so vsebovane v našem zakonu. Tako npr.: nasilje storilca dejanja ali uporabo strelnega orožja; dejstvo, da je storilec zaposlen v javni službi in da obstaja zveza med prekrškom in zadevno službo; dejstvo, da je bil prekršek storjen v kazenski instituciji, instituciji za prevzgojo, v objektu družbene službe ali druge kraje, kamor odhajajo šolarji, dijaki in študenti zaradi izobraževanja, športnih in drugih dejavnosti; itd.

Poleg navedenih vprašanj pa so pomembni tudi ukrepi, ki jih kazensko pravo predpisuje za uživalce drog oz. zlasti za zasvojenec z drogami. Kot smo že omenili, načeloma uživanje drog samo po sebi ni sankcionirano (ne glede na to, ali gre za dovoljene ali prepovedane droge, za občasne uživalce ali zasvojenec), zato zoper uživalce ni mogoče izvajati prisilnih ukrepov obveznega zdravljenja. Tudi takšni predlogi so se pojavljali zlasti v nekaterih drugih republikah, vendar niso bili sprejeti. Pač pa je mogoče storilcu kaznivega dejanja izreči varnostni ukrep obveznega zdrav-

ljenja alkoholikov in narkomanov. O tem pravi 65. čl. bivšega KZ SFRJ naslednje:

»1. Storilcu, ki je storil kaznivo dejanje zaradi tega, ker se je vdal stalnemu uživanju alkohola ali mamil in je nevarnost, da bo zaradi tega ponavljal kazniva dejanja, sme sodišče izreči obvezno zdravljenje.

2. Ukrep iz prvega odstavka tega člena se izvršuje v zavodu za izvrševanje kazni ali v zdravstvenem ali kakšnem drugem specializiranem zavodu. Čas, prebit v takšnem zavodu, se všteje v kazen.

3. Kadar sodišče izreče pogojno obsodbo, sme naložiti storilcu zdravljenje v prostosti, pri čemer upošteva zlasti njegovo pripravljenost za tako zdravljenje. Če se storilec brez upravičenega razloga ne začne zdraviti na prostosti ali če zdravljenje samovoljno opusti, sme sodišče pogojno obsodbo preklicati ali odrediti prisilno izvršitev ukrepa obveznega zdravljenja alkoholikov ali narkomanov v zdravstvenem ali kakšnem drugem specializiranem zavodu.

4. Če je bil ta ukrep izrečen ob pogojni obsodbi, sme trajati najdalj dve leti.«

Očitno je torej, da so pogoji za obvezno zdravljenje dokaj strogi. Ne le da nikogar ni mogoče pravno prisiliti k obveznemu zdravljenju (morebiti le s posrednimi sankcijami, kot so izguba službe, socialni pritiski družine, okolja ipd.), če ni storil kaznivega dejanja in celo tedaj, ko je dejanje storil, mora obstajati vzročna zveza med uživanjem in kaznivim dejanjem in nevarnost, da bo zaradi tega še nadaljeval s kaznivimi dejanji. Takšna dokaj stroga določba, ki je bila večkrat tudi podvržena kritiki, je vendarle rezultat prizadevanja družbe po zaščiti individualnih pravic posameznika in njegove zasebnosti. Problem zdravljenja na prostosti se pojavlja zlasti v primerih, ko gre za zasvojenec uživalce opiatov (opij, morfij, heroin) ali drugih »trdih« drog, ki praviloma ne vztrajajo pri zdravljenju.

Pravna ureditev v nekaterih drugih državah

Že prej smo omenili, da tudi v okviru zakonodaj zahodnih držav obstajajo različne pravne ureditve v zvezi z zlorabo drog. Te se kažejo tako glede inkriminacije samega uživanja prepovedanih drog, kot tudi glede razlikovanja (pravnega ali dejanskega) med mehkiimi in trdimi drogami ter sankcijami, ki so predvidene za storilce. Ker je vprašanje zanimivo tudi zaradi primerjave z našo pravno ureditvijo in njenim razvojem v prihodnosti, bomo navedli nekaj primerov iz posameznih evropskih držav.

V avstrijskem kazenskem pravu so le osnovne določbe o drogah, sicer pa je to področje prepuščeno Ministrstvu za zdravstvo. V osnovi razlikujejo med uživalci in prekupčevalci, s tem da slednje kaznujejo strožje, za uživalce pa predvsem predlagajo zdravljenje. Za proizvodnjo, uvoz ali izvoz, posest ali ponujanje droge je zagrožen kaznen do 6 mesecev zavora, če pa se omogoča uživanje drog mladoletnikom ali če je storilec član tolpe, je zagrožen kaznen zavora do 3 let. Še strožje so kazni za trgovanje z večjimi količinami drog – sem šteje že nad 5 g heroína ali 15 g kokaina – (do 5 let zavora), za organizirano trgovanje, zelo velike količine ali sodelovanje v večji tolpi prekupčevalcev (do 15 let zavora) oziroma za vodjo kriminalne organizacije (do 20 let zavora). Če sumijo, da kdo uživa droge, lahko zahtevajo zdravniški pregled in v pozitivnem primeru tudi obvezno zdravljenje.

V Belgiji ne razlikujejo med trdimi in mehkiimi drogami, niti ne med uživalci in prekupčevalci. Predvidena kaznen je 5 let zavora oziroma za posebno hude primere do 20 let zavora.

Dokaj liberalno politiko do mehkih drog imajo Danci. Za uživanje in posest droge za lastno uporabo navadno izrekajo le opomin ali globo, maksimalno kaznen 10 let zavora pa lahko izrečejo, če gre za večje količine posebno nevarne droge.

V Zvezni republiki Nemčiji so zlasti leta 1981 znatno postrožili zagroženost kazni (do 15 let zavora), po drugi strani pa imajo zasvojeni storilci možnost, da se podvržejo zdravljenju in izognejo zaporni kazni, ki pa ne sme presegati dveh let.

Francozi ne razlikujejo med mehkiimi in trdimi drogami. Za uživanje je predpisana kazen zapora od 2 mesecev do 1 leta, za prekupečevanje pa do 10 let zapora. Za »manjše prekupečevanje« je zaradi problematike razlikovanja med uživalci in prekupečevalci zagrožena kazen od 1 do 5 let zapora ali denarna kazen.

Omembe vredna je ureditev v Italiji, kjer razlikujejo med mehkiimi in trdimi drogami, kot tudi med uživalci in prekupečevalci. Sami uživalci in tisti, ki imajo v posesti manjšo količino droge za lastno uporabo, naj ne bi bili kaznovani. Za prekupečevalce z mehkiimi drogami je razpon kazni od 2 do 6 let, za trde droge pa od 4 do 15 let, v posebno hudih okoliščinah pa je zagrožena tudi kazen zapora do 20 let.

Podobno ureditev in razdelitev glede na mehke in trde droge ter uživalce in prekupečevalce imajo tudi na Nizozemskem.

Iz tega kratkega pregleda pravne ureditve je razvidno, da so vendarle pomembne razlike že v osnovni zakonodaji, hkrati ko obstajajo tudi razlike v praksi pregona.

Kljub prizadevanjem po enotni evropski politiki glede drog po letu 1992, vse kaže, da bo ta cilj težko doseči, saj se stališča posameznih držav vendarle preveč razlikujejo. Stališča, ki jih vsebuje omenjena Konvencija, še vedno niso enotno sprejeta v zakonodajo posameznih držav.

Nekatera odprta vprašanja zlasti v zvezi z zdravstvenimi delavci

Kljub domnevno jasni in razumljivi pravni ureditvi pri nas pa vendarle prihaja do nekaterih odprtih in spornih vprašanj, ki jih je vredno omeniti, pojavljajo pa se zlasti v praksi odkrivanja, preiskovanja in dokazovanja.

Eno od pomembnejših vprašanj je prav gotovo sodelovanje med zdravstvenimi delavci in delavci kriminalistične službe oziroma policije. Zdravniki, psihiatri in drugi zdravstveni delavci pri svojem delu obravnavajo osebe, ki uživajo prepovedane droge ali so zasvojene od njih. Čeprav samo uživanje ni kaznivo, pa vendarle uživalci vedo, od koga so drogo kupili, kje se prodaja, kdo še uživa mamila, kakšne količine droge in kje so naprodaj, skratka gre za podatke, ki so za operativne policijske službe zelo zanimivi in potrebni za odkrivanje in preprečevanje trgovine z mamili. S tega zornega kota je pomembno, da operativni delavci zvedo za imena zdravljenih toksikomanov, da bi lahko opravili razgovor z njimi, hkrati ko so vsi državljani dolžni naznaniti kazniva dejanja, ki se preganjajo po uradni dolžnosti (149. člen ZKP). Tu pa se postavlja po drugi strani vprašanje zdravniške etike, varovanja podatkov o zdravljenih osebah ipd. Problem vsekakor ostaja odprt, saj obe strani gledata nanj iz svojega zornega kota.

Lahko pa bi zadevo obravnavali še iz druge plati. Zasvojeni toksikomani so potencialni storilci kaznivih dejanj, zlasti premoženjskih, saj za pridobitev droge potrebujejo denar. Tudi zato, in ker se iz premoženjskih razlogov pogosto tudi sami pojavljajo kot prodajalci, je pomembno vedeti za njihovo identiteto, kar zopet predstavlja etični problem zdravstvenim delavcem.

Dilema po našem mnenju predstavlja tudi zdravljenje z metadonom, ki se po nekaterih podatkih ne izvaja dosledno, saj bolnik npr. dobi recept za metadon, ki ga nato bodisi proda bodisi zamenja za heroin. Treba bi bilo dosledno zahtevati, da toksikoman dobi in zaužije metadon ob navzočnosti zdravstvenega delavca. V tujini so tudi znani primeri, ko se toksikomani odločijo za zdravljenje z metadonom zgolj za to, da se očistijo heroina in lahko nato pričnejo ponovno z uživanjem manjših odmerkov.

Ker posest droge sama po sebi pomeni le prekršek, kaznivo dejanje pa le, če je namenjena drugim, nastajajo problemi dokazovanja, saj so se takšni pravni situaciji prilagodili tudi prekupečevalci, ki le redko nosijo s seboj večje količine droge in se zato ob morebitnem prijetju in odkritju droge izgovarjajo, da so jo imeli za lastno uporabo. Dokazovanje prekrška (posesti) je bistveno lažje, zato se organi odkrivanja včasih odločijo za prijavo prekrška, ker

je to enostavnejše, čeprav je bila droga namenjena prodaji in je torej šlo za kaznivo dejanje. Zato je toliko pomembnejše zbirati druge dokaze (poleg same posesti), zlasti pa še zalotiti storilca pri predaji droge, torej »in flagranti«. Pri nas tudi ni jasno definirano, kakšno količino droge je mogoče šteti še za »lastno uporabo« in kdaj gre za »prekupečevanje«. Nekateri tuji zakonodajalci so to uredili bolj smotno in že v zakonu določili mejo »dovoljene« posesti. Ne glede na povedano pa je seveda za policijske namene koristno, če so preiskovalci obveščeni tudi o minimalnih količinah najdene droge.

Morebiti je marsikomu nelogično in nerazumljivo, da je kaznivo dajanje droge drugemu, ne pa samo uživanje, zlasti v primeru kajenja marihuane ali hašiša. Znano je namreč, da pri kajenju teh drog cigareta pogosto kroži od enega do drugega, torej so vsi storili kaznivo dejanje (dajanje droge), če pa bi npr. v isti skupini kadil vsak svojo cigareto, bi bil to le prekršek (če bi jo našli pri njem) ali pa sploh nekaznivo dejanje.

Odprto je tudi vprašanje oziroma dilema, kolikšna količina omamne substance je potrebna, da je mogoče govoriti o prepovedani snovi. Vsaj zaenkrat se je sodišče postavilo na stališče, da gre npr. za prepovedano drogo, čim je odkrita kakršnakoli količina psihotropne snovi (npr. THC). Ali je takšna ureditev zares najprimernejša ali pa bi kazalo zakonsko urediti to vprašanje z določanjem spodnje meje psihotropne substance, je seveda odprto vprašanje.

Je še vrsta vprašanj, ki so tudi povezana s pravom in drogami, vendar jih v tem prispevku nismo mogli podrobneje prikazati, zato bo več možnosti za njihovo obravnavanje v okviru diskusije na posvetih, okroglih mizah in podobno.

Zaključek

Sodimo torej med države, ki niso dekriminirale t.i. mehkih drog in ki ne kaznujejo samega uživanja, ampak številna druga dejanja v zvezi s pridelovanjem, preprodajo ali omogočanjem uživanja drog. Takšen pravni sistem ima v bistvu večina evropskih držav, z nekaterimi specifičnostmi, zlasti glede razlikovanja med mehkiimi in trdimi drogami. Glede na skupno Evropo po letu 1992 tudi resno razmišljajo o enotni pravni ureditvi zlorabe drog. Zaenkrat kljub nekaterim poskusom še ni prišlo do uskladitve različnih stališč posameznih držav.

Takšnim prizadevanjem bomo morali vsekakor slediti tudi mi, če želimo postati del Evrope in tako pravno kot tudi kriminalno politično prilagoditi ukrepe v zvezi z drogami ureditvi v skupni Evropi.

Treba je še dodati, da so potekale v Jugoslaviji številne polemike in diskusije o spremembah določb o drogah, zlasti v smislu še večje zaostritve kazni in dodatnih inkriminacij. Tako so zlasti iz južnih republik prihajali predlogi, da bi morali določiti kot kaznivo dejanje tudi samo posest droge in celo uživanje, da bi morali uživalcem prepovedanih drog odvzeti poslovno sposobnost, jih prisilno poslati na zdravljenje, jim kot varnostni ukrep izreči prepoved vožnje z vozilom ipd. No, kljub takšnim bolj represivnim ukrepom je vendarle prevladalo zmernejše stališče, kot smo ga opisali tudi v tem prispevku. Seveda je treba pri vsakih spremembah zakonodaje o drogah upoštevati tudi sprejete mednarodne konvencije, tisti pa, ki jih ne sprejema ali ravna mimo njih, tvega, da se bo lahko soočil z nepričakovanimi posledicami. (Tako je npr. Nizozemska s svojim blagim pristopom in tolerantnostjo privabila uživalce drog iz vsega sveta, kar je postal resen socialni, zdravstveni in kriminološki problem). Diskusije o legalizaciji drog torej niso le pravno, medicinsko, psihiatrično ipd. vprašanje, marveč ima ta problem dosti širše politične, sociološke in družbene dimenzije.

Ni torej presenetljivo, da je problematiki uživanja drog in boju zoper droge nemenjeno veliko pozornosti, vendar so učinki bolj pičli. Kljub vsem prizadevanjem se namreč število uživalcev prepovedanih drog nenehno povečuje. Na nedavni mednarodni konferenci o varnosti v mestih, drogah in preprečevanju kriminala so poudarili, da je treba ukrepati predvsem preventivno, ob tem pa krepiti tudi represijo, vendar predvsem zoper trgovce z drogami. Ta boj, marsikje okruten in brezobziren (zlasti v južnoameriških državah, kot npr. v Kolumbiji), v katerem je poleg policije vključena tudi armada, pa je zaradi ogromnih zaslužkov, ki jih imajo proizvajalci in preprodajalci drog, prav tako manj uspešen. Kljub temu, vsaj v naših razmerah, kjer se delovanje organiziranih tolpe še ni tako razširilo (pojavljajo pa se že), je delovanje policije in preprečevanje ponudbe in dobave drog vendarle še lahko učinkovito. Toda ob tem je dobro izhodišče misel, ki jo je izrekel nekdo na omenjenem posvetovanju o drogah v Parizu: »Izsušitev močvirja je dosti uspešnejša kot pobijanje komarjev.« Že res, toda ali smo ob vse večjih pritiskih in stiskah sodobnega človeka to sposobni storiti?

Literatura

1. Albrecht HJ, van Kalmthout A. European perspectives on drug policies. In: Open borders after 1992: a harmonization of drug policies? Amsterdam 29. oct. do 3. nov. 1990.
2. Alternativne možnosti razvoja nekaterih deviantnih pojavov do leta 2000. Inštitut za kriminologijo, II. del, Ljubljana, 1981.
3. International conference on urban safety, drugs and crime prevention, Theme 1, Preventing and treating drug abuse, Paris, november 1991.
4. Kaj vemo o drogah, MK, Ljubljana 1975.
5. Kazenski zakonik SFRJ, 1959.
6. Kazenski zakon SFRJ, 1976.
7. Kazenski zakonik RS (delovno besedilo), 1991.
8. Maver D. Seminar o zatiranju prepovedane trgovine z drogo, Revija za kriminalistiko in kriminologijo, 29/1978/1.
9. Maver D. Pogledi nekaterih jugoslovanskih in tujih piscev na vprašanja uživanja drog in narkomanije, Ljubljana, Anthropos 1991/1.
10. Zakon o proizvodnji in prometu mamil. U.I. SFRJ 55/1978 in dalje.

strokovna srečanja

POROČILO O SATELITSKEM SIMPOZIJU PETEGA EVROPSKEGA SREČANJA O HIPERTENZIJU – NEINVAZIVNO MERJENJE KRVNEGA TLAKA IN SRČNO-ŽILNI DEJAVNIKI TVEGANJA

Benetke, Lido, 13. junija 1991

Kot je že navada, je takoj po Evropskem srečanju o hipertenziji sledila vrsta krajših, ozko usmerjenih simpozijev. Udeležil sem se srečanja o *Neinvazivnem merjenju krvnega tlaka in srčno-žilnih dejavnikov tveganja* (*Ambulatory blood pressure and cardiovascular risk factors*) v Benetkah.

Srečanje je bilo razdeljeno na več delov, vsem pa je bila skupna metoda neinvazivnega merjenja krvnega tlaka v 24 urah (NMKT): epidemiologija; metoda kot diagnostično in prognostično orodje; metoda za orodje za oceno terapevtske uspešnosti.

Sestanka so se udeležila skoraj vsa znana imena, ki v Evropi kaj pomenijo na tem področju, izmed svetovno pomembnih hipertonzologov pa je bil najavljen v programu S. Julius (ZDA), zato je bilo pričakovati dosti svežih novic in burnih razprav o tej hitro uveljavljajoči se preiskavi.

Že iz prvih predavanj je bilo jasno, da pogosto navajane meje za razmejitev med normalnim krvnim tlakom in hipertenzijo, ki jih je objavil W. White (ZDA), ne bodo

več dolgo uporabne. Gre za kombinacijo višine krvnega tlaka in odstotkov meritev nad določeno mejo (npr. podnevi nad 135/85 mm Hg in 50% meritev nad 140/90 mm Hg). Začuda noben od predavateljev ni podal meja, ki jih sam uporablja. V razpravah so se omejevali le na dejstvo, da se da s kombinacijo klasičnih meritev in osnovnih preiskav za opredelitev hipertenzije, ter nazadnje še z NMKT natančno ločiti normotenzivnega preiskovanca od hipertenzivnega. Natančnejše podatke o razmejitvah si lahko obetamo iz analize 23 že objavljenih študij, ki jih je analizirala belgijska skupina (Staessen in sod.) – članek je ravnokar izšel v času simpozija – ter iz italijanske, še potekajoče študije na normotenzivnih osebah – projektu Pamela. Pomembne podatke je predstavil tudi K. O'Malley (R. Irska) – gre za študijo 700 starejših normotenzivnih bančnih uslužbencev.

Razen samih predavanj, ki so se omejila na že precej obravnavane teme na tem področju, so bile najbolj zanimive razprave k posameznim predavanjem, ki nakazujejo razvoj te preiskave v prihodnosti.

Kako oddaljeni smo od razvite medicine,

da slutiti razprava po prispevku B. Waebera (Švica) *O oceni antihipertenzivne terapije – razlike med ambulantno izmerjenim krvnim tlakom in med NMKT*. V razpravi je dejal, da ima kar 1000 do 1200 švicarskih splošnih zdravnikov že svoje monitorje za NMKT (verjetno zaradi davčnih olajšav). Klinike tako skrbijo le še za načrtovanje študij in obdelavo podatkov, medtem ko preiskovance vključujejo in spremljajo zdravniki splošne prakse. V Sloveniji imajo posamezne monitorje le redke klinike – še redkeje dopuščajo, da je preiskava neokrnjena – da preiskovanec z monitorjem zapusti varno bolnišnično okolje.

B. Waeber je tudi potožil, da ne morejo prisiliti svojih zdravnikov, da bi opustili razvado merjenja krvnega tlaka z zaokroževanjem na 5 mm Hg – natančnost preiskave je po smernicah namreč 2 mm Hg – s tem pa se zmanjšuje tudi učinkovitost padca krvnega tlaka. L. Lindholm (Švedska) je odgovoril, da so v njegovi državi ta problem že rešili brez večjih naporov, z dodatnim izobraževanjem velike večine zdravnikov.

Vso dvorano in kasneje predavatelje je precej iztiril J. Conway (Združeno kraljestvo), ki se zadnje čase vse bolj ukvarja s statističnimi pogledi na hipertenzijske raziskave. Ugotavljal je, da je velika večina dosedanjih študij o učinkovitosti antihipertenzivne terapije neustreznih. Kot primer je navedel študijo z diuretikom, kjer je bil začetni odmerek zdravila nekajkrat previsok. Namesto da bi odmerek zdravila tudi zniževali pri tistih, kjer je bilo zdravljenje učinko-

NMKT – neinvazivno merjenje krvnega tlaka v 24 urah.

vito, so ga le zviševali pri onih, kjer ni bilo odgovora. Porazni so podatki, da je že pri dajanju placeba v nekaterih študijah opaziti kar 50% tistih, ki nanj odgovorijo z normalizacijo krvnega tlaka. Dodaten zaplet je 30–40% tistih, ki pri ambulantnih meritvah dajejo vtis dobre učinkovitosti terapije, pri NMKT pa ni videti nobenega znižanja krvnega tlaka – to je tudi skupina preiskovancev, ki se najpogosteje pritožuje zaradi stranskih učinkov zdravil. Zato bi moral s statistične plati vsak bolnik izmenjati vsako zdravilo, oz. vse različne odmerke učinkovine, ki so za študijo predvideni. Tak protokol je tudi statistično lažji in primernejši za obdelavo. Za statistični dokaz učinkovitosti zdravila običajno zadoščajo že skupine približno 20 bolnikov, pri vsaki preiskavi pa je potrebnih vsaj dvajset brezhibnih meritev. Takih študij v literaturi še ni veliko.

Da na raziskovalce poleg statističnih ovir prežijo še druge nevarnosti, ni treba posebej poudarjati. Zelo *neuzanesljivi* so npr. preiskovanci sami (J. Conway, Združeno kraljestvo). Pri bolnikih, ki so si merili krvni tlak s polavtomatsko napravo doma, je opazil, da je velika večina meritev izmerjenih v kratkem času pred ponovno kontrolo pri zdravniku. Zato sedaj uporabljajo le polavtomatske naprave, ki ne prikazujejo krvnega tlaka preiskovancu (če je potrebno, tudi uničijo zaslon) in ki beležijo podatke vseh meritev s časom meritev v pomnilniku.

Velike napake nastajajo zaradi različne lege telesa. Najbolje je, da preiskovanec med vsako meritvijo sedi s podprto roko, ali da vsaj stoji in miruje. Meritve med gibanjem (hojo) so zelo nezanesljive. Dodaten tehnični zaplet je spanje, kjer lahko zaradi različne lege roke z manjšo pride do velikih odstopanj izmerjenega od dejanskega krvnega tlaka (do 30 mm Hg). Nekoliko radikalno se da temu izogniti z dvema pritrdjenima monitorjema, z enim na vsakem nadlaktu. Nekateri centri zato krvnega tlaka med spanjem ne vključujejo v statistične analize (L. Lindholm, Švedska).

Zelo zanimiv je bil opis prilagajanja pravilom ameriške *Food and Drug Administration*, ki zahteva pri registraciji tudi dokaze o trajanju učinkovanja terapije. Zato se že pojavljajo protokoli, kjer je v prvih urah po jemanju zdravila pogostnost meritev nesorazmerno visoka glede na preostala obdobja dneva – tudi do deset meritev na uro. S primerno statistično obdelavo se da izračunati iz teh podatkov trajanje do največjega učinka zdravila in trajanje antihipertenzivnega učinka. Seveda mora biti vsaka študija popolnoma prilagojena posameznemu zdravilu (J. Conway).

Pomemben prispevek, ki se sicer ni omejeval na NMKT, je predstavil G. Mancina (Italija) v imenu odsotnega S. Juliusa, ki je v široki epidemiološki študiji ugotovil, da je pojavnost hipertenzije bele halje v populaciji 5% (op. avt. pri bolnikih z blago arterijsko hipertenzijo 20% in več). Pri tej podskupini

je kljub normalnemu krvnemu tlaku tveganje za kasnejši razvoj hipertenzije večje, ugotavljajo pa tudi nekatere metabolične motnje, značilne za hipertenzivne bolnike. Zato ti preiskovanci potrebujejo natančnejše spremljanje in zgodnje nefarmakološke ukrepe za zmanjšanje dejavnikov tveganja.

Videti je, da se v deželah z bistveno večjim denarnim fondom za zdravstvo kot pri nas NMKT nezadržno širi v vse pore hipertenzije – diagnostiko, spremljanje učinkovitosti terapije in raziskovalno delo. Kljub še mnogim pomanjkljivostim, le deloma stan-

dardiziranim protokolom, nejasnim kriterijem za mejo med hipertenzijo in normotenzijo ter visoki ceni je preiskava preveč privlačna, da je ne bi na veliko uporabljali – če ne zaradi drugih, pa iz statističnih razlogov. Na sestanku (s)m)o se vsi strinjali, da resne študije učinkovitosti antihipertenzivnega zdravila brez uporabe NMKT ni več. V našem prostoru žal to sodobno stališče zaradi sedanje obubožane zdravstvene politike spominja na znanstveno fantastiko.

Dr. Primož Dolenc

SEDEMDESETO LETNO SREČANJE NEMŠKEGA ZDRUŽENJA ZA PRAVNO MEDICINO

10.–14. september 1991 in

MEDNARODNI SIMPOZIJ O MNOŽIČNIH KATASTROFAH

13.–14. september 1991 v Lausanni

Jubilejno 70. srečanje pravnih medicincev Nemčije (70. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin) je pozdravil organizator srečanja in predstojnik inštituta za sodno medicino v Lausanni Hans-Rudolf Gujer s poudarkom na 700-letnici obstoja švicarske konfederacije in 100-letnico obstoja Univerze, ki je nastala iz teološke akademije, ustanovljene v daljnem letu 1573. Danes ima univerza sedem fakultet.

Predstavniki vlade je poudaril, da je 100 hišnih zdravnikov – v zadnjih nekaj letih razvilo poseben program za zdravljenje boleznih odvisnosti; da pri transplantaciji še ni izrečena zadnja beseda. Rektor pa se je posebej zavzel za nadaljnji razvoj patologije na arheološkem področju.

Prodekan medicinske fakultete je poudaril, da razvoj znanosti bistveno vpliva na teorijo in prakso vseh medicinskih področij. Predsednik združenja prof. dr. G. Schewe je svečano odprl srečanje.

J. Starobinski iz Ženeve je v svečanem referatu prikazal pojem reakcije v moderni psihiatriji in podal zelo razširjeni in primerjalni vpogled v razhajanja, ki tudi danes razdvajajo zdravnike različnih dejavnosti (prikazal je zgodovino filozofske misli o reakciji).

Srečanje na kongresu je pomenilo skupno 127 prispevkov in 50 posterjev. Vsebinsko pa je bila razdeljena v tale poglavja: Iatrogene poškodbe II, Patologija in travmatologija I–II, Identifikacija in kriminalistika, Alkohol, DNA, Analitična toksikologija, Droge – AIDS, Sledovi – serologija, Nenadna – naravna smrt, Tanatologija, SIDS.

Simpozij o množičnih katastrofah (Internationales Symposium über Massenkatastrophen) pa je obravnaval tale poglavja: Letalske nesreče, Druge letalske nesreče, Oskrba svojcev katastrofih žrtev, Ladijske

nesreče, Organizacija pri katastrofah, Odontostomatologija in identifikacija, Druge množične katastrofe, Prosti referati. Skupno je bilo 48 prispevkov in 6 posterjev.

Navzlic dvema prireditvama (slušaateljstvo se je sproti menjavalo) pa je bilo po približni oceni nekaj deset obiskovalcev manj kot običajno (300 in več – letos 200–250). Manjkali so sodni medicinci iz bivše DDR, pa tudi inozemstvo je bilo slabše zastopano (Češkoslovaška, Madžarska). Iz Slovenije (iz Jugoslavije ni bilo nikogar) so se srečanja udeležili: J. Balazic, A. Dolenc, J. Lovšin in J. Milčinski, z referatom: *Prikaz katastrofne službe Inštituta za sodno medicino v Ljubljani* (J. Balazic, J. Lovšin), *Večstranske naloge sodnega medicince na prizorišču smrti* (J. Milčinski).

Organizacija posebnega simpozija ob kongresu Združenja (podobno kot lani v Kölnu) kaže na to, da se ta srečanja postopno *specializirajo*, tako da se poleg *splošnega* uveljavlja tudi *specializirano*, tj. ožje usmerjeno, kar dokazuje razdvajanje izbojazni predsedstva, da ne bi prišlo do *klasične* sodne medicine po partikularnih združenjih in manifestacijah (promet, toksikologija z vsemi podvrstami, kot so alkohol, droge; samomor, forenzična psihiatrija in patologija idr.).

Lahko rečemo, da je na letnih srečanjih Združenja za pravno medicino Nemčije mogoče dobiti vpogled v dogajanja in dejavnosti ne samo nemških, ampak tudi evropskih inštitutov za sodno (pravno) medicino.

Naslednje srečanje združenja v letu 1992 bo v Berlinu, temu pa bo sledil Düsseldorf kot 72-letnica ustanovitve te strokovne asociacije.

Anton Dolenc

PET ODVISNIKOV OD PSIHOTROPNIH SNOVI**FIVE PERSONS DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

Janko KOSTNAPFEL

Center za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti, Univerzitetna psihiatrična klinika, Univerzitetni klinični center, Njegoševa 4, 61105 Ljubljana

Prispelo 1992-01-13

Sprejeto 1992-02-11

Zdrav Vestn 1992; 61: 151-3

KLJUČNE BESEDE: droge; zloraba; odvisnost; abstinencijski sindrom; družina**KEY WORDS:** drugs; abuse; dependence; withdrawal State; family

IZVLEČEK – Avtor prikazuje podobe petih odbranih mladostnikov, ki so se leta 1991 javili v Center za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani. Navajali so vsakršne motnje in težave v zvezi z njihovo odvisnostjo od psihotropnih snovi, predvsem kanabinoidov. Vsi so začeli uporabljati droge med 14. in 17. letom svoje starosti. Štirje od njih izvirajo iz družin razvezanih staršev, kar je pomembno opozorilo.

ABSTRACT – In this paper are presented the pictures of five selected adolescents who were in 1991 referred to Psychiatric Outpatient Center of University Psychiatric Clinic in Ljubljana. They claimed to have all sorts of disorders as a consequence of their dependence on psychoactive substances, mostly cannabinoids. They all have started to use drugs between 14 and 17 years of age. Four of them originate from families with divorced parents, which is an important.

Uvod

V članku prikazujemo podobe treh mladostnikov in dveh mladostnic (rojeni v letih 1968–1971), ki so prišli v letu 1991 v Center za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti (CIPD) Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani (UPK). Vsi so odvisni od različnih psihotropnih snovi, zvečine kanabinoidov (marihuana). Ti bolniki predstavljajo le del tistih, ki so prihajali v imenovani psihiatrični dispanzer oziroma so se zdravili v naši psihiatrični bolnišnici in le neznaten delček vseh odvisnikov od psihoaktivnih snovi, med katere sodi po Mednarodni klasifikaciji bolezni (ICD-10) (1) tudi alkohol. Mogoče pa bo ta skromni prikaz poučen za zdravnike, še zlasti glede na poudarek pomembnosti družine in kvarnosti njene razdrobitve.

Odvisniki*Prvi bolnik B. B. S., roj. 1971. Mat. št.: 99841***Heteroanamneza**

Trinajstega 3. 1991 je prišla bolnikova stara mama in poročala o vnuku po njenem sinu s prvim možem, ki je že umrl, a je bila z njim razvezana. Ta mož je bil pijanec. Sin je očeta težko prenašal, ni bil urejen in je delal tudi prekrške. Kasneje se je poročil in tudi ločil, njen vnuk živi pri svoji materi. Tudi tam ni v redu. Mati se je spet poročila in ponovno ločila ter pije. Vnukov ločeni očim pa je kar razumevajoč in bolnik dela v njegovi privatni trgovini ter je menda kar uspešen. Srednje šole pa še ni končal. Pogosto pride k njej na kosilo. Potem se po navadi uleže in je kar nekaj len. Z glasbo se ukvarja, malo s športom, posebnih interesov ne kaže. Imel je dekle, ki ga je pustilo. Je čeden fant. Sem prihaja zato, ker je slišala, da je vnuk prevažal neka mamila v svojem avtu z neznanimi osebami in našla ga je policija. Boji se, da jemlje mamila, ker se je že izrazil, da je včasih že kakšno travo pokadil. Sicer je videti kar urejen fant. Tudi je pripravljen priti k psihiatru na pogovor.

Avtoanamneza

20. 3. 1991 je prišel bolnik v psihiatrični dispanzer in povedal, da ga je pred 14 dnevi ustavila na cesti policija in v njegovem avtu odkrila 50 gramov kokaina v prahu v treh vrečkah. To je vrednost 12.000 DEM. Bil je skupaj z dvema prijateljskima in še s težkim narkomanom, ki naj bi organiziral zvezo. Sam je za to vedel in je vozil svojo katro. Policija ga je na cesti zaustavila, s psom so preiskali avto ter našli kokain. Potem je bil 24 ur v priporu. Policija ga je prijavila zaradi prometa z mamili in zaradi prevoza mamil. Lahko bi dobil za to dejanje eno do treh let zapora. Ker doslej še ni imel opravka s policijo, bo verjetno kaznovan samo pogojno.

Kokain se vdihava v prahu, to se imenuje »snifati«. Tudi sam je že to poskusil, vendar posebnega učinka ni doživel. Halucinacij ni imel. Kadil pa je veliko marihuane. S kajenjem te trave postaneš zelo komunikativen in sproščen s tistim, s katerim jo skupaj kadiš. Veliko se smejiš in se sprostiš. Prej je vsak dan to travo kadil. Zadnje čase pa ugotavlja, da za to nima prave potrebe. Pri delu ne moreš biti »zakajen«, ne počutiš se dobro. Marihuano je začel kaditi v srednji šoli pred tremi leti, ko je imel 16 let. Zadnjih 16 dni ni kadil nič, prej pa tudi po več cigaret na dan. Nekateri pokadijo na dan tudi od 5 do 10 cigaret, drugi pa samo v izrednih okoliščinah. Deset gramov marihuane stane 50 DEM in iz tega pride kakšnih 20 do 25 cigaret. Ena cigareta stane 2 DEM. Sedaj nima namena, da bi marihuano kupoval, prej pa jo je. Na kakšni zabavi pa bi še pokadil cigareto.

Njegov oče se je ločil, ko je imel fant komaj tri leta. Potem je ostal pri mami, ki se je kasneje spet poročila in ponovno ločila. Ima gostinski lokal. Pred sedanjim dogodkom s prevozom mamil se je z avtom zaletel. Z očimom, z drugim ločenim maminim možem, se je že tudi skregal. Sicer pa dela v njegovi privatni živilski trgovini. Očim šepa in to hoče s samopotrjevanjem kompenzirati. Tako je pri denarnih zadevah zelo aktiven, pri pogostem menjavanju avtomobilov in tudi lepih žensk. Vendar v denarju ni sreče. S staro mamo se dobro razume in k njej prihaja na kosilo. Pri 14 letih je imel hudo nesrečo z mopedom, vendar v nezavesti ni bil. Ukvarjal se je s športom, bil je nogometni vratar. Sedaj igra tenis in se namerava ukvarjati s »fitnisom«, z jačanjem mišičevja. Končal je dva letnika srednje trgovske šole in namerava to šolo v kratkem končati. Ko je šel zadnjič mimo neke osnovne šole, je zavohal marihuano. Marihuana ima poseben značilen vonj.

Objektivno

Bolnik je osebnostno urejen, primerno komunikativen, vljuden, v splošnem kar razgiban in odprt, nič ne skriva. Telesno je primerno raščen in prehranjen.

Diagnoza

Odvisnost od kanabinoidov – marihuana. ICD-10 (1); F 12 (ICD-10) (1); F 14 – kokain.

CIPD – Center za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti; UPK – Univerzitetna psihiatrična klinika; ICD-10 – Mednarodna klasifikacija bolezni; CMZ – Center za mentalno zdravje; PHP – Oddelek za psihiatrično hitro pomoč

Drugi bolnik D. P., roj. 1970. Mat. št.: 100082

Avtoanamneza

Dvajsetega 4. 1991 je prišel bolnik v naš dispanzer in povedal, da so ga iz drugega mesta napotili v Ljubljano v Center za mentalno zdravje (CMZ). Tam pa ni videl bolnikov, ker so bili na dopustu, in tudi zdravnika ni našel. Rekli so mu, naj gre kar v CIPD. Deset dni že ni jemal heroína, jemlje pa Trodon, eno kapsulo zjutraj in eno kapsulo zvečer po 50 mg. Sedaj spet potrebuje to zdravilo, da bi prestal abstinenco krizo, v kateri je, ko ne jemlje heroína. Ta kriza bo trajala še nekaj dni. Od prej ve, da traja 15 dni. Najprej je tri dni fizična, ko ga zebe in ne more spati, potem pa mu je 14 dni dolčas, ko mu čas počasi teče, čuti se osamljenega in je lahko depresiven. V CMZ ne bi šel, ker ni za bolnišnico in hoče biti doma. Lani je bil dva tedna v CMZ v Ljubljani.

Oče in mati sta ločena. Sedaj živi pri mami, ki je zaposlena kot programerka. Mati je druge rase, oče Slovenec. V otroštvu je bilo še kar v redu. Bil je že tepen, vendar je to zaslužil. Sedaj opravlja 2. razred gimnazije privatno z izpiti. Šolo je zanemaril, droga mu jo je požrla. Pri 15 letih je začel jemati konopljo, lani poleti pa je začel s heroinom. Skupaj je uporabil najmanj 300 odmerkov, verjetno pa 500. Lani jeseni je tudi napravil premor in je doživel krizo. Za novo leto je spet vzel heroin in od takrat ga je jemal vse do pred 10 dnevi. Ob heroinu se dobro počuti, je sproščen, vseeno mu je, kaj se dogaja, ni pomembno, kje je, z vsakim se lahko pogovarja, s svojim psom se lepo razume in tudi z mamo ter s kolegi.

Heroin je jemal tako, da je prah vsul na žlico, dodal nekaj kapljic citrone in tekočino. V žlico je položil še vatko. Potem je žlico z vžigalnikom segrel, da se je vse stopilo. Z brizgalko je vsrkal tekočino skozi vatko in jo tako filtriral, da ne bi prišli kakšni delčki v šprico. Potem si je tekočino vbrizgal v žilo.

Objektivno

Bolnik do svojega bolezenskega stanja ni zadosti kritičen. Hospitalizacija odločno odklanja. Vztrajno zahteva recept za Trodon. Ko ga ne dobi, hoče napotnico nazaj, da se bo seveda obrnil k drugemu zdravniku. Zatrjuje, da bo s pomočjo Trodona čez nekaj dni premagal svojo krizo in bo vse v redu.

Heteroanamneza

Dne 4. 11. 1991 je bolnik spet prišel v naš dispanzer z očetom in vpričo njega povedal, da je začel s 14 leti uporabljati konopljo, zadnji dve leti pa jemlje heroin. Sedaj ga nekaj mesecev ni jemal in kupuje Metadon. Kadar jemlje Metadon, je normalen. Da lahko to zdravilo kupi, potrebuje denar in ga doma ukrade. Pravkar je prodal glasbeni stolp. Sedaj živi pri očetu tri leta, prej je bil pri materi. Mati živi s hčerko. Sin išče okrog Metadon in poje štiri tablete dnevno. Ena tableta stane 5 DEM. Zadnji čas pa jemlje Apaurin po 10 mg. Na dan mora zaužiti vsaj 4 tablete. Če vzame samo 10 mg Apaurina, je premalo. Ena tableta Apaurina po 10 mg stane na črnem trgu 20 do 30 SLT. Heroína sedaj ne jemlje že štiri mesece in pol. Oče je pripeljal sina v dispanzer zato, ker je z njim zelo hudo, razburljiv postane, če nima Apaurina. Zato prosi zanj Apaurin, ker je z njim vsaj za silo znosen, sicer pa ne.

Bolnik je ob tem drugem obisku povedal:

Zaužiti mora 5×10 mg Apaurina na dan, da za silo shaja. V bolnišnico noče oditi, ker je tam že bil in so ga omamljali z različnimi zdravili, da še brati ni mogel. Potrebuje normalno življenje in gimnastiko, pa bo počasi ozdravel.

Ker nismo pripravljeni pisati vsakršnih receptov, je bolnik postal v ordinaciji aroganten. Zdravila jemlje seveda nekontrolirano, lahko jih vzame tudi ob heroinu ali jih prodaja. Izvedeli smo, da pred prvim prihodom v naš dispanzer sploh ni bil v Centru za mentalno zdravje, kot je povedal. Bolnik je že osebnostno načet in prizadet, tudi etično.

Diagnoza

Odvsnost od opiatov – heroin. ICD-10 (1); F 11 (ICD-10) (1); F 13 – sedativi ali hipnotiki: Heptanon (metadon) – sintetski narkoanalgetik, Trodon (tramadol) – neopiatski narkoanalgetik, Apaurin (diazepam) – psihosedativ.

Tretja bolnica P. Z., roj. 1968. Mat. št.: 84444

Avtoanamneza

Dne 15. 5. 1991 je prišla bolnica s svojim znancem in povedala, da je živčna in po telesu jo žgečka. Tudi ne spi. Premetava jo, ne more biti pri miru. Živi pri mami, ki je upokojena. Tam je tudi njena sestra. Sedaj je doma pol leta, pred tem je bila eno leto in osem mesecev v Španiji. Njen oče je umrl pri 57 letih, bil je kontrolor letenja. Umrl je pred nekaj meseci, ne ve točno, kdaj. Umrl je potem, ko se je vrnila pred pol leta iz Španije. Pravzaprav je oče umrl že pred njenim odhodom v Španijo, dolgo je že tega,

ko je umrl. V Španijo je šla pred dvema letoma. Oče je umrl pred dvema letoma in pol. Spominske luknje ima in kar ne ve, kdaj je oče umrl. V Španiji je delala kot manekenka, kot fotomodel. Napravila je samo osem razredov osnovne šole. Živčna je. Včasih kaj popije, vendar ne preveč. Včasih kadi marihuano. Sedaj vzame kakšen Apaurin in ta jo pomiri. Njen oče je bil poročen trikrat in ima po njem dva polbrata, iz maminega drugega zakona pa še polsestro, ki živi pri mami. Starejša sestra je že od doma in poročena. Doma se še kar razumejo.

Včasih ima kakšno delo kot fotomodel in kaj zasluži. Vendar bi rada odpovala, ker za ta posel tukaj ni pravih priložnosti. Šla bo nazaj v Španijo ali v ZDA. Špansko in angleško še kar zna. V Španiji je dobro komunicirala, bolje s tujci kot z domačini. Živela je v Barceloni in tudi tam je imela negotovo situacijo. Petnajstkrat je zamenjala stanovanje. V Ljubljani pa ne vidi perspektive. Ljubljana depresivno vpliva nanjo. Vsi njeni prijatelji so zadrogirani. V šestih mesecih, odkar je tukaj, je pet njenih prijateljev umrlo. Včeraj so enega pokopali, star je bil 24 let, umrl je zaradi heroína. Najbrž je dobil preveč čist heroína in je zato umrl. Bil je »džanki« (»junkieji« – uživalci opiatov), z iglo se je zabadal. Tega je veliko tukaj. Pri kakšnem pisarniškem delu ne bi zdržala. Je bolj antisocialna. S prostitutico pa se ni ukvarjala. Bila je fotomodel za revije, za reklamne obleke in kopalk. Vendar to ni zanesljiv posel. Prijatelje ima. Iz Španije se je vrnila s svojim prijateljem, ki je fotograf. Z njim se sicer precej prepirata. Kadi neredno.

Objektivno

Bolnica je med pregledom primerno komunikativna, vljudna in iskrena. Pred vstopom v ordinacijo pa je na hodniku kazala precejšnjo nestrpnost in je hotela kar takoj dobiti zdravilo, in to bi ji zadostovalo. Želela je recept za Apaurin. Sicer toži zaradi splošne živčnosti in notranjega nemira. Sama pravi, da je antisocialna in poudari, da se ne bi mogla vključiti v redni delovni proces.

Dva dvajsetega 8. 1984 je bolnica P. Z. že bila psihiatrično konziliarno pregledana, ko je ležala v Centru za zastrupitve UKC z diagnozo: Intoxicatio cum Moditen.

Takrat je njena mati povedala med drugim tudi tole: Kaka tri leta imajo z njo precejšnje težave. V šoli je začela popuščati in izostajati od pouka. Njen razred je v vedenju najslabši na šoli. Od 5. razreda naprej je postal razred zelo trdno povezana klapa in profesorji so kar roke dvignili od njih. Razred je kot celota imel zelo slab uspeh. Hčerka tudi popravnega izpita iz kemije ni opravila, čeprav je sama kemijski tehnik in ji je pomagala. Potem jo je vpisala na Delavsko univerzo, da bi napravila vse tri izpite. Vendar je sedaj storila to neumnost in zaužila tablete. Mati dopušča možnost, da je jemala kakšne tablete ali mamila, ker se pač giblje v slabi družini. Sama ji ne pride več do živega. Če lepo ravna z njo, je sploh neče poslušati, zgrda pa tudi nič ne doseže. Z očetom je v zadnjem času prekinila stike, češ da ji samo pridiga.

Bolnica sama je med tem njenim prvim psihiatričnim pregledom povedala takole: V 8. razredu ima tri popravne izpite. Pri kemiji je padla, danes in jutri pa bi morala delati matematiko. Imela je inštruktorico, vendar že nekaj časa z njo ni delala in je vse pozabila. Vsega je imela že čez glavo, bila je razočarana in je zaužila 40 tablet Moditena po 2,5 mg. Sama ne ve, ali je hotela umreti, ali je hotela ljudi okrog sebe prestrašiti. Po tabletah jo je začelo močno zvijati, nič ni videla in odpeljali so jo v bolnišnico. Sedaj ji je že kar malo žal, da so jo odpeljali v bolnišnico. Že pred dvema letoma je storila nekaj podobnega, ko je zaužila 15 tablet Tavorja. V zadnjem času sploh jemlje tablete, večinoma Apaurin in Artane. Tablete dobi od neke znanke, ki je povsem zapita in se je zdravila v psihiatrični bolnišnici v Polju ter ji zdravniki predpisujejo zdravila. Šole ni izdelala zaradi tega, ker je začela izostajati in je bila v sporu s tremi profesoricami. Ima svojo družbo, s katero hodi okrog. Starša sta ločena, a oba ponovno poročena. Ima brata ter polbrata in polsestro. Z očetom ima stike, z mamo se dobro razume. S spolnimi odnosi je začela pri 14 letih. Letos aprila je imela splav. Fanta ima in nima. Šla bi v CMZ in ve, da je tam oddelek za mladostnike.

Pri bolnici je šlo torej za ponovni poskus samomora.

29. 3. 1985 so njeni prijatelji pripeljali 16-letno učenko na oddelek za splošno medicinsko pomoč v UKC, ker se je opila in ob tem zaužila Apaurine. Na oddelku je odklonila izpiranje želodca, grizla je in praskala okrog sebe, v vedenju je bila brez primerne distance, izzivala je ter se postavljala v izzivalne erotične poze.

Bolnico so še istega dne sprejeli na Univerzitetno psihiatrično kliniko Ljubljana-Polje. Bila je še opita, neprimerne vedenja, izzivalna in arogantna. Povedala je, da je kadila travo in da si je že tudi alkohol vbrizgavala v žilo.

Po tem sprejemu v bolnišnico se je oglasila njena mati in povedala, da imajo z njo velike težave. Večkrat je prišla domov vinjena ali je jedla tablete. Ljubosumna je na obe sestre ter na njenega drugega moža. Trije izpiti ji manjkajo, da bi dokončala osnovno šolo. Kot otrok je bila pa pridna. Stara pet ali šest let je padla na glavo z višine treh metrov na betonsko škarko in je

imela počeno lobanjo. Spreminjati se je začela s puberteto, ko je postala zelo muhasta. Po porodu tretje hčerke je bila bolnica ljubezniva in je mami pomagala pri otroku. Njen razred je slab. O njeni družbi ne ve dosti, vendar ima verjetno neprimerno družbo. Težko se loti dela. Tudi po več dni je ni domov. Ko je bila lani poleti v Centru za mentalno zdravje, je pred sprejemom na oddelek za psihiatrično hitro pomoč (PHP) zaužila več tablet Moditena, ki jih je dobila od neke bolnice in potem se je začela tresti.

Tridesetega 3. 1985 so v bolnišnici opravili psihološki pregled in v testih niso našli sumljivih znakov za psihozo in tudi ne zanesljivih indikatorjev globlje osebnostne motenosti. Vedenjske motnje so bile verjetno odraz identitetne krize. EEG pa je bolnica na kliniki odklonila.

Prvega 4. 1985 so bolnico odpustili in na reverz jo je prevzela njena mati. Odpustna diagnoza klinike je bila: Kombinirani akutni opoj z alkoholom in tabletami – 305.9 (2).

Diagnoza

Ovisnost od kanabinoidov – marihuana. ICD-10 (1); F 12 (ICD-10) (1); F 10 – alkohol, F 13 – sedativa ali hipnotika: Apaurin (diazepam) – psihosedativ, Tavor (lorazepam) – benzodiazepinski psihostabilizator.

Četrta bolnik D. Š., roj. 1971. Mat. št.: 100518

Heteroanamneza

Dne 25. 7. 1991 je prišel bolnik prvič v naš dispanzer v spremstvu očeta. Oče je vpričo sina povedal, da je pri sinu opazil spremenjeno obnašanje in sta to ugotovila oba z ženo. Tudi sta videla, da ima pri sebi travo. Sin je priznal, da kadi travo. Obljubil je, da bo s tem prenehal. Z ženo se bojata, da je to začetek hude razvade in zato je pripeljal sina sem na pogovor. Fant pa pravi, da to ni nič posebnega.

Avtoanamneza

Bolnik je povedal, da je končal srednjo elektrotehniško šolo in opravil osem mesecev pripravniškega staža. Jeseni se namerava vpisati na elektroafakulteto v Ljubljani in sedaj čaka na sprejemni izpit. Marihuano je začel kaditi pred tremi leti in tedensko pokadi eno do tri cigarete v družbi. Ob tem kajenju se počuti bolj zadovoljnega, včasih pa se zgodi tudi obratno. Tak občutek zadovoljstva traja kakšni dve uri. Marihuano je kupoval, ena cigareta pride na 30 SLT. To je domača marihuana. Drugih mamil pa ni poizkusil.

Objektivno

Bolnik je osebnostno urejen. Takoj je povedal, da je sem prišel zaradi očeta, na njegovo željo, sam pa da nima nobenih problemov. Ni mu prav, da bi bil v naši ustanovi evidentiran. V pogovoru je kar kratek in očitno ni zadovoljen, da ga je oče pripeljal sem. Do svojega zauživanja marihuane ni zadosti kritičen.

Diagnoza

Ovisnost od kanabinoidov – marihuana. ICD-10 (1); F 12.

Peta bolnica S. Š., roj. 1970. Mat. št.: 100805

Heteroanamneza

Dne 27. 9. 1991 je bolnica povedala, da ima hude napade. Danes ponoči ji je začelo srce močno razbijati in na trenutke je bila omotična, potem je dobila diarejo in mrzlico. Zelo se je tresla. Imela je mravljince po obrazu in celem telesu. Tudi krči so se pojavljali. Panika jo je zagrabila in je mislila, da bo umrla. Peljali so jo k zdravniku, ki ji je dal Apaurin in glukozo. Nekaj kasneje se je tak napad ponovil. Sicer pa se ji je to zgodilo prvič. Tudi sedaj

jo boli srce. En teden pred opisanim napadom je srce čutila, ker je pila preveč kave. Že takrat je imela mravljince in krče po telesu ter je težko dihala. Pokadi 40 cigaret na dan. V družbi popije alkohol. Občasno vzame marihuano in hašiš. Poskusila je tudi LSD in kokain. Po marihuani je apatična, nič se ji ne ljubi. Meni, da zaradi marihuane ni potrebno zdravljenje.

Njen oče je strojni tehnik in živi v Afriki. Pri njenih treh letih sta se starša že ponovno ločila. Potem je živila pri svoji mami. Mati je ekonomski tehnik v pokoju. Ima še starejšega brata. Prebolela je angine in rdečke. Enkrat so ji ravnali zlomljeni nos. Na ušesih so ji napravili plastično operacijo.

Druga 10. 1991 je bolnica prišla na kontrolni pregled in povedala, da se slabo počuti. Vendar ne misli, da je živčna. Srce jo še boli, mogoče od napadov. Sedaj je nehala kaditi in tudi mamil ne jemlje. Prvič je poskusila marihuano pred petimi leti. Mati je sedaj izvedela za njeno marihuano in misli, da so ti napadi zaradi te droge in je postala vsa panična. Njena družba študira ali dela in je solidna. Pozna pa tudi druge, ki so »luftarji«. Sama včasih že čuti živčnost v sebi. Sicer se pa uči in končuje 4. razred srednje ekonomske šole. Zdravnik ji je predpisal Lexaurin in Apaurin.

Objektivno

Bolnica je bila med obema pregledoma urejena in primerno komunikativna. Pri kontrolnem pregledu je bila že bolj umirjena kot pri prvem. Očitno je odvisna od več toksičnih snovi, posebej od marihuane. Do svoje razvade in zasvojenosti ni zadosti kritična. Ko jo pri kontrolnem pregledu spremlja mati, želi sama in brez nje vstopiti v ordinacijo. Njeni napadi so očitno v zvezi z uporabljanimi toksičnimi substancami, tudi s tobakom.

Diagnoza

Ovisnost od kanabinoidov – marihuana, hašiš. ICD-10 (1); F 12 (ICD-10) (1); F 19 – motnje zaradi uporabe mnogoterih toksičnih snovi: F 10 – alkohol, F 14 – kokain, F 15 – kofein, F 16 – LSD, dietilamid lisergične kisline, F 17 – tobak.

Sklepna misel

Če umre roditelj, je za otroke ta nesreča večkrat manj boleča in posledice bolj kratkotrajne kot izguba živega roditelja zaradi razveze staršev. Razdružena družina je za otroke pogostoma bolj patogena kot tako imenovana neurejena ali slaba družina, tudi zaradi doživljanja delne osamelosti in včasih celo izolacije s strani otrokove okolice. Občutek osamljenosti je huda reč. In mladostniki poskušajo svoje stiske blažiti tudi z drogami, ki se danes vse bolj in bolj ponujajo. Torej droge – opornice, bergle, mavec na njihovo prelomljeno duševnost...

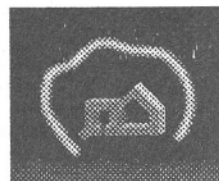
Literatura

1. Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Bern: Hans Huber, Göttingen, Toronto. 1991: 80-92.
2. MKB-9 (Medunarodna klasifikacija bolezni, povreda i uzroka smrti prema devetoj reviziji iz 1975. godine). Niš: Institut za dokumentaciju zaštite na radu, 1987.

PENACTAM®

injekcije im./iv.,

tablete, prašek za pripravo suspenzije



antibiotik širokega spektra, odporen proti delovanju beta laktamaz - rešitev problema bakterijske odpornosti

- ampicilin, zaščiten s sulbaktamom = ampicilin širokega spektra
- odporen proti delovanju beta laktamaz
- razširja antibakterijsko delovanje ampicilina na po Gramu pozitivne bakterije, ki izločajo penicilinazo, na po Gramu negativne in anaerobne bakterije, vključno *Bacteroides fragilis*, in tako povečuje klinično uporabo in učinkovitost ampicilina
- učinkovito preprečuje pooperativne infekcije
- dve oralni obliki zdravila: tablete in suspenzija
- visoko učinkovit v zdravljenju infekcij v vsakdanji praksi: infekcije dihal, sečil, kože in mehkih tkiv, v pediatriji, za nadaljevanje parenteralnega zdravljenja z injekcijami Penactam im./iv.
- penicilinska varnost zdravljenja

Oprema

1 steklenička po 1,5 g

1 steklenička po 750 mg

10 tablet

prašek za pripravo 60 ml suspenzije

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija

Izdelan iz aktivnih učinkovin firme Pfizer.

ZDRAVLJENJE IN REHABILITACIJA OSEB, ODVISNIH OD DROG

THERAPY AND REHABILITATION OF DRUGS ADDICTS

Miloš KOBAL

Univerzitetna psihiatrična klinika, Studenec 38, 61260 Ljubljana-Polje

Prispelo 1992-01-15

Sprejeto 1992-02-18

Zdrav Vestn 1992; 61: 155-7

KLJUČNE BESEDE: odvisnost od drog; zdravljenje; detoksikacija; psihosocioterapija; rehabilitacija

KEY WORDS: drug addiction; therapy; detoxication; psychosocioterapy; rehabilitation

IZVLEČEK – *Izhodišča. Zdravljenje oseb, odvisnih od drog, je na Slovenskem neorganizirano, sporadično in odvisno od koncepta psihiatrične ustanove ali celo posameznika. Zaključki. Priporočeno je, da v bodočem razvoju upoštevamo svetovne izkušnje glede organizacije zdravljenja, detoksikacije, psihoterapije in socioterapije ter rehabilitacije. Psihiatrično zdravljenje je v uspešnosti omejeno. Naglašena pa je povezava stroke s terapevtskimi skupnostmi in drugimi oblikami pomoči zunaj psihiatrije.*

ABSTRACT – *Background. In Slovenia, the therapy of drug addicts is unorganized, sporadic and depends on the concept of psychiatric institution or even on individual. Conclusions. It is advisable that worldwide experiences are taken into account in the organisation of treatment, detoxication, psychotherapy, sociotherapy and rehabilitation. The efficiency of psychiatric treatment is limited. The close connectedness of the profession with therapeutic communities and other forms of help outside psychiatry is stressed.*

Zdravljenje oseb, odvisnih od drog, in dejanske možnosti zanj v slovenskih okoliščinah doživljam kot hudo razočaranje lastnih in širših pričakovanj. Običajno izhaja zdravljenje iz medsebojnega zaupanja med bolnikom in zdravnikom, iz visoke stopnje medsebojnega spoštovanja, iz medsebojnega predajanja, ki ga v naši stroki običajno označujemo kot transfer. Prav takšen zdravilni odnos je pri zdravljenju oseb, odvisnih od drog, izjemno težko vzpostaviti, pri mnogih, če že ne pri večini, pa ga sploh ni. Nadomeščajo ga drugačna pričakovanja teh oseb, ki pa so premnogokrat v popolnem nasprotju z načeli, ki jih goji zdravništvo kot podobo svojega bistva.

Psihiater je sicer zvest splošni podobi zdravnika, jo pa tudi spreminja in dopolnjuje, da bi se lahko približal tistim, katerih bistvena motenost je v neustreznem stiku s svetom in samim seboj. Tudi pri zdravljenju oseb, odvisnih od drog, je psihiatrija razvila mnoge specifičnosti, ki jih je treba uresničevati v strokovnih, organizacijskih, kadrovskih, prostorskih in finančnih posebnostih tega področja. Vse te stvari so v svetu dobro poznane in na Slovenskem si ni treba nikakršne modrosti izmišljati (1, 2).

Vendar smo v organizaciji zdravstva, govorimo predvsem o specifičnem področju zdravljenja oseb, odvisnih od drog, gluhi in slepi za izkušnje po svetu. Od psihiatrije se pričakuje, da se bo samodejno zganila in iztisnila iz sebe še zadnje srage potu za dejavnost, ki presega njene sedanje možnosti. Takšno skrajno napenjanje mišic je psihiatrija v preteklosti že ničlikokrat opravila. Družbena »nagrada« za ta prizadevanja pa je znana. Zato psihiatrija kot stroka in vsi, ki smo v njej, nismo več pripravljeni, da se kar na slepo vržemo v neskončni vrtnec »zdravljenja in rehabilitacije oseb, odvisnih od drog«.

To pa ne pomeni pasivnosti in brezbriznosti. Po naročilu Republiškega kolegija za psihiatrijo smo v letu 1990/1991 izdelali Načela zdravljenja in drugih postopkov pri odvisnosti od drog (3). Vsaka od psihiatričnih enot v Sloveniji je v teh letih zdravila vsaj nekaj oseb te vrste, pri čemer posebej poudarjamo zdravljenje oseb, odvisnih od opiatov. Skoraj ni psihiatra, ki ne bi bil v transfernem odnosu s posameznikom ali manjšo skupino in ji nudi vso razpoložljivo pomoč znanja, izkušenj in zdravilnih postopkov. Vse to pa po organizacijski plati in v naraščajoči epidemiji ne zadostuje.

V Načelih smo predvideli ustanovitev hospitalne enote za 10 oseb, odvisnih od opiatov in drugih zelo adiktivnih drog. Poglejmo predlagano shemo (sl. 1), ki naj – v bodočnosti z vprašajem – zagotovi primernejše zdravljenje in rehabilitacijo na tem področju.

Ob odločitvi za zdravljenje, kot vedno in povsod, določamo njegove indikacije in kontraindikacije. Problem kontraindikacij je na tem področju že v okvirih smiselnosti zdravljenja sploh, če so odporni odvisne osebe prehudi. Zadeva meje zdravnikove moralno-etične odgovornosti. Tudi v poglobljeni analizi ne bi našli vseh odgovorov. Velikokrat ga rešujemo tukaj in zdaj, nikakor ne brez ostanka.

Pri indikacijah je na mestu opozorilo, da z obiskom pri psihiatru zlasti starši, ki pri svojih otrocih posumijo na drogo, neredko prehitujejo. Marsikdaj pa začnemo z zdravljenjem tudi pozno ali celo prepozno. Poučeni, bolj diferencirani, statusno višje stoječi starši, za primer, pričakujejo in zahtevajo za svojega otroka zdravljenje takoj, čeprav so potrebni najprej drugačni postopki. V preprostejših plasteh prebivalstva pa pojavu dolgo ne posvečajo pozornosti, dokler se vanj sorazmerno pozno ne vključi nadzorni aparat družbe.

Indikacije za zdravljenje so nekoliko jasnejše: abstinencijski pojavi in abstinencijske krize; začetni, očitnejši, povsem razviti znaki duševne in/ali telesne odvisnosti od droge; družbeni zapleti, če jih z zdravljenjem lahko omilimo ali celo odpravimo.

Ob začetnem opozorilu, da je »zdravljenje« na tem področju v marsičem drugačno, kot pa za zdravljenje veljajo medicinski standardi, pričakujemo tudi pri indikacijah izjeme in zmede ter povsem nepričakovane obrate. Tako ni samo pri naši neorganiziranosti, marveč tudi v svetu.

Poudarjamo pomen motivacije za zdravljenje. Ta je bistveno drugačna, kot pa je motivacija za zdravje in zdravljenje v običajnih razmerah. V tej posebnosti se moramo znati vsi terapevti. Ker je zavestna in čista motivacija za zdravljenje odvisnosti od drog prava redkost, začnemo tudi z njenimi skromnimi razpoznavami v bolezenskih pritiskih in duševnih in/ali telesnih stiskah, v družbenih ter represivnih zapletih, v odzivu na starševski obup, pa celo v raznovrstnih manipulacijah. V »zdravljenje« vstopajo nekateri zgolj ali

predvsem zaradi zamenjave ene droge z drugo s podobnim učinkom, ki jo zdravniki včasih dajemo v svoji in tuji stiski, pa zaradi zaščite pred represivnim okoljem ali zaradi razširitve narkomanskih povezav, da vseh možnih manipulativnih razlogov ne navajamo.

Terapevt do prizadete osebe, vsaj v prvih srečevanjih, nikoli ne sme biti odklonilen.

V psihiatriji seveda znamo zdraviti osebe s kakršnokoli odvisnostjo. Izkušnje pa govorijo, da je zlasti pri odvisnosti od opiatov in nekaterih hujših drog malo uspešna. Zaradi posebne idejne naravnosti predvsem mladostnikov, ki odklanjajo stik s psihiatrijo kot stroko za »norce«, se je v svetu razmahnilo gibanje terapevtskih skupnosti. Ker jih poznam, priznavam njihovo pomembnejšo uspešnost pri zdravljenju, predvsem pa pri dolgoročni rehabilitaciji oseb, odvisnih od opiatov.

Vendar se zdravljenje in rehabilitacija katerekoli od odvisnosti in v katerikoli že modaliteti prične z detoksikacijo. Čistost možganov je težko dosegljivi cilj vsakogar, ki hoče delovati terapevtsko in rehabilitacijsko.

Najzahtevnejša in zato medicinsko najbolj razdelana je detoksikacija pri odvisnosti od opiatov. Pri drugih drogah je morda manj zapletena, zato pa lahko dolgotrajna in povezana z mnogimi ovirami.

Povedati je treba, da so se psihiatri in psihiatrični oddelki v Sloveniji prilagodili realni situaciji, ki jo ustvarjajo osebe, odvisne od opiatov. Stopnja njihove intoksikacije po večini ne zahteva protisredstev, ki jih že uporabljajo v bolj ogroženih področjih. Nekaterih sodobnih sredstev še nismo uspeli uvesti v prakso, ali pa jih, kot npr. klonidin, uporabljamo le občasno. Uspešno uporabo Naloxona in Naltrexona pa poznamo iz literature. Mnoge osebe, odvisne od opiatov, so nezadovoljne z obstoječim načinom detoksikacije, jo odklanjajo in zahtevajo postopke, o katerih slišijo pri drugih terapevtskih ali pa so v uporabi drugod izven Slovenije.

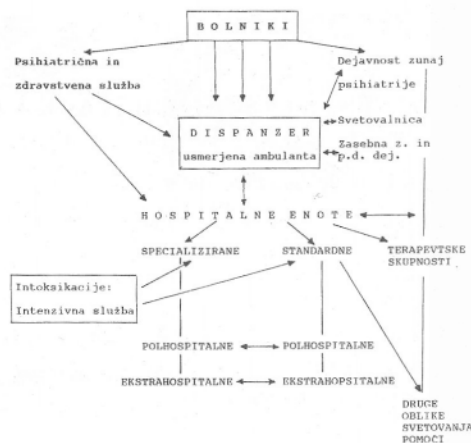
Odločitve terapevtov in oddelkov je treba spoštovati, saj je zdravnik v tem pogledu samostojen, če ravna v skladu z znanjem in etiko. Razrešitev morebitnih nasprotij pa je v (delnem) poenotenju in spoštovanju doktrinarno oblikovanih načel.

Takšno nasprotje obstoja – zaradi strokovne nenačelnosti po mojem mnenju – pri uporabi metadona. Med detoksikacijskimi učinkovinami ni sporen, seveda ko je res potrebno, da se odločimo zanj. Ob organizirani uvedbi klonidina bi moral postati sploh obsoleten. Pri uporabi klonidina je potreben dober nadzor nad krvnim tlakom. Nadzor pa zahteva precej organizacijske logistike, zato se bomo še zatekli k metadonu kot sredstvu z manj zapletmi in opisanimi nevarnostmi.

T. i. metadonski program, ki ga povezujejo tudi s preventivno aids, je ob kavtelah, na katere sta opozorila Dole in Nyswanderjeva (4), namenjen osebam, brezupno odvisnim od opiatov. Ni prepričljivih dokazov, da je takih oseb na Slovenskem veliko. Pač pa je v kriku po metadonu, ki smo mu priča v naši revščini, le zahteva po »drogi siromašnih«. Popuščanje na tem področju večinsko vodi do preplavljanja prizadete populacije z drogo in neustavljivo manipulativno nihanje teh oseb med metadonom in »pravimi« opiatu.

Pri posameznih, skrbno izbranih in dobro vodenih bolnikih, lahko metadon za daljši čas koristno izboljša njihovo socialno in delovno udejstvovanje. Kot odločilni pogoj za tako uporabo v »podaljšani detoksikaciji« pa vidim v zanesljivem in čistem partnerju ter v popolni prekinitvi prizadete osebe z obstoječo narkomansko sceno. Sicer pa tudi namesto take uporabe dajem glas za klonidin ter za psihoterapijo in socioterapijo v terapevtski skupnosti.

Po uspešni detoksikaciji je psihiatrija odprta s svojimi postopki za nadaljnje zdravljenje in celostno rehabilitacijo. Le posamezniki ali manjše skupine se bodo odločile, da se zdravijo v njenem okviru. Mnogi se bodo vrnili na narkomansko sceno. Nekateri, želeli je, da večina, se bodo vključili v terapevtske skupnosti, ko



Sl. 1. Predlagano organizacijska shema obravnave in zdravljenja oseb, odvisnih od adiktivnih drog.

Fig. 1. Organizational scheme of medical treatment of addictive drugs dependent persons.

bodo zaživele tudi na Slovenskem.

Sam bi ostal pri zdravljenju in rehabilitaciji v okviru psihiatrije. Zgolj opozoril bom na znane in manj znane psihoterapevtske in socioterapevtske postopke, kot so individualno zdravljenje, zdravljenje v paru s sodelujočo in za človeka pomembno osebo, na zdravljenje v skupini in na družinsko zdravljenje. Vsi ti postopki so znani in/ali razloženi drugje. Ne razlikujejo se od drugih modalitet psihiatričnega zdravljenja, je pa v njih problem odvisnosti od drog posebej naglašen (3). V terapevtskem procesu ne predvidevamo nadomestil z drugimi psihoaktivnimi snovmi. Seveda nas bolniki obremenijo s sporočilom, da se pogosto zatekajo k alkoholu in se zaradi nizke tolerance tudi opijajo že s skromnejšimi količinami. Mnogi še okrepijo porabo cigaret, čeprav je zgodnje in neustavljivo kajenje spremljevalec drugih odvisnosti. Problemi kajenja, kot tudi mnogi drugi (npr. spolnost in aids), pa nedvomno sodijo v edukativni program psihiatrične ustanove in terapevtskih skupnosti.

Kljub jasnemu stališču do psihoaktivnih snovi in njihove »podpore« pri zdravljenju in rehabilitaciji se jim v nadaljevanju zdravljenja ne moremo izogniti. Največ je nekontroliranih nadomestil s trankvilizanti, anksiolitiki, hipnotiki, zdravili s hipnoanalgetičnim učinkom (kot je v zadnjem obdobju tremadol), pa tudi s snovmi, ki poživljajo (nekateri antiparkinsoniki). Takrat se srečamo kar s pravo politoksikomanijo. Tudi kontrolirano in na indikaciji premišljeno predpisovanje takšnih zdravil je mnogokrat na robu smiselnega vodenja in še dopustne podpore stabilizaciji. Tako terapevti omahujejo med dobrimi nameni in neprijetnimi pritiski vsakdanjega življenja svojih bolnikov in si vedno znova in znova zastavljajo dosegljive cilje, ko so se nekateri prejšnji izgubili v praznini.

Rehabilitacijo po tradiciji delimo v zdravstveno, socialno in profesionalno. Pri zdravljenju oseb, odvisnih od drog, ni težko razbrati njenih posameznih oblik in učinkov. Želimo zdravega človeka s čistimi možgani. Usmerjamo ga v zdravo socialno okolje in ga povezujemo z njim. Tudi sami vstopamo vanj. Psihoterapevtske oblike združujemo z edukativnim programom. S tem pa odpiramo tudi pota k dopolnitvi šolanja ali vključitvi v delo. Rehabilitacijska skupina skupaj z bolnikom izpeljuje posamezna obdobja pri njenem uresničevanju.

Po svetu že z dolgo tradicijo bolnike vključujejo v dolgotrajnejše oblike zdravljenja in rehabilitacije. Pri nas smo še brez teh izkušenj. Navadno povezujemo bolnika ali manjšo skupino ali par za dolgo dobo, včasih desetletje, s terapevtom in njegovimi sodelavci. Zgledi s skupinami oseb, ki so odvisne od alkohola in ki so povezane v take oblike, kot so klubi, za druge odvisnosti niso

neposredno uporabljivi. Podobno kot drugod bo treba spodbujati skupine za samopomoč. Nekateri pa bodo vstopili v trajnejšo zvezo s terapevtsko skupnostjo in njenimi zunanjimi tipalkami. Možna bo povezava s svetovalnico in njenim osebjem, če in ko bo ta dejavnost zaživel.

Zanima nas tudi uspešnost zdravljenja in rehabilitacije. V naših razmerah ni evaluacije, gradimo na izkušnjah in medsebojnih informacijah. Ta podoba pa je realistična: uspehi so sicer skromni, vendar nikakor ne zanemarljivi. Včasih je čas tisti, ki dela za bolnika in za nas. Na longitudinalni življenja so presenečenja. Med temi jih je nekaj prepričljivo prijetnih. Psihijatrija pri svojem zdravljenju ne šteje visokih odstotkov učinkovitosti. Bolj uspešne so terapevtske skupnosti, tudi do 50% dobrih stabilizacij za dobo enega leta (5).

S temi ugotovitvami se lahko vrnemo na začetek, ko sem opozoril na razočaranja. V tem organizacijskem obdobju slovenskega zdravstva bo komaj nekaj zametkov resničnega zdravljenja. Veliko stvari se lepo sliši, v resničnosti pa se boste srečali z ovirami in prazninami, ki vas bodo tudi vznemirjale. Ne usmerjajte jeze na nepravi naslov. Starejši smo ves čas aktivnega strokovnega življenja igrali v medicini vlogo siromašnega sorodnika, kot o tem govori Lev Milčinski: reveži smo bili vendarle pripravi za neka-tera opravila, ki so plemenitim sorodnikom iz družbe in zdravstva

v nadlego (6). Tako je bilo z našo vlogo pri prenekaterem razreševanju takšnih stisk in problemov, o katerih govorimo. Čutiti in videti je, da bo pri mlajših drugače. Ni razlogov, da jim ne bi dali prav. Na potezi so vnaprej tisti, ki imajo kot oblast odločilne možnosti, da sliko zdravljenja in rehabilitacije na področju drog napravijo drugačno od sedanje.

Literatura

1. Jaffe JH. Psychoactive substance abuse disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ eds. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams nad Wilkins, 1989: 642–86.
2. Cerić I. Zavisnost od droga (narkomanija). V: Kecmanović D ur. Psihijatrija. Tom II. Beograd: Medicinska knjiga in Svijetlost, 1990: 1452–99.
3. Načela zdravljenja in drugih postopkov pri odvisnostih od drog. Zdrav Var 1991; 30: 103–16.
4. Cerić I. Apstinencijski sindrom izazvan psihoaktivnim supstancijama. V: Lokar J ur. Klinička psihofarmakoterapija. Beograd: Medicinska knjiga, 1990: 184–4.
5. Di Leon G. The therapeutic community: status and evolution. Int J Addict 1985; 20: 823–44.
6. Milčinski L. Sprema beseda. V: Psihiatrični dnevi 1. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika in Katedra za psihiatrijo MF, 1987: 5–5.



**Nova možnost
za zmanjšanje
izločanja želodčne
kisline**

Ortanol[®]

omeprazol

- pri:
- ☐ hiperacidnosti
 - ☐ refluksnem ezofagitisu
 - ☐ razjedi na dvanajstniku ali želodcu
 - ☐ razdraženju želodčne sluznice, ki jo povzročajo različni dražljaji (alkohol, kava, nikotin ipd.)

Kontraindikacije
niso znane

Stranski učinki

Redkokdaj se pojavi slabost, glavobol, driska, kožni izpuščaji.

 **lek** tovarna farmaceutskih in
kemičnih izdelkov, p. o.
Ljubljana



ORGANIZACIJA ZDRAVLJENJA ODVISNOSTI OD ALKOHOLA V SLOVENIJI

THE ORGANIZATION OF TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENCE IN SLOVENIA

Zdenka ČEBAŠEK-TRAVNIK

Center za zdravljenje alkoholikov, Center za mentalno zdravje, Univerzitetna psihiatrična klinika, Poljanski nasip 58, 61105 Ljubljana

Prispelo 1992-01-15

Sprejeto 1992-02-06

Zdrav Vestn 1992; 61: 159-61

KLJUČNE BESEDE: faze zdravljenja; programi zdravljenja; izobraževanje strokovnjakov; recidiv; preventiva

KEY WORDS: stages of treatment; treatment programs; education of therapists; relapse; prevention

IZVLEČEK – *Izhodišča.* Članek obravnava organizacijo zdravljenja odvisnosti od alkohola v Sloveniji. Program so izdelali člani Delovne skupine za odvisnost od alkohola pri Psihiatričnem kolegiju Slovenije. Program temelji na definiciji sindroma odvisnosti od alkohola in upošteva bolezenski koncept odvisnosti.

Pregled in zaključki. Zdravljenje poteka v treh, med seboj povezanih stopnjah. Prvi dve se izvajata v okviru zdravstva, tretja vključuje skupine samopomoči, socialno službo in prostovoljsko delo. Strokovnjaki, ki izvajajo program zdravljenja, morajo biti ustrezno izobraženi in osebnostno neoporečni. Recidiv se obravnava kot sestavni del bolezni. Preventivno delo potrebuje večjo naklonjenost družbe in ustrežnejše vrednotenje tudi med zdravniki.

ABSTRACT – *Background.* The article describes the organization of the treatment of alcohol dependence in Slovenia. The program has been elaborated by the members of the Work Group for Alcohol Dependence in frames of the Slovene Psychiatric Collegiate Body. The program proceeds from the definition of alcohol syndrome and takes into account the disease concept of dependence.

Review and conclusions. The treatment consists of three interacting phases. The first two are carried out in the frames of health services, the third includes self-helping groups, social services and voluntary work. Professionals carrying out the treatment program should be properly educated and personally mature. Relapse is treated as a part of the disease. Preventive work requires greater social support and a more appropriate evaluation, including the evaluation of the physicians.

Uvod

Dileme o tem, ali odvisnost od alkohola je bolezen ali ni, so po izidu Mednarodne klasifikacije bolezni (ICD 10) (1) bolj ali manj nepotrebne. Mednarodna klasifikacija uvršča odvisnost od alkohola med bolezni. To pa nam nalaga obvezo, da zdravljenje odvisnosti od alkohola organiziramo in izvajamo v okviru zdravstva.

Čeprav smo majhen narod in doslej na področju odvisnosti od alkohola le malo navzoči v svetovni literaturi, smo vendarle pripravili in objavili nekaj temeljnih del s tega področja. Eno takih je knjižica z naslovom »Načela zdravljenja odvisnosti od alkohola« in podnaslovom »Slovenski program zdravljenja odvisnosti od alkohola« (2). Ta drobna knjižica je plod dela članov Delovne skupine za odvisnost od alkohola, ki je del Psihiatričnega kolegija Slovenije. V njej smo želeli predstaviti, kakšno naj bo neoporečno zdravljenje za ljudi, odvisne od alkohola. Sestavili smo program zdravljenja odvisnosti od alkohola v Sloveniji, ki je odraz strokovnih spoznanj na tem področju in seveda dejanskih zmogljivosti in možnosti znotraj zdravstva.

Program zdravljenja odvisnosti od alkohola v Sloveniji

Zdravljenje odvisnosti od alkohola lahko prikažemo shematsko (sl. 1).

Tak shematski prikaz nam omogoča lažje razumevanje organiziranosti zdravstvene službe za področje odvisnosti od alkohola.

Zdravljenje mora vključevati vse tri stopnje, ki so med seboj povezane in prehodne v vse smeri. Podrobneje so te povezave prikazane na sliki 2.

Pripravljalna faza zdravljenja

Prvo, to je pripravljalno fazo zdravljenja, praviloma opravljamo ambulantno. Dogajanje v ambulantni bi lahko opredelili kot *diagnostični postopek, odločitev o obliki zdravljenja in pripravo na zdravljenje*.

To delo je zelo težavno in od zdravnika zahteva stalno strokovno pripravljenost ter takšne osebnostne lastnosti, ki bodo omogočale nadaljnje korektno odnose med bolnikom in njegovim zdravnikom. Zato priporočamo, da pripravo na zdravljenje opravlja alkohololog ali splošni zdravnik z dodatnim znanjem iz področja odvisnosti. Seveda k našemu delu vabimo tudi ostale zdravnike, vendar se po naših, pa tudi tujih (3) izkušnjah le redki odločijo za takšen izziv.

Diagnostični postopek je sestavljen tako, da nam omogoči ugotoviti, ali bolnik izpolnjuje kriterije za postavitev diagnoze sindrom odvisnosti od alkohola. Istočasno ugotavljamo tudi morebitne telesne okvare, ki so posledica uživanja alkohola, ali pa se pri alkoholikih pogosteje pojavljajo (na primer rak, luskavica, kariozno zobovje). Kot pomoč pri diagnostiki nam lahko služijo tudi različni testi oziroma vprašalniki. Enega od njih, to je *Münchenski test alkoholizma* (4), je pripravil Zavod za produktivnost dela. Pravilne diagnoze ni težko postaviti, če pomislimo nanjo.

Teže pa je bolnika pripraviti na zdravljenje in se odločiti za vrsto in obliko zdravljenja. Zdravnikom, ki tega dela niso večji, svetujemo, da bolnika napotijo v alkoholološko ambulantno.

Alkoholološke ambulante so sestavni del psihiatričnih dispanzerjev ali pa delujejo v okviru bolnišničnih oddelkov za zdravljenje

alkoholikov. V njih se razen priprave na zdravljenje lahko izvaja tudi ambulantno, to je *izvenbolnišnično zdravljenje*. Nekatere ambulate izvajajo tudi tretjo fazo zdravljenja in pri njih delujejo klubi zdravljenih alkoholikov.

Splošna zdravstvena služba ima pomembno vlogo v sistemu zdravljenja bolnikov, odvisnih od alkohola, predvsem pri zgodnjem odkrivanju odvisnih od alkohola, motiviranju za zdravljenje, pri organiziranju in vodenju klubov zdravljenih alkoholikov in izobraževanju.

Izvenbolnišnične skupine za zdravljenje odvisnih od alkohola so redni sestavni del druge faze zdravljenja. Delujejo lahko v ambulantah ali na oddelkih za zdravljenje odvisnosti od alkohola. Sestanki skupine so enkrat tedensko. Program zdravljenja traja eno do dve leti. Odločitev za to obliko zdravljenja postavi zdravnik alkohololog, vedno po opravljeni pripravljalni fazi. Izkušnje so pokazale, da se na ta način lahko uspešno zdravijo le po določenih kriterijih izbrani bolniki. Po končanem izvenbolnišničnem zdravljenju se bolniki skupaj s svojci vključijo v eno od skupin za rehabilitacijo. Za uspešno delovanje izvenbolnišničnih skupin moramo zagotoviti ustrezno izobražene in osebno neoporečne strokovnjake ter primerne tehnične pogoje (2).

Druga faza zdravljenja

Druga faza zdravljenja poteka večinoma v bolnišnicah. Na ta način se v Sloveniji zdravi več kot 90% bolnikov, odvisnih od alkohola. Vsaka psihiatrična bolnišnica mora organizirati in imeti specializirani oddelek za zdravljenje odvisnih od alkohola in enoto za zdravljenje alkoholikov s hudimi psihiatričnimi zapleti. V sodelovanju z osnovno zdravstveno službo pa mora zagotavljati ambulantno dejavnost za bolnike, odvisne od alkohola.

Vsak oddelek za zdravljenje odvisnih od alkohola naj zagotavlja dva terapevtska programa: začetnega, ki poteka v celodnevni oskrbi, in nadaljevalnega, ki praviloma poteka v obliki dnevnih bolnišnic. Začetni program predvideva enomesečno hospitalizacijo z naslednjimi cilji: vzpostavitev abstinence, diferencialna diagnoza nejasnih bolezenskih stanj, zdravljenje telesnih zapletov, pridobivanje osnovnega znanja s področja odvisnosti od alkohola, privajanje na skupino, pridobivanje higienskih in delovnih navad, vključevanje in motiviranje bolnikovih svojcev ter pridobivanje vpogleda v bolnikov odnos do alkohola.

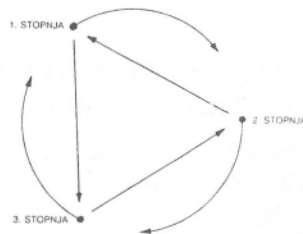
Nadaljevalni program je sestavljen tako, da bolnika pripelje do uvida v spremenjeno vedenje in odnose v sistemih, v katerih živi in dela. Ko si bolnik postopno pridobiva samospoštovanje, ga navajamo na spreminjanje nekaterih osebnostnih potez in načinov vedenja, ki so ga pripeljali do motenega in slabo obvladanega odnosa do alkohola. Tak program traja predvidoma dva meseca, vsak delovni dan 8 do 10 ur.

Osnovna metoda dela je intenzivna skupinska psihoterapija, zrasla na spoznanjih psihodinamske psihoterapije ob sočasni uporabi teorije sistemov, družinske terapije, vedenjske psihoterapije in teorije o terapevtskih skupnostih. Kot spremljevalne metode se uporabljajo delovna terapija, kinezioterapija, muzikoterapija, psihodrama, transakcijska analiza, trening asertivnosti, realitetna terapija.

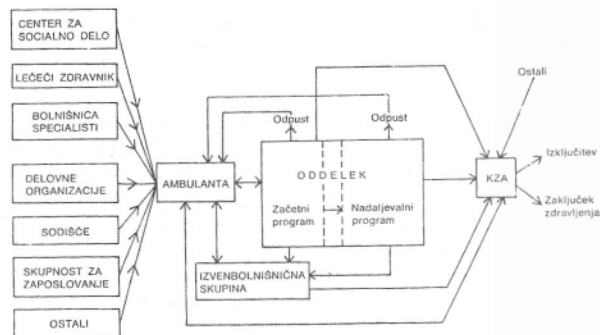
Razumljivo je, da lahko tako zahtevno delo opravljajo le dobro usposobljeni strokovnjaki z dodatnim znanjem iz področja zdravljenja odvisnosti od alkohola (2). Ustanova mora omogočiti primerne tehnične pogoje (2).

Na oddelkih izvajamo tudi medikamentozno terapijo v skladu z indikacijami; le-te postavljamo tudi za uporabo disulfirama (Tetidis), ki ga ne predpisujemo rutinsko.

Vsak oddelek za zdravljenje odvisnih od alkohola mora biti dobro in smiselno povezan z drugimi psihiatričnimi oddelki, z osnovno zdravstveno službo, s specialističnimi službami, s klubi in skupinami samopomoči in z vsemi strokovnjaki, ki delujejo na področju odvisnosti od alkohola (sl. 3).



Sl. 1. Stopnje zdravljenja odvisnih od alkohola.
Fig. 1. Stages of treatment of alcohol dependence.



Sl. 2. Organizacijska shema procesa zdravljenja odvisnosti od alkohola.

Fig. 2. Organizational scheme of process of alcohol dependence treatment.

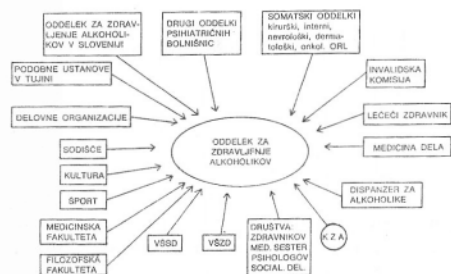
Tretja faza zdravljenja

Tretja faza zdravljenja je nujni sestavni del celostne obravnave bolezni odvisnosti. Številne raziskave v svetu so dokazale, da približno 20% zdravljenih alkoholikov ostane treznih vse življenje po prvem resnem poskusu zdravljenja (5). Körtel v svoji knjigi (6) piše, da so recidivi pri zdravljenih alkoholikih pravzaprav pravilo. Tudi po strokovno izvajanjem terapevtskem programu dolgotrajna abstinence ni normalen pojav. Prav vsi pomembni avtorji, ki obravnavajo problematiko recidiva, poudarjajo pomembnost tretje faze zdravljenja (Nachsorge, aftercare). Pri nas uporabljamo izraz rehabilitacija, ki pa ni povsem ustrezen. Gre namreč za različne oblike pomoči za zdravljenca in za njihove svojce. Pri nas so se uveljavili klubi zdravljenih alkoholikov, skupine samopomoči in svetovalno delo v psihiatričnih ambulantah in centrih za socialno delo. Približno eno leto pa tudi v Sloveniji delujejo Anonimni alkoholiki.

Ne glede na obliko delovanja imajo vse omenjene skupine nekaj istovetnih ciljev: vzdrževanje treznosti, prevzemanje odgovornosti za svoje vedenje in dejanja, pridobivanje samozavesti in novih medčloveških vezi, pomoč ostalim članom skupine. K uspešni rehabilitaciji sodijo še pozitivne spremembe na intimnem (ljubezenskem) in poklicnem področju ter smiselna raba prostega časa.

Vidimo, da se v tretji fazi lahko uresniči večina zastavljenih ciljev. Da bi to dosegli, moramo odvisnim omogočiti sodelovanje v vseh predhodnih fazah, po potrebi tudi večkrat. Stalno mora obstajati možnost za prehode med posameznimi fazami zdravljenja v obeh smereh. Izkušnje kažejo, da več kot trikratno zdravljenje po istem programu ni smiselno. V bližnji prihodnosti bomo tudi pri nas začeli uvajati programe za preprečevanje recidiva kot samostojno metodo zdravljenja po vzoru angleških avtorjev (7).

K organizaciji zdravljenja sodita še *izobraževanje terapevtov in raziskovalno delo*. Osrednjo vlogo pri tem ima univerzitetna klinična ustanova, to je Center za zdravljenje alkoholikov na Univer-



Sl. 3. Povezave oddelka za zdravljenje odvisnosti od alkohola.
Fig. 3. Connections of the unit for the alcohol dependence treatment.

zitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani. V sodelovanju z Medicinsko fakulteto v Ljubljani organizira podiplomski študij iz zdravljenja odvisnosti od alkohola, tečaje za terapevte klubov, kratke seminarje za splošne zdravnike, vaje za študente in druge vrste izobraževanja. Ves čas potekajo tudi raziskovalne naloge s področja odvisnosti od alkohola in načinov zdravljenja.

V okviru zdravstva se ukvarjamo tudi s *preventivnim delom* na področju odvisnosti od alkohola. Žal na tem področju nimamo posebnih uspehov, kar je ob splošni naravnosti naše družbe razumljivo. Predvsem primarna preventiva ostaja le na papirju (ali v predavanjih) posameznih entuziastov. Sekundarna preventiva, to je zgodnje odkrivanje težav v zvezi s pitjem alkohola in izobraževanje ranljivih skupin prebivalstva, se zdi lažje dosegljiva, a le ob večjem prizadevanju vseh zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. Terciarna preventiva je v našem strokovnem življenju še najbolj navzoča, kar dokazuje tudi celotni program Psihiatričnega

kolegija Slovenije, katerega sestavni del je tudi Delovna skupina za odvisnost od alkohola.

Program, ki smo ga podrobno opisali v že omenjeni knjižici (2), je možno primerjati z nemškim (8). Želimo si, da bi na podoben način lahko primerjali tudi pogoje in rezultate dela.

Literatura

1. Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH eds. Klinisch-diagnostische Leitlinien, 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, 1991: 80–93.
2. Zihlerl S, Čebašek-Travnik Z. Načela zdravljenja odvisnosti od alkohola. Ljubljana: Silveco d.o.o., 1991.
3. Pollak B. Journal interview 22. Conversation with Benno Pollak (interview). Br J Addict 1988; 83: 1139–46.
4. Bele-Potočnik Ž, Boben D, Zihlerl S. MTA. Münchenski test alkoholizma. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela, 1989.
5. Vaillant GE. The natural history of alcoholism – causes, patterns, and paths to recovery. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1983.
6. Körkel J, Lauer G. Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: Körkel J ed. Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Berlin: Springer-Verlag, 1988: 3–122.
7. Wanigaratne SH, Wallace W, Pullin J, Keaney F, Farmer R. Relapse prevention for addictive behaviours. A manual for therapists. Oxford: Blackwell scientific publications, 1990.
8. Feuerlein W. Therapie des Alkoholismus. In: Kisker KP ed. Psychiatrie der Gegenwart 3. Abhängigkeit und Sucht. Berlin: Springer-Verlag, 1987: 273–304.

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVSTVENEGA VESTNIKA

Zdravstveni vestnik (ZV) je glasilo Zveze zdravniških društev – slovenskega zdravniškega društva. Naslov uredništva je Zdravstveni vestnik, Komenskega 4, 61000 Ljubljana, tel. (061) 317-868.

Splošna načela

ZV objavlja le izvirna, še neobjavljena dela. Avtor je odgovoren za vse trditve, ki jih v prispevku navaja. Če je članek pisalo več soavtorjev, je potrebno navesti natančen naslov (s telefonsko številko) tistega avtorja, s katerim bo uredništvo kontaktiralo pri pripravi teksta za objavo ter kateremu avtorju se pošiljajo zahteve za reprint.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene v skladu z načeli Kodeksa etike zdravstvenih delavcev SFRJ in Deklaracije iz Helsinkov/Tokija.

Če delo obravnava poizkuse na živalih, mora biti razvidno, da je bilo opravljeno v skladu z etičnimi načeli.

Prispevki bodo razvrščeni v eno od naslednjih rubrik: uvodnik, raziskovalni prispevek, strokovni prispevek, pregledni članek, pismo uredništvu in razgledi.

Raziskovalna poročila morajo biti napisana v angleščini. Dolga naj bodo do 8 tipkanih strani. Slovenski izvleček mora biti razširjen in naj bo dolg do tri tipkane strani. Angleški ne sme biti daljši od 250 besed.

Če besedilo zahteva aktivnejše posege angleškega lektroja, nosi stroške avtor.

Ostali prispevki za objavo morajo biti napisani v slovenščini jedrnato ter strokovno in slogovno neoporečno. Pri raziskovalnih in strokovnih prispevkih morajo biti naslov, izvleček, deskriptorji (ključne besede), tabele in podpisi k tabelam in slikam prevedeni v angleščino.

Članki so lahko dolgi največ 12 tipkanih strani (s tabelami, slikami in literaturo vred).

V besedilu se lahko uporablja le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih (Uradni list SFRJ št. 13/76).

Spremni dopis

Spremno pismo mora vsebovati: 1. izjavo, da poslano besedilo ali katerikoli del besedila (razen abstrakta) ni bilo poslano v objavo nikomur drugemu; 2. da so vsi soavtorji besedilo prebrali in se strinjajo z njegovo vsebino in navedbami; 3. kdaj je raziskavo odobrila »Etična komisija«; 4. da so preiskovalci dali pisno soglasje k sodelovanju pri raziskavi; 5. pismeno dovoljenje za objavo slik, na katerih bi se ev. lahko prepoznalo identiteto pacienta; 6. pisno dovoljenje založbe, ki ima avtorske pravice, za ponatis slik, shem ali tabel.

Tipkopis

Prispevki morajo biti poslani v trojniku, tipkani na eni strani boljšege belega pisarniškega papirja formata A4. Med vrsticami mora biti dvojni razmik (po 27 vrstic na stran), na vseh straneh pa mora biti rob širok najmanj 30 mm. Avtorji, ki pišejo besedila s pomočjo PC kompatibilnega računalnika, jih lahko pošljejo uredništvu na 5 1/4 inčnih disketah, formatiranih na 360 Kb ali 1,2 Mb, kar bo pospešilo uredniški postopek. Ko bo le-ta končan, uredništvo diskete vrne. Besedila naj bodo napisana s programom Wordstar ali z drugim besedilnikom, ki hrani zapise v ASCII kodi. V besedilu so dovoljene kratice, ki pa jih je potrebno pri prvi navedbi razložiti. Že uveljavljenih okrajšav ni potrebno razlagati (npr. L za liter, mg za miligram itd.).

Naslovna stran članka naj vsebuje slovenski naslov dela, angleški

naslov dela, ime in priimek avtorja z natančnim strokovnim in akademskim naslovom, popoln naslov ustanove, kjer je bilo delo opravljeno (če je delo skupinsko, naj bodo navedeni ustrezni podatki za soavtorje). Naslov dela naj jedrnato zajame bistvo vsebine članka. Če je naslov z avtorjevim priimkom in imenom daljši od 90 znakov, je potrebno navesti še skrajšano verzijo naslova za tekoči naslov. Na naslovni strani naj bo navedenih tudi po pet ključnih besed (uporabljene naj bodo besede, ki natančneje opredeljujejo vsebino prispevka in ne nastopajo v naslovu; v slovenščini in angleščini) ter eventualni financerji raziskave (s številko pogodbe).

Druga stran naj vsebuje slovenski izvleček, ki mora biti strukturiran in naj vsebuje naslednje razdelke in podatke:

Izhodišča (Background): Navesti je treba glavni problem in namen raziskave in glavno hipotezo, ki se preverja.

Metode (Methods): Opisati je treba glavne značilnosti izvedbe raziskave (npr. trajanje) opisati vzorec, ki se ga proučuje (npr. randomizacija, dvojno slepi poizkus, navzkrižno testiranje, testiranje s placebom itd.), standardne vrednosti za teste, časovni odnos (prospektivna, retrospektivna študija).

Navesti je treba način izbora preiskovancev, kriterije vključitve, kriterije izključitve, število preiskovancev, vključenih v raziskavo in koliko jih je vključenih v analizo. Opisati je treba posege, metode, trajanje jemanja posameznega zdravila, kateri preparati se med seboj primerjajo (navesti je treba generično ime preparata in ne tovarniško) itd.

Rezultati (Results): Opisati je treba glavne rezultate študije. Pomembne meritve, ki niso vključene v rezultate študije, je treba omeniti. Pri navedbi rezultatov je treba vedno navesti interval zaupanja in natančno raven statistične značilnosti. Pri primerjalnih študijah se mora interval zaupanja nanašati na razlike med skupinami. Navedene morajo biti absolutne številke.

Zaključki: Navesti je treba le tiste zaključke, ki izhajajo iz podatkov, dobljenih pri raziskavi; treba je navesti ev. klinično uporabnost ugotovitev. Navesti je treba, kakšne dodatne študije so še potrebne, preden bi se zaključki raziskave klinično uporabili. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot negativne ugotovitve.

Ker nekateri prispevki (npr. pregledni članki) nimajo niti običajne strukture članka, naj bo pri teh strukturiranost izvečka ustrezno prilagojena. Dolg naj bo od 50 do 200 besed; na tretji strani naj bodo: angleški naslov članka, ključne besede v angleščini in angleški prevod izvečka.

Na naslednjih straneh naj sledi besedilo članka, ki naj bo smiselno razdeljeno v poglavja in podpoglavja, kar naj bo razvidno iz načina podčrtavanja naslova oz. podnaslova, morebitna zahvala in literatura. Odstavki morajo biti označeni s spuščeno vrstico. Tabele, podpisi k slikam in razlaga v tekstu uporabljenih kratic morajo biti napisani na posebnih listih.

Tabele

Natipkane naj bodo na posebnem listu. Vsaka tabela mora biti oštevilčena z zaporedno številko. Tabele morajo imeti najmanj dva stolpca. Vsebovati mora: naslov, (biti mora dovolj poveden, da razloži kaj tabela prikazuje, ne da bi bilo potrebno brati članek; če so v tabeli podatki v odstotkih, je potrebno v naslovu navesti bazo za računanje odstotka; potrebno je navesti od kod so podatki iz tabele, ev. mere, če veljajo za celotno tabelo, razložiti podrobnosti glede vsebine v glavi ali čelu tabele) čelo, glavo, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico ter opombe ali pa legendo uporabljenih kratic v tabeli. Vsa polja tabele morajo biti izpolnjena in mora biti jasno označeno, če ev. manjkajo podatki.

V besedilu prispevka je potrebno označiti, kam spada posamična tabela.

PROBLEMATIČNI PIVEC PRI SPLOŠNEM ZDRAVNIKU

THE PROBLEM DRINKER AND THE GENERAL PRACTITIONER

Zdenka ČEBAŠEK-TRAVNIK

Center za mentalno zdravje, Univerzitetna psihiatrična klinika, Poljanski nasip 58, 61105 Ljubljana

Prispelo 1992-01-15

Sprejeto 1992-02-06

Zdrav Vestn 1992; 61: 163-4

KLJUČNE BESEDE: odnos med zdravnikom in bolnikom; prvi stik; obrambni mehanizmi; zdravnikove intervencije; recidiv

KEY WORDS: physician-patient relationship; first contact; defense mechanisms; physician's interventions; relapse

IZVLEČEK – Izhodišča. Odnos med zdravnikom in problematičnim pivcem je pomemben dejavnik pri obravnavi odvisnosti od alkohola. Že prvi stik določa potek nadaljnje obravnave in lahko vzbudi obrambne mehanizme pri bolniku in zdravniku.

Zaključki. Pogovor o problematiki, povezani s pitjem alkohola, je možno izpeljati s pomočjo vnaprej pripravljenih vprašanj (testov), po predhodno opravljenih laboratorijskih preiskavah ali z direktno konfrontacijo. Vse zdravnikove intervencije naj bodo premišljene, do bolnika naj obdrži spoštljiv odnos in ga obravnava brez predsodkov. Članek daje nekaj predlogov za začetek obravnave in opozarja na potrebno znanje in veščine za tovrstno delo.

ABSTRACT – Backgrounds. The relationship between physician and problem drinker is an important factor in the treatment of alcohol dependence. The first contact already defines the course of further treatment and can elicit defense mechanisms on the part of the patient as well as physician.

Conclusions. The discussion of problems related to alcohol drinking can be carried out by questions (tests) prepared in advance, following already performed laboratory tests or by means of direct confrontation. All physician's interpretations should be premediated, and relation to the patients always respectable and unprejudiced. The article presents some suggestions for the beginning of the treatment and calls attention to the knowledge and skills required for this kind of interventions.

Uvod

V članku želim opisati nekaj situacij, ki so vezane na zdravnikovo vsakdanje delo ob srečanjih z bolniki, ki imajo probleme zaradi alkohola. Izraz *problematični pivec* ni medicinska diagnoza, ampak oznaka za bolnika, ki ima probleme zaradi alkohola. Menim, da za *odnos med zdravnikom in bolnikom* ni toliko pomembna bolnikova diagnoza kot njegov aktualni problem. Ta je v primeru zlorabe alkohola zelo različen, zato so različni tudi zdravnikovi odzivi nanj. Ker se bolniki s problematičnim odnosom do alkohola pojavljajo tudi pri specialistih drugih strok, so moja razmišljanja in predlogi namenjeni tudi njim.

Prvi stik med zdravnikom in problematičnim pivcem

Večina problematičnih pivcev pride k splošnemu zdravniku zaradi *socialnih posledic* in manj zaradi somatskih težav (1). To dejstvo pa vpliva na *reakcije zdravnika*, ker se mu zdijo bolnikove socialne težave nepomembne, neprijetne in za zdravljenje nezanimive. Razen tega se pri zdravniku in pri bolniku vzbudijo *obrambni mehanizmi*, ki na novo oblikujejo transferni oziroma kontratransferni odnos. Prvi stik je večinoma določen s postavljanjem diagnoze, kar omenjeni odnos še bolj zaplete. Zdravnik namreč potrebuje podatke, do katerih brez bolnikovega sodelovanja ne more priti. Prikrivanje resničnih podatkov o uživanju alkohola pa je eden od znakov obrambnih mehanizmov oziroma ena od značilnosti motenega odnosa do uživanja alkohola.

Kako torej priti iz tega začaranega kroga?

Kako začeti pogovor s problematičnim pivcem

Vsak zdravnik ima svoj način vzpostavljanja stikov z bolniki, ki je odvisen od zdravnikove osebnosti, kulturnega okolja, znanja in priučenosti. Seveda na ta način vplivajo številni drugi dejavniki, kot so vrsta bolezni, bolnikov videz ali trenutno stanje zdravnika. Slednji ne bi smeli biti pomembni, vendar ima vsak od nas izkušnje, ki pričajo o nasprotnem (na primer laže poškodovan vinjen mladenič, ki pride k zdravniku ob drugi uri zjutraj).

Pri iskanju pravilne *diagnoze* moramo večkrat pomisliti na možnost, da ima bolnik težave, povezane s pitjem alkohola. Problematike se lahko lotimo neposredno s postavljanjem vprašanj, kot so: *Ali ste imeli kdaj probleme v zvezi s pitjem?* in *Kdaj ste nazadnje pili?* Pozitivni odgovor na ti dve vprašanji v zadnjih 24 urah ima senzitivnost 91% (2) in je najhitrejši diagnostični postopek. Obstaja še več kratkih in dokaj zanesljivih *testov*, s pomočjo katerih lahko zdravnik sprejme ali (zaenkrat) opusti možnost, da ima bolnik težave zaradi pitja alkohola. Eden takih je »CAGE«, ki je objavljen tudi pri nas (3).

Za natančnejšo in zanesljivejšo diagnozo moramo nujno upoštevati Mednarodno klasifikacijo bolezni (ICD 10), ki natančno določa posamezne kategorije motenega odnosa do uživanja alkohola (zastupitev, škodljiva raba, odvisnost) (4). Diagnozo potrdimo, če pri bolniku odkrijemo, da ima že daljši čas *ponavljajočo se škodo* ali nekaj resnejših posledic, povezanih z uživanjem alkohola.

Druga možnost za začetek pogovora je manj neposredna. Ob sumu na problematično pitje napotimo bolnika v *laboratorij* in naročimo preiskave, ki lahko potrdijo našo domnevo. To so predvsem jetrni testi in prostornine eritrocitov. Pozitivne teste lahko uporabimo za konfrontacijo z bolnikom, vendar izkušeni kolegi (5) priporočajo drugačno pot. Bolniku povemo, da so testi patološki in mu naročimo, naj nekaj dni ne pije alkohola. Potem teste ponovimo in se z bolnikom pogovorimo, kaj bi bilo najbolje zanj.

Tretji način pogovora je neposredno soočenje z bolnikom. Ta način je v rokah neizkušenega zdravnika najbolj pogost, a najmanj učinkovit. Pogosto pripelje do hudih sporov in zamere pri bolniku in zdravniku. Prvi ni sposoben dojeti povezave med pitjem alkohola in svojimi težavami, drugi je prizadet, ker se čuti neuspešnega v svoji vlogi zdravitelja (2). Tako bo bolnik čimprej skušal zamenjati zdravnika, le-ta bo v sebi dobil potrditev za svoje mišljenje o alkoholikih. Bolnik pa bo pil še naprej in si nakopal dodatne probleme in posledice. Izkušen zdravnik bo znal presoditi, da je do neugodnosti pri srečanju prišlo zaradi narave bolnikove bolezni, zato bo bolnika ponovno povabil na pogovor.

Nadaljnje intervencije zdravnika v odnosu do problematičnega pivca

Bolnik mora dobiti občutek, da mu zdravnik želi pomagati in da mu ni vseeno zanj. To pa ne pomeni, da bo zdravnik prevzel nase odgovornost za bolnikovo pitje (ali abstinenco) in s tem povezano vedenje. Če hočemo z bolnikom zgraditi *dober medsebojni odnos* – ta je predpogoj za učinkovito zdravljenje bolezni odvisnosti – moramo biti do njega pošteni, ga spoštovati in ga obravnavati brez predsodkov. Predlagamo uporabo takšnega načina komuniciranja, ki bo bolniku omogočal ohraniti preostalo samospoštovanje:

– *Skrbi me za vaše zdravje in rad bi se pogovoril z vami o tem problemu;*

– *Vidim, da ste pogumni, ko tako odkrito govorite o svojem problemu. Ta pogum vam bo v pomoč pri reševanju ostalih problemov;*

– *Spoštujem vašo odločitev za zdravljenje, z veseljem vam bom pomagal pri tem;*

– *Sam ne obvladam postopkov za zdravljenje alkoholizma, a vas bom priporočil kolegu, ki ima na tem področju dosti uspehov.*

Zapisani stavki so le predlogi, ki bodo morda koristili začetnikom ali tistim, ki so doslej imeli težave pri tovrstnem delu.

Ko ugotovimo, da so bolnikove težave res posledica uživanja alkohola in da bo potrebno zdravljenje ali vsaj dalj časa trajajoča abstinenca, svetujemo *obravnavo tega problema*. Tega se lahko lotimo sami, če sta izpolnjena *dva pogoja*: da bolnika brezpogojno sprejmemo takšnega, kot je, in da imamo možnosti (znanje, osebnostne lastnosti, čas) za dajanje tovrstne pomoči. Z bolnikom odkrito spregovorimo o dejstvih, kot so težave v družini, na delovnem mestu, v prometu ali o vzrokih za pogoste bolniške izostanke. S postopnim razčlenjevanjem posameznih problemov ga skušamo motivirati za abstinenco in/ali za zdravljenje. Pri tem pa našega medsebojnega odnosa ne smemo pogojevati z abstinenco. Poznavalec bolezni odvisnosti ve, da bolnik čuti močno potrebo oziroma prisilo po pitju alkohola. Že misel na omejevanje pitja ga spravlja v stisko, ki jo je težko razumeti in ustrezno svetovati. Bolnik pa od svojega zdravnika pričakuje prav to dvoje in želi, da ga zdravnik ne bi silil v abstinenco. Priporočamo, da zdravnik z bolnikom sklene *dogovor o abstinenci* (6). Čas veljavnosti dogovora o abstinenci lahko poljubno skrajšamo, na primer na en dan, in s tem povečamo možnosti, da bo bolnik uspel ter si že v začetku obravnave pridobil nekaj samospoštovanja. Tak način dela v začetku zahteva relativno pogostna srečanja med bolnikom in zdravnikom.

Poseben problem predstavljajo bolniki, ki zanikajo probleme in *odklanjajo zdravljenje*. Teh bomo srečali več kot onih, ki so pripravljeni sodelovati s svojim zdravnikom. Da bi se izognili ponavljajočim se neprijetnim soočenjem, jih lahko napotimo k specialistu za psihiatrijo. Tudi pri tem postopku skušamo biti taktini in do bolnika korektni. Uporaben bi bil takšen stavek: *Ker nisva enakih misli glede vaših težav, vam svetujem še pogovor pri zdravniku N. N., ki je strokovnjak za bolezni odvisnosti. Sprejel bom njegovo strokovno mnenje, tudi če bo drugačno od mojega.* Tako se bo bolnik brez slabih občutkov vrnil v našo ordinacijo in se po potrebi vključil v enega od programov zdravljenja.

Zdravljenje odvisnih od alkohola

Organizacija zdravljenja odvisnosti od alkohola v Sloveniji je podrobneje opisana v članku (7) in knjižici (8). Vsak bolnik ima možnosti za vključitev v program zdravljenja, ki poteka v treh stopnjah: pripravljalni stopnji, zdravljenju in rehabilitaciji. Vsak zdravnik naj bi imel informacijo o dejanskih možnostih za zdravljenje v kraju svojega delovanja.

Različni programi zdravljenja dajejo različne uspehe, vendar obstaja mnogo nejasnosti okrog *definicije uspešnega zdravljenja odvisnosti od alkohola*. Abstinenca predstavlja le enega od kriterijev za ocenjevanje uspešnosti zdravljenja, ostali so povezani s poklicnim, družinskim, socialnim in zdravstvenim statusom bolnika (9, 10). Ker so rezultati dela eden od glavnih motivacijskih dejavnikov, si mora zdravnik izoblikovati *lastne kriterije*, s katerimi bo vrednotil uspešnost svojega dela (11). Kriteriji naj bodo v skladu z doktrino zdravljenja odvisnosti od alkohola (3, 8, 9).

Recidiv bolezni ni samo ponovno pitje alkohola, ampak tudi ponovitev odvisniškega vedenja, torej odvisnosti od alkohola v celoti (3). Ker je vztrajanje pri pitju alkohola kljub dokazom o škodljivosti takega početja eden od glavnih kriterijev za postavitve diagnoze tudi po ICD 10 (4), moramo recidiv obravnavati kot sestavni del bolezni, in ne kot moralno napako bolnika. Ravnajmo torej podobno kot pri recidivih drugih bolezni.

Vendar pa ima recidiv pri boleznih odvisnosti za zdravnika drugačen čustveni pomen. Raziskava o *reakcijah terapevtov na recidiv* pri bolnikih (9) je pokazala, da imajo manj težav bolj izkušeni terapevti, tisti z ustrežno psihoterapevtsko izobrazbo, če so moškega spola in če delajo v ambulantnih oblikah zdravljenja. Podobna raziskava poteka tudi v Sloveniji, primerjava bo vsekakor zanimiva, saj je veliko naših terapevtov žensk, ki delujejo v bolnišnicah.

Namesto zaključka

Zdravnikom, ki se bodo odločili za delo z bolniki, odvisnimi od alkohola, bi rada povedala, da je tovrstno delo velik izziv za vsakega od nas. Zahteva ogromno znanja, ki ga med rednim študijem medicine ni mogoče pridobiti, zahteva osebnostno zrelost in disciplino, sprejemanje in razumevanje drugačnosti. Zahteva tudi posebno življenjsko filozofijo in določen tip temperamenta (5). Odvisnost od alkohola je Pepelka psihiatrije (5), zato se potrudimo najti njeno drugo podobo. To so srečni, urejeni in uspešni ljudje, ki so našli pot v življenje brez alkohola.

Literatura

1. Mowbray A, Kessel N. Alcoholism and the general practitioner. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 697–700.
2. Johnson B, Clark W. Alcoholism: a challenging physician-patient encounter. *Journal of General Internal Medicine* 1989; (10, 11?): 445–52.
3. Zihler S. Kako se upremo alkoholu. Priročnik za izkušene in začetnike. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1989: 106.
4. Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH eds. Bern: Verlag Hans Huber, 1991: 80–93.
5. Pollak B. Journal interview 22. Conversation with Benno Pollak. *British Journal of Addiction* 1988; 83: 1139–46.
6. Čebašek-Travnik Z. Terapevtski dogovor pri psihoterapevtski obravnavi odvisnosti od alkohola. *Zdrav Vestn* 1990; 59: 261–3.
7. Čebašek-Travnik Z. Organizacija zdravljenja odvisnosti od alkohola v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 1992; 61 (v tisku).
8. Zihler S, Čebašek-Travnik Z. Načela zdravljenja odvisnosti od alkohola. Ljubljana: Silveco d.o.o., 1991.
9. Körkel J, Back R, Gehring U. Bewältigungsverhalten von Suchttherapeuten nach einem Rückfall ihres Klienten. In: Watzl H, Cohen R eds. Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin: Springer-Verlag, 1989: 210–25.

DEONTOLOŠKA VPRAŠANJA PRI SINDROMU ODVISNOSTI

Medicina je umevanje, ki
v človeku odkriva več,
kot ve ta sam o sebi.

Zdravniki ne smejo zanemariti
svojega znanja,
temveč ga morajo stalno razširjati
in se morajo posvetovati z
drugimi zdravniki.

Formula Comitis Archiattrorum
(500 po Kr. Teoderik, Kasiodor)

Uvod

Sindrom odvisnosti je danes nedvomno odraz bolezni celotnih družbenih sistemov – je sociopatologija družbe tega stoletja ne glede na vzhodni in zahodni del oble. Alkohol so dandanes nadomestile droge, čeprav zaradi njih alkoholizma (vsaj vse govori za to) ni nič manj.

Pri sindromu odvisnosti se znižujejo starostne meje prizadetih, ki segajo danes že v otroško, t.j. šolsko dobo. V zvezi s tem se pojavlja vprašanje zdravljenja narkomanov v zgodnjem življenjskem obdobju. Tudi kvaliteta narkomanije se spreminja – ljudje segajo vedno bolj po trdih drogah (kokain, morfijs, heroin), ki so nadomestili ostale opijate, hašiš, tablete z narkotičnim učinkom.

V skladu z našo zdravstveno zakonodajo za mladostnika odločajo o zdravljenju starši oz. pravni zastopnik. Novi zakon o zdravstveni dejavnosti sicer še ni sprejet, ne dvomimo pa, da bo ostal (vsaj na tem področju) skladen z dosedanjimi merili, ki ne odstopajo od določb v sodobni Evropi.

Pri iskanju pomoči lahko računamo na določeno prisilo s strani bolnikovih zastopnikov, ki ne izjemoma poiščejo stik (mimo splošne ambulante) s psihiatrom. Skrb za zdravje otroka se k sreči pogosteje kaže v prizadevanju staršev, da bi čimprej prišli do ustreznega terapevta. To velja predvsem za starše, ki so dovolj zdravstveno prosvetljeni in osveščeni, da se zavedajo, da taka razvada brez ustrezne pomoči in zdravljenja ne bo prešla sama po sebi, ampak bo zahtevala večje in trše odmerke.

Prikaz

Zaupanje, ki mu medicina že od nekdaj postavlja izjemno mesto in teži v odnosu zdravnik-bolnik (ker je to temeljna zahteva za uspešno zdravljenje), je danes prav tako pomemben dejavnik v zdravljenju zasvojenih. Bolnik, ki je odvisen od zdravika, se mora v vsakem trenutku zavedati (torej je v podrejenem položaju, pa čeprav sta zdravnik in bolnik subjekta v procesu zdravljenja po sodobnih glediščih), da je prisiljen zaupati znanju in dobronamernosti zdravnika, kajti zelo težko je in včasih praktično nemogoče nadzorovati zdravniške postopke; pa je tudi to eden od razlogov, da se poudarja notranja etična kontrola pri opravljanju medicinske dejavnosti – izredno plemenite in odgovorne družbene (javne) funkcije.

Najpomembnejše dolžnosti do bolnika izhajajo iz prastarega, tradicionalnega pravila: *Primum nil nocere* – vse v korist bolnika, brez kakršnihkoli razlik, pri tem pa je treba upoštevati, da zdravnik ne zdravi bolezni, ampak bolnika in da mora ravnati tako, da

ne bi prizadel njegove osebnosti in človeškega dostojanstva ob zagotovljenem spoštovanju zdravniške skrivnosti tudi po bolnikovi smrti.

Vse prej navedeno pa še v posebni meri velja za zasvojenega bolnika, predvsem mladostnika, ki mu bo moral lečeči zdravnik ponuditi vso paleto zdravniške prilagodljivosti in izjemno ter zahtevno vživljanje v njegov posebni položaj ter osebno stisko.

Čeprav je zdravnik svoboden pri izbiri načina ter sredstev zdravljenja (to mu zagotavlja tudi dosednji zakon o zdravstvenem varstvu pri nas), vendar zato nosi odgovornost pred vestjo, bolnikom in družbo (*Kodeks etike zdravstvenih delavcev Jugoslavije, Kodeks medicinske deontologije Slovenije*). Njegovo absolutno svobodo pa zamejujejo tudi zakonske zahteve: da opravlja zdravstvene storitve po načelih sodobne medicinske in drugih znanosti, po preizkušeni medicinski doktrini ter po načelih enotnosti medicine iz preventivnega, kurativnega in socialnomedicinskega stališča, ob upoštevanju etičnih meril skupnosti ter po načelih Kodeksa (medicinske deontologije).

Prav v primerih narkomanov se te zahteve pojavljajo v poudarjeni, pa tudi specifični obliki. Temeljna naloga pri obravnavi narkomana ni samo zdravljenje njegove odvisnosti, ampak tudi celovita osebna rehabilitacija. Potrebna je nujna vzpostavitev zaupanja med obema partnerjema, potrebna je nujna ugotovitev in ugotavljanje posebnosti ter količina mamila v bolnikovi krvi in telesnih tekočinah. Že pri tem opravi se lahko zgodi, da bo do svojega stanja nekritični bolnik, preplašen zaradi postopka in posledic postopka, odrekel terapevtu temeljno kakovost v njunem odnosu: zaupanje v zdravnika, in nastala bi bojazen, da gre pri njegovem zdravljenju za druge, višje družbene interese, kjer je on, bolnik, le kolesje v mehanizmu zdravljenja in preprečevanja narkomanije. Torej v službi medicine, ta pa države. Že sama nprav zasvojenosti sili prizadetega v osamo, nezaupljivost, v lasten, od drugih nedotakljiv svet, s preganjavami, tesnobo in strahom pred okolico in pred seboj, v trenutkih vedno redkejši avtokritičnosti.

Terapevtov temeljni interes je v zdravljenju, zaradi tega pa je ustrezna toksikološka preiskava več kot potrebna. Zdravnik mora računati, da bo prizadeti poskušal olajšati ali celo prikriti svojo nagnjenost, zato je objektivizacija njegove zasvojenosti (heteroanamneza, laboratorijske preiskave in drugo) večkrat nujna, še preden se prične z zdravljenjem.

Le ustrezna toksikološka preiskava na psihoaktivne snovi ali na biokemične parametre (npr. γ GT, CHD- β -transferin in drugo), lahko diferencialno diagnostično objektivizira navzočnost nekih snovi v telesu ali posledice njenega učinkovanja in potrdi ali ovrže heteroavtoanamnestične podatke in s tem bistveno vpliva na hitrost in uspešnost zdravljenja, posebej še, če gre za *periculum in mora*.

Ker se tudi na področju narkomanije vključujemo v Evropo in svet, se soočamo tudi z naraščajočim valom narkomanije in s kvalitativnim prehodom iz mehkih na trde droge ter z ugotovitvami, da meje izpostavljenosti v starostnih skupinah prizadevajo vedno mlajše generacije. Tako opazamo, da je smrtna ogroženost v tej izpostavljeni populaciji; v naglem porastu od dveh smrtnih primerov pred nekaj leti, pa nad 4, 6 do že letošnjih treh žrtev v mesecu januarju. Tak porast je vznemirljiv (in naglo prilagajanje te problematike v Evropi oz. svetu). Ker gre povečini za mlade ljudi, take ugotovitve še bolj opominjajo in vzbujajo pozornost.

O metadonski terapiji so bili glasovi za in proti tako v strokovni kot v laični javnosti. Prevladuje mišljenje, da metadon ni tako škodljiv, kot so nekateri poizkušali prikazati. Pri zdravljenju z metadonom se moramo zavedati, da je spremljanje psihoaktivnih

snovi v telesu potrebno in za bolnika obetavno. Prisilne odvzeme bi v skladu z našim Zakonom o kazenskem pravu (ZKP) lahko opravili le v primerih, da je bolnik storilec kaznivnega dejanja, za katero je treba ugotoviti, ali je bil v določenem času pod vplivom farmakodinamičnih snovi ali ne. Vedeti pa je treba, da ZKP tudi v teh primerih daje zdravniku pooblastila, da odvzem odkloni, če bi bilo bolnikovo zdravje z odvzemom kakorkoli ogroženo, in sicer ne samo kontrolni pregledi bolnikov (ki se zdravijo na odprtem sistemu), ampak tudi teh, ki so med zdravljenjem *internirani*, da bi se kontrolirala (objektivno) njihova abstinenca oz. se ta potrdila.

Zdravnik ima v vsakem primeru, tudi kadar ne gre za določbe ZKP, vso pravico odločati, ali bo odvzem opravil ali ne, kajti tudi on mora v zdravljenju upoštevati, ali bi lahko nastale posledice za zdravje preiskovanca. Enako vprašanje se pojavlja tudi pri zahtevah za ponovno vrnitev voznškega dovoljenja pri voznikih, ki so bili zaradi alkoholiziranosti v prometu iz njega izločeni za določeno obdobje oz. če pri tem nastane vprašanje recidivizma. Pri tem se zastavlja zelo občutljivo vprašanje – ali bo terapevt kroničnega alkoholika prijavljati zaradi recidivizma ustreznim organom ali ne, ne glede na to, da se ta odločil za začasno nesposobnost za varno vožnjo, ali pa bo bolniku začasno deponiral voznško dovoljenje brez podane prijave itd. Menimo, da je treba v takih primerih obravnavati vsakega bolnika posamezno, pri tem pa upoštevati tudi njegovo okolico ter njegov odnos do nje. Zaenkrat ne razpolagamo s podatki, kako se je pri nas izoblikovala v zadnjem obdobju doktrina na tem tako občutljivem področju.

Diferencialno diagnostično so danes pomembni predvsem trunkvilanti benzodiazepinske strukture, ki se zaradi večje terapevtske širine in manjše toksičnosti od ostalih anksiolitikov in hipnotikov (barbituratnih) pogosto predpisujejo v splošni in specialistični ambulanti, da bi z njimi preprečevali psihonevroze s simptomi tesnobe, notranjega strahu, nemira, zaskrbljenosti (diazepam, oksazepam) ali nespečnosti (nitrozem, flurozem). Benzodiazepini sicer res odpravljajo anksiozna stanja, vendar je treba opozoriti na dolžino medikacije, saj dolgotrajna uporaba preparatov te vrste povzroča toleranco in abstinencijske simptome, ki so podobni tistim, za katere se benzodiazepini indicirajo (tesnoba, napetost itd.). Treba je poudariti tudi stranske učinke benzodiazepina, kot so utrujenost, zaspanost, glavobol, motnje koordinacije, zaradi katerih jih uvrščamo med trigonike, zdravila, ki zmanjšujejo psihofizične sposobnosti človeka.

Ker naraščajo na Inštitutu za sodno medicino (ISM) tudi naročila kliničnih toksikoloških preiskav zaradi očitno vedno večjega števila prizadetih, bo v bodoče treba zvišati izbiro raziskav (ustrezna edukacija sodelavcev in sodobna oprema laboratorijev), po drugi strani pa je treba zvišati raven osveščanja in samoosveščanja, začenši s pedagoškimi kadri in njihovimi varovanci – učenci, tja do osnovne šole. Kako bi danes lahko zagotovili v znanih razmerah nevrotizacije in prilagajanja (za pol stoletja enostranskega ideološkega prilagajanja prebivalstva) na nove običaje in ravnanje, ki je pogosto povsem v nasprotju s polpreteklim načinom življenja: iz enoumja v individualni pluralizem, v katerem bi se moralo vzpostaviti načelo kakovosti življenja posameznika, družine, obeh spolov, interesnih skupin in družbe nasploh.

Ni se mogoče izogniti vprašanju, kako odpraviti čezmerno (neodgovorno) predpisovanje psihofarmakov, kot so nevroleptiki, antidepresivi, hipnotiki in anksiolitiki predvsem benzodiazepinskega tipa. Današnji čas, prepoln vsakodnevnih stresov, frustracij,

razočaranj, nevrotizacije, pri nas vsebuje tudi masovno iskanje zdravil te vrste oz. beg v nirvano pozabe.

Dolžnosti zdravnika terapevta zastavljajo tudi smernice nadstrankarskega in neodvisnega združenja – Svetovnega zdravniškega združenja (SZZ), ki že od leta 1945 s svojimi številnimi (55) deklaracijami, smernicami in resolucijami usmerja zdravnikovo zavest in izgrajuje njegovo človeško in zdravniško vest (Deklaracija SZZ o človekovih pravicah, 42, Rancho Mirage, oktober 1990; Deklaracija o neodvisnosti in poklicni svobodi zdravnika, 38, Rancho Mirage 1987; Deklaracija o človekovih pravicah in osebni svobodi zdravnikov, 37, Bruselj 1985; Deklaracija o dostopnosti do zdravstvenega varstva, 40, Dunaj 1988, in Deklaracija iz Madrida o poklicni samostojnosti in samonadzoru, 39, Španija 1987). Iz navedenih deklaracij je marsikaj, na kar bi veljalo opozoriti v zvezi z zdravljenjem zasvojenih oseb.

Načela humanosti v medicini pomenijo danes redefinicijo zdravstvenega poslanstva, saj se zdravnik zaveda (in prek deklaracij SZZ izjavlja), da *niti pod grožnjami ne bo popustil, da bi se njegovo strokovno znanje uporabilo proti zakonu človečnosti*.

Svetovno zdravniško združenje in njegovo poslanstvo

SZZ (WMA) je zaradi tega splošno razširjenega pojava zavzele stališče o uporabi in zlorabi psihotropnih zdravil (29, Tokio 1975; 35, Benetke 1983), po katerem naj bi zdravniki:

- predpisovali psihotropna zdravila s skrajno rezervo; predpisovanje mora biti utemeljeno v točni diagnostiki in z ustreznimi nefarmakološkimi nasveti, ob skrbni izbiri sredstev, pri čemer je treba upoštevati nevarnost napačne uporabe in zlorabe;

- zdravništvo naj bi v sodelovanju z vladami in s pristojnimi oblastmi zagotavljalo, da bi se informacije kar najbolj razširile, predvsem v *tistih starostnih skupinah*, ki so nevarnostim najbolj izpostavljeni. Tako bi delovali proti skupinskemu pritisku in drugim dejavnikom, ki vodijo k zlorabam, tako da bi vsakemu človeku ostala pravica do svobodne in zavestne odgovornosti in osebne odločitve.

To vprašanje v današnjih dneh je postalo tako pereče, da mu je SZZ namenilo pozornost kar na dveh svojih generalnih skupščinah. Morda je pri nas premalo znana in premalo upoštevana – saj tudi Slovenci spadamo k nekritičnim polifagom najrazličnejših zdravil, kar je enako zdravilskemu primitivizmu zahodnega sveta: čim več tablet (pilul), tem več zdravja.

Zdravnik se bo moral pri slehernem bolniku soočiti s pravicami bolnikov (SZZ, Lizbona 1981), pa tudi z Resolucijo SZZ o zdravljenju v skupini (Dunaj 1988). Deklaracija SZZ iz Lizbone o pravicah bolnikov zahteva: *Zdravnik mora delovati v skladu z osebno vestjo in vedno v interesu bolnika, upoštevati pa mora možnost, da lahko v praksi pride etično ali zakonsko do težav*.

Ta deklaracija predstavlja nekatere glavne bolnikove pravice, ki jih medicina poskuša uresničevati, t.j. kjerkoli zakonodajna telesa in dejavnost vlad odrekajo bolnikom te pravice, jih bodo zdravniki z ustreznimi sredstvi poskušali zagotoviti ali vzpostaviti za bolnike. Vsebina deklaracije je v 6. točkah:

- bolnik ima pravico, da si svobodno izbira svojega zdravnika;
- bolnik ima pravico, da pristane na zdravljenje ali ga odkloni, potem ko je bil ustrezno obveščen;
- bolnik ima pravico, da zanj skrbi zdravnik, ki sme opravljati klinično in etično presojo brez kakršnegakoli zunanega vmešavanja;
- bolnik ima pravico, da bo zdravnik spoštoval in varoval skrivnosti vseh njegovih medicinskih in osebnih posebnosti;
- bolnik ima pravico, da umre dostojanstveno;
- bolnik ima pravico, da sprejme ali odkloni duševno ali moralno uteho, vključno pomoč ustreznega verskega predstavnika.

Natančno sestavljen *kodeks bolnikovih pravic* je opominjajoč tudi za terapevta med zdravljenjem bolni zasvojenosti, čeprav za

to posebno razmerje zdravnika in bolnika ni predvideval posebnih dolžnosti zdravnika in posebnih dolžnosti bolnika pri zdravljenju narkomanije.

Ženevska zdravniška zaobljuba (SZZ, Ženeva 1948, Sydney 1968, Benetke 1983): *Bolnikovo zdravje bo moja prva skrb. Skrivnosti, ki so mi zaupane, bom varoval tudi po njegovi smrti.*

Enako navaja Mednarodni kodeks zdravniške etike (London 1949, Sydney 1968, Benetke 1983): *Edino vodilo za zdravnika, ki se odloči za zdravljenje, ki bi lahko bolnika telesno ali duševno oslabilo, mora biti v korist bolnika.*

Bolnik ima pravico pričakovati, da mu bo zdravnik predan in mu bo nudil vse, kar premore medicinska znanost. Zdravnik naj ohrani popolno molčečnost o vsem, kar ve o svojem bolniku, tudi po njegovi smrti.

V nadaljnjem bi navedli nekatere deklaracije, smernice, resolucije SZZ, ki se dotikajo pravic in obravnave bolnikov, med katere moramo šteti brez dvoma tudi bolnike s področja bolezni odvisnosti, čeprav jim ne zanikamo posebnega statusa v tretmanu, ki ga SZZ posebej ne obravnava.

Dvanajst načel zdravniške pomoči, veljavnih za vse nacionalne sisteme zdravstva (SZZ, New York 1963, Benetke 1983): *Vsak sistem zdravstvenega varstva mora omogočiti bolniku posvet z zdravnikom, ki ga sam izbere, ne da bi bilo to na kakršenkoli način okrnilo pravice zdravnika ali bolnika. Princip svobodne izbire mora veljati tudi v primeru, ko zdravljenje ali del zdravljenja poteka v okviru zdravstvene institucije.*

Zaupno naravo odnosa zdravnik–bolnik morajo poznati in upoštevati vsi, ki sodelujejo pri zdravljenju in nadzoru bolnika. Na primeren način jo morajo podpreti tudi oblasti.

Nedvomno da računalniki ogrožajo intimnost in osebno varnost ljudi, zato je SZZ sprejelo tudi resolucijo o uporabi računalnikov v medicini (München 1973, Benetke 1983). Resolucija zahteva:

- nacionalna zdravniška združenja morajo sprejeti vse potrebne ukrepe za zagotovitev tajnosti, varnosti in zaupnosti podatkov o svojih bolnikih;

- tega zaupanja ne kršimo, če izročimo ali prenesemo zaupni podatek o postopku, zdravljenju z namenom, da omogočimo znanstveno raziskavo, sodno ali finančno oceno, razvoj programa ali podobnih študij – če izročeni podatek bolnika ne identificira posredno ali neposredno;

- nacionalna zdravniška združenja morajo odkloniti vse poskuse uveljavljene zakonodaje v elektronski obdelavi podatkov, ki bi lahko škodile ali ogrozile bolnikovo pravico o molčečnosti, varnostnosti in zaupnosti. Preden gre podatek v računalnik, je treba zagotoviti učinkovito zaščito pred neavtorizirano uporabo seznama socialnega skrbstva ali drugih podatkov;

- banke zdravstvenih podatkov ne morejo biti povezane z osrednjimi bankami podatkov.

Tudi ne bi smeli obiti deklaracije SZZ o zdravstvenem osebuju (Benetke 1983, Rancho Mirage 1986), po katerih je:

- vsakomur treba omogočiti najbolj kakovostno zdravstveno nego,

- vztrajati, da bo zdravniška oskrba na visoki kakovostni ravni,

- podpirati napredovanje znanja in tehnik, kar bo zagotovilo razvoj medicinske znanosti. Zato je skupščina SZZ nujno pozvala nacionalna zdravniška združenja, da skupaj s svojimi vladami poskušajo s *pravnimi sredstvi zagotoviti uresničevanje teh načel.*

SZZ je na 40. skupščini (Dunaj 1988) sprejelo posebno resolucijo, v kateri so upoštevali, da so nekatere generična zdravila slabše kakovosti, povzročajo pri bolniku škodljive posledice, za katere pa bo odgovarjal zdravnik. Zato je SZZ sklenilo:

- da v celoti podpira pravico in dolžnost zdravnika, da ravna v največjo korist bolnika,

- da zavrne vsakršno vmešavanje v odločitve zdravnika, ki ravna v bolnikovo korist,

- da se mora zdravnik pri predpisovanju drog ravnati po strokovnih merilih,

- vsiljevanje generičnih zdravil, ki imajo izkazane kakovosti, velja kot vmešavanje v zdravnikovo pravico odločanja, za možne in škodljive posledice bo namreč odgovarjal zdravnik,

- da SZZ najodločneje podpira ukrepe nacionalnih zdravniških združenj, *ki naj zavarujejo zdravnikove strokovne odločitve pred vsakršnim vmešavanjem*, ki bi lahko povzročile negativne posledice pri bolniku, odgovoren zanje pa bi bil zdravnik.

SZZ je v resoluciji o skupinskem zdravstvu (Dunaj 1988) sklenilo podpreti skupinsko zdravstvo kot eno od oblik, ki lahko zagotovi kakovostno in nepretrgano oskrbo po načelih zdravniške etike.

Posebno pozornost je Združenje namenilo terapevtski substituciji (Rancho Mirage 1990), po kateri zavrača:

- terapevtsko substitucijo, ker pri njej niso upoštevane vse informacije in ker lahko škoduje bolnikovemu zdravju,

- vse zakone in druge predpise, ki terapevtsko substitucijo dovoljujejo.

V zadevi zdravljenja bolezni odvisnosti je tudi vsebinsko blizu prizadevanju zdravnika terapevta Deklaracija SZZ o neodvisnosti in poklicni svobodi zdravnikov (Rancho Mirage 1986), ki jo zaradi vsebinskega bogastva navajamo v celoti.

Deklaracija Svetovnega zdravniškega združenja o neodvisnosti in poklicni svobodi zdravnikov

Ker se SZZ zaveda pomena neodvisnosti in poklicne svobode zdravnikov, je sprejelo naslednja stališča: Zdravniki morajo poznati in varovati pravice svojih bolnikov, posebno tistih, o katerih govori deklaracija Svetovnega zdravniškega združenja iz Lizbone 1981.

Da bi zdravniki lahko brez zunanjega vplivanja zdravili svoje bolnike, morajo biti pri njihovem zdravljenju poklicno neodvisni. Imeti morajo možnost strokovne presoje in sprejemati klinične in etične odločitve, ki so v zvezi z zdravljenjem bolnikov.

Da bi zdravniki lahko zastopali in branili zdravstvene potrebe svojih bolnikov pred vsemi, ki bi odklanjali ali ovirali zdravje bolnikov ali ranjencev, morajo biti poklicno neodvisni.

Pri svojem poklicnem delu in pri oskrbi bolnikov zdravniki niso vezani na prioritete, ki jih je za distribucijo in porabo zdravil in medicinskih pripomočkov, ki so na voljo le v omejenih količinah, določila vlada ali družba. Če bi se zdravniki ravnali po teh prioritetah, bi prišli v nasprotje s svojimi poklicnimi dolžnostmi do bolnikov in se s tem odpovedali neodvisnosti, ki jo bolnik pričakuje.

Čeprav se mora zdravnik zavedati stroškov zdravljenja in ravnati tako, da bodo čim manjši, je njegova prva dolžnost upoštevati potrebe bolnika ali ranjenca in jih varovati pred tistimi težnjami družbe, ki omejujejo stroške zdravljenja do te mere, ko bi bilo ogroženo zdravje ali celo življenje bolnika.

Kjer skupnost zagotavlja neodvisnost in poklicno svobodo zdravnikov pri opravljanju njegovega poklica, s tem zagotavlja tudi najbolj kakovostno zdravstveno varstvo svojih državljanov in s tem obstoj močne in trdne družbe.

Izhodišča so tolikanj jasna in dorečena, da k njim ni potreben komentar, vsekakor pa je tudi za zdravljenje bolnikov z boleznimi odvisnosti marsikaj upoštevanja vrednega.

Deklaracija SZZ o substituciji generičnih zdravil (Hong Kong 1989) uveljavlja:

- da bi že na začetku zdravljenja dosegli najboljše rezultate, morajo zdravniki natančno določiti odmerke vsakega zdravila *še posebno skrbno pri bolnikih, ki imajo kronične težave in zahtevajo dolgotrajnejše zdravljenje*, kakor tudi pri bolnikih, ki pripadajo posebnim družbenim skupinam in pri katerih ne moremo pričakovati normalne reakcije na zdravila;

- nacionalna zdravniška združenja se morajo upreti vsakemu

poskusu omejevanja svobode in odgovornosti zdravnika pri predpisovanju zdravil, ki so po *njegovem prepričanju z medicinskega in finančnega stališča za bolnike najustreznejša*.

Omeniti je treba tudi Deklaracijo iz Madrida o poklicni samostojnosti in samonadzoru (Madrid 1987). Osrednji element strokovne samostojnosti je zagotovilo, da lahko vsak posamezen zdravnik svobodno sprejema strokovne odločitve v zdravstvenem varstvu in zdravljenju svojih bolnikov, kot je podrobneje utemeljeno v Deklaraciji SZZ o zdravnikovi neodvisnosti in strokovni svobodi, sprejeti oktobra 1986. SZZ in njegova nacionalna združenja zato ponavljajo svojo odločenost, da bodo vzdrževala in zagotavljala nadaljevanje strokovne samostojnosti v zdravstvenem varstvu bolnika, ki je eno bistvenih etičnih načel.

Strokovne dejavnosti in ravnanje zdravnikov morajo biti vedno v okvirih strokovnega etičnega kodeksa in načel zdravniške etike, ki so jim podrejeni zdravniki v posamezni državi. Nacionalna zdravniška združenja morajo spodbujati etično ravnanje zdravnikov v korist njihovih bolnikov.

Morda je teh iztržkov ali citiranja dovolj: Marsikomu se bo zdelo preveč ali celo odveč. Menimo pa, da je treba nujno opozarjati, kako se tudi deontologija razvija med dilemami sodobnega sveta in išče svojo pravično pot v bodočnost.

Iz prikazanega lahko razberemo in povzamemo, kako zelo se je namnožilo deontološko gradivo, ki je zdravniku v oporo, ko se neodvisno in samostojno odloča o zdravljenju svojih bolnikov, tudi izjemno izpostavljenih in hudo socialno ter zdravstveno ogroženih.

Preventivno gledano, narkomanija pomeni ne samo splošno, pravočasno odkrivanje ogroženih, ampak tudi javno in vsesplošno podporo, da bi jo vsaj zajezili, če že ne moremo preprečiti tega zla sodobnega človeka.

Povzetek

Narkomanija narašča tudi na Slovenskem. Starostna meja zasvojenih se znižuje in že prizadeva mladostnike, celo učence v osnovnih šolah. Alkoholizem zaradi vedno večjega števila zasvojenih ne kaže statističnega upadanja. Tudi pri zdravljenju narkomanov veljajo temeljna načela medicinske etike v odnosu zdravnik–bolnik, kjer se izostruje vprašanje prijave dolžnosti. Zasvojenici uporabljajo vedno trše droge, tako da so hašiš in druga blažja mamila zamenjala heroin in kokain. Zaradi tega opažamo naraščajoče število umrlih oseb zaradi akutnih zastrupitev z mamili, predvsem heroinom. V namene zdravljenja, objektivizacije diagnoze in kontrole so potrebne toksikološke preiskave.

Številne deklaracije, resolucije in smernice SZZ uravnavajo ravnanje zdravnika terapevta tudi pri zdravljenju bolezni odvisnosti, med katerimi se poudarja tudi Deklaracija o uporabi in zlorabi psihotropnih zdravil. Pri zdravljenju bolnikov z boleznijo odvisnosti je treba upoštevati tudi pravice bolnikov, in če se je zdravnik odločil za način zdravljenja, ki bi bolnika telesno ali duševno oslabilo, mora to biti v korist bolnika.

Načelo svobodne izbire zdravnika mora biti zajamčeno tudi za bolnike, ki so zasvojeni, ko se zdravijo v specifični zdravstveni ustanovi. Le združena preventivna ravnanost zdravnikov, vzgojiteljev, staršev, javnih občil in drugih bo lahko zajezila zlo tega stoletja, če ga že ni mogoče povsem izkoreniniti.

Literatura

Deklaracije Svetovnega zdravniškega združenja, prevedene v slovenščino – pri avtorju.

Anton Dolenc

Prispelo 1992-02-07

Sprejeto 1992-02-13

jubileji

PROF. DR. MILAN BETETTO – 70-LETNIK

22. januarja je profesor Betetto praznoval 70 letnico. Rodil se je v Ljubljani, kjer je tudi študiral medicino in leta 1948 promoviral. Od leta 1950 dela na Univerzitetni dermatološki kliniki in od leta 1955 tudi na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Priden in



zagnan se je najprej izpopolnjeval v Zagrebu, Münchnu in Dunaju. Leta 1964 si je pridobil doktorat znanosti in se vnaprej habilitiral za docenta. Leta 1970 je bil izvoljen za izrednega, leta 1975 pa za rednega profesorja dermatovenerologije.

Svoje poklicno udejstvovanje je v celoti posvetil dermatovenerologiji, svoje ljubiteljsvo in simpatije na hokeju na ledu. Posebej se je ukvarjal z zdravljenjem kožnih bolezni in epitelomov kože z rentgenskimi žarki. Prvi je pri nas uvedel zdravljenje dermatoz z mehкими rentgenskimi žarki iz daljave. Na kliniki je organiziral fizikalno terapijo dermatoz in fotolaboratorij z obsežnim arhivom. Osnovalec je dermatoonkološko in dermatokirurško ambulantno dejavnost.

O svojih izsledkih je poročal na kongresih doma in v tujini in objavil številna raziskovalna dela v priznanih revijah, večje število tudi v tujih. Edini med Slovenci (poleg prof. Kogoja) je bil povabljen, da je prispeval poglavje v znamenitem Jadassohnovem priročniku kožnih in spolnih bolezni, ki je izšel v dvajsetih debelih zvezkih. Zasnoval in skupaj s prof. Fettichom je napisal uspešen učbenik dermatovenerologije, ki ga odlikuje tehnično vzoren in strokovno odlično izbran slikovni del. Dve izdaji sta razgrabljeni, zato pripravljata tretjo.

Ob 70 letnici mu želimo veliko zdravja, da bo tudi to delo uspešno zaključil.

Dr. Marko Lunder

izpopolnjevanja v München, Hamburg, Berlin in na Dunaj, v takratne vodilne razvojne centre rentgenologije v Evropi.

Po končani specializaciji je pričel s privatno prakso v sanatoriju Emona, tudi tu uporabil svoj izumiteljski talent in priredil svoj aparat za tomografijo, ki je bila takrat metoda izbora pri diagnostiki pljučne tuberkuloze.

V začetku vojne so se v sanatoriju Emona pričeli zdraviti ranjeni partizani, pri čemer je primarij sodeloval. Zaradi tega mu nista bila prihranjena niti zapor niti deportacija v Begunje. Po končani vojni so njegov rentgenski aparat nacionalizirali, njega pa mobilizirali v jugoslovansko armado. Kljub temu, da je napredoval v majorja in postal šef rentgenskega oddelka vojaške bolnišnice in prejel različna odlikovanja, mu je bila vojaška suknja tesna in jo je ob prvi priliki po 13 letih slekel ter postal šef rentgenskega oddelka na novo ustanovljeni Polikliniki v Ljubljani. Tu se je tudi leta 1971 upokojil.

Bil je učitelj prvim generacijam študentov na šoli za RTG tehnike. Predaval je predmete: rentgenska tehnika, poznavanje rentgenske aparature in slikanja, rentgenska in splošna fotografija in vojna rentgenologija.

Narava pa ga ni obdarila samo z opisanimi talenti, ampak tudi s talentom za glasbo in likovno umetnost. Kot mladenič je pel v pevskih zborih, kasneje pa se je glasbi posvečal le pasivno in ni zamudil nobene operne predstave niti koncerta. Poleg tega pa je še zbiral plošče in sploh užival v glasbi. Od likovnih stvaritev pa je poleg risb vrezoval in vžigal njemu tako ljube ljudske ornamente v les in usnje, ukvarjal se je z grafiko in barvno fotografijo. Z neverjetno potrpežljivostjo je čakal trenutek, da se je igra svetlobe in sence ter barv zlila v slikovno kompozicijo. Če je le mogel, je s svojimi verzmi polepšal proslave, tako uradne kot tudi zasebne. S kaligrafsko pisavo so sodelavci dobili v verzih napisane hišne žegne in prigodnice ob rojstvu otrok, ob življenjskih jubilejih ali ob vsetitvi v novo stanovanje. Otrokom sodelavcev pa bo ostal v spominu kot Dedek mraz v kranjskem kožuhu. Še dolgo po upokojitvi je za doktorate, častna članstva, obletnice kolegov in ob podobnih prilikah poskrbel za lično izdelane diplome v starinski pisavi na pergamentu in s pečati kot se spodobi. Če jih je predajal sam, je to vedno pospremil z latinskimi nagovorom.

Težko se je izogniti suhoparnemu naštevanju del človeka, čigar življenje je bilo tako polno kot je bilo primarijevo. Bil je človek, ki je znal izkoristiti vse svoje talente, čeprav so mu mnogi to tudi pooditali... Vprašati pa se moramo, če ni z risanjem, s kaligrafijo, z glasbo, z barvno fotografijo kompenziral poklicnega dela v temi. Morda so bili tako imenovani konjički tolažba za razočaranje, ko je lahko prebiral o napredku tehnologije v svetu, ob tem pa se zavedal naše revščine in tehnološkega zaostajanja. Saj mu je bilo dano, da je pri nadomeščanju kolegov, ko je že bil v pokoju, šele prvič v življenju delal

In memoriam

PRIM. DR. RUDOLF DEL COTT 1904–1991

Na pragu jeseni smo se 19. septembra poslovili na ljubljanskih Žalah od zadnjega pionirja rentgenologije v Sloveniji. Od človeka, ki je živel polno življenje. Rojen v Trstu se je po prvi svetovni vojni leta 1918



preselil v Ljubljano, se v njej šolal, maturiral in vpisal na medicinsko fakulteto.

Poslušal je anatomijo pri nestorju prof. Plečniku in postal tudi anatomski preparator. Tako kot mnogi drugi je zaradi nepopolne medicinske fakultete moral oditi na študij v tujino. Izbral si je Innsbruck, kjer je leta

1931 tudi promoviral. Nedvomno je bil pokojni primarij človek, kakršnega opisuje insbrški anatom Siegelbauer kot moto svoje knjige:

»Zdravnik se mora učiti opazovati, imeti mora v sebi nekaj umetniškega čuta ter ne sme biti slep za barvo in obliko.« Zanimanje za elektriko pa je bil vzrok, da je po sekundariatu na kirurgiji odšel v uk k nestorju slovenske rentgenologije prim. dr. Kunstu. Tu pa se ni učil le rentgenologije, ampak tudi fotografije, ob tem pa je razvijal še svoj talent risanja in kaligrafije. Na njegovi 60-letnici smo doživeli, kakšni so bili odnosi med učiteljem in učencem, ko mu je učitelj zavrtel prvi slovenski amaterski barvni film, pri katerem je sodeloval.

Med specializacijo pa je lahko pokazal tudi svoje izumiteljske sposobnosti, saj je razvil metodo za usmerjeno slikanje prebavnih organov ter za serijsko slikanje. Pokazal je tudi pedagoške sposobnosti, ko je kot klasik, ki je odlično obvladal latinščino in grščino, sestavil prvi medicinski terminološki slovar, ki je izpopolnjen dosegel šest izdaj. Pot ga je zanesla tako kot mnoge druge iz njegove generacije na strokovna

z elektronskim ojačevalom slike, katerega pa je že dolgo vrsto let poznal iz strokovne literature, ki jo je ves čas spremljal, saj je bil predan stroki, katere razvoj v Sloveniji je uspešno soustvarjal.

Prim. dr. B. Spiller

medikohistorična rubrika

DOLG, KI SMO GA POZNO PORAVNALI!

(Ob odkritju spominske plošče prim. dr. Mirku Černiču v Metliki, torek, 26. november 1991)

Res je, da smo ta dolg pozno poravnali, vendar slovesnost, ki je bila 26. novembra preteklega leta v Metliki, dokazuje, koliko in kako sedaj, po dolгих letih cenimo primarija dr. Mirka Černiča (sl. 1). Prim. M. Černič je imel v življenju srečo, da je lahko v vsakem trenutku svoje bogate življenjske poti ocenil, kaj je prav, pošteno in potrebno, pa naj bo to na ožjem medicinskem področju, kot tudi pri ustvarjanju slovenske zdravstvene besede. Prim. M. Černič se tako pridružuje velikanom naše, sicer majhne, toda opazne zdravniške sredine, kamor spadajo poleg zdravnikov tudi številni humanisti, pesniki in pisatelji, slikarji in drugi pomembni ustvarjalci iz vrst zdravnikov. Tudi prim. M. Černič je moral kot številni njegovi rojaki zaradi revščine zapustiti domače ognjišče in se podati v svet. Saj poznamo njihovega pesnika, ki opisuje deželo, sicer bogato sonca, vendar revno zemljo z veliko belega kamenja, ki ni mogla prehraniti svojih ljudi. Prava sreča je bila, da se je vendarle vrnil iz tujih krajev in ostal pri nas v Mariboru, kjer je preživel večji del svojega plodnega življenja.

Proslavo lahko uvrščamo med enega izmed pomembnejših dogodkov v vsakdanu prijazne Metlike, mesteca, ki s svojo razgibanostjo izredno pritegne obiskovalca. Poslušali smo nagovor akademika prof. dr. V. Kambiča, sledili so pozdravi številnih udeležencev in predstavnikov naših ustanov, Slovenskega zdravniškega društva, Akademije znanosti in umetnosti, Medicinske fakultete

in drugih. Slovesnost se je zaključila z bogatim kulturnim programom, ki so ga izvedli priznani umetniki. Kakovostni program je bil vsekakor plod ustvarjanja samih Metličanov, od ubranega okteta do virtuoznosti izvajalca na harmoniki, recitatorjev ter spremene besede pesnika Menarta, vse je bilo lepo in ubrano. Bilo je kot hvalnica lepi belokranjski zemlji, ki tudi v tem, sicer temačnem in deževnem zimskem dnevu ni mogla skriti svoje lepote.

Po proslavi smo se zbrali pred rojstno hišo slavljenca, kjer je gospod B. Matkovič, župan mesta Metlike, odkril spominsko ploščo. O svojih vtisih, spominih in mnenjih smo se lahko pomenili malo kasneje v podzemni vinski kleti, ki nas je prevzela s svojo mogočnostjo in tudi kakovostjo tamkajšnjih vin. Tu so se naši Metličani v celoti izkazali kot odlični gostitelji.

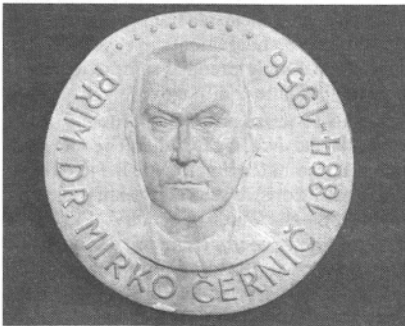
Gibalo vsega dogajanja je bil akademik dr. V. Kambič. Njegovi sta bili zamisel in iniciativa. Vsa trda in neredko nevhvaležna pot organiziranja je zasluga našega akademika. V svojem govoru je najprej podal nekaj drobcev iz življenjepisa slavljenca. Zvedeli smo, da je kot mlad fant odšel v bližnje Novo mesto in zatem v Ljubljano na šolanje ter pozneje dokončal medicinski študij na Dunaju. Po začetnem službovanju v različnih krajih se je po prvi svetovni vojni dokončno ustalil v Mariboru, kjer je deloval ves čas do začetka druge svetovne vojne kot primarij-kirurg. Zanimiva so bila tudi pričevanja drugih govornikov, ki so prim. M. Černiča поблиže poznali. Zvedeli smo, kako trdo je bilo delo v partizanski bolnišnici Kanižarici, kjer je prim. M. Černič v kljub vojni vihari stalno skrbel za svojo strokovno kakovost in izpopolnjevanje. To pomeni, da se je tudi v takratnih težkih razmerah nudila bolnikom in ranjencem visoka strokovna pomoč. Govorniki so nadalje poudarili pomen in ustvarjalnost prim. M. Černiča v soustvarjanju slovenskega medicinskega izrazoslovja. Uvedel je veliko novih strokovnih izrazov. Teh je bilo toliko, da so dobesedno preplavili sprejemljivost takratne zdravniške sredine. Kakor vsaka takšna dejavnost je tudi ta porodila določen, za takratne razme-

re bi lahko rekli, odpor, za današnje čase pa živahno in odkrito polemiko. Ko to dogajanje opazujemo danes iz določene časovne razdalje, lahko trdimo, da je bilo ravno takratno pravdanje tisti kvas, iz katerega so vzniknile nove misli in snovanja, le-te so po svoje še dodajale k intenzivnejšemu soustvarjanju slovenske zdravstvene besede. Značilnost njegove osebnosti je tudi njegova klenost, nepopustljivost in predanost stroki. Ko je uvidel in se prepričal, da so njegova stališča pravilna in da je na pravi poti, je na njej tudi vztrajal. In na ta način je v mnogem pomagal tudi svojim bolnikom.

Lepa spominska plošča je delo akademskega kiparja Petra Černeta in livarja Nikolaja Fona, ki sta, če izvajamo stroške za dragoceno litino, svoje delo brez kakršnegakoli materialnega nadomestila poklonila spominu te osebnosti. Ne gre pozabiti, da je prim. M. Černič na posredni način, dolgo po svoji smrti pomagal premnogim beguncem iz bližnje Hrvaške, ki so našli svoje zatočišče v Beli Krajini, saj so zbrana sredstva namenili kot pomoč tem beguncem. Zanimivost značaja prim. M. Černiča se nam je pokazala tudi, ko smo zvedeli, da se je dvakrat odpovedal vabilu Medicinske fakultete v Ljubljani, naj sodeluje kot učitelj. Zakaj se temu ni odzval, ostaja naši zgodovini, da razišče, čemu je bilo tako. Morda je prim. M. Černič takrat menil, da je njegovo delo ob operacijski mizi bolniku bolj potrebno kot pa predlagana mu akademska pot. Med govorniki so nam bile prav pri srcu besede njegove hčerke Barice, ki se je v imenu svojih zahvalila temu, da se je slovenska zdravniška sredina spomnila njenega očeta, ter za vse, kar je bilo storjenega v zvezi s počastitvijo te izredne osebnosti.

Prim. M. Černič je sedaj med nami. Vse li smo bili tudi besed zgodovinarja prof. P. Borisova, ki je zagotovil, da bo v kratkem objavljena bogata biografija našega slavljenca. Z odkritjem spominske plošče, slovesnostjo in biografskim prikazom smo prepričani, da bo prim. M. Černiču zagotovljeno pravo mesto v naši medicini, ki bo ustrezno njegovemu velikemu prispevku. Slovesnost je bila za Metliko in njene ljudi vsekakor izjemen dogodek. Tudi vsi, ki so se tega dogodka udeležili iz Maribora, Ljubljane ter drugih krajev Slovenije in iz prelepe Bele Krajine, so ob oživiljanju lika prim. M. Černiča, njegove osebnosti in ustvarjalnosti doživljali lepe trenutke. Vsakomur, ki mu je pri srcu naše slovensko zdravništvo kot dejavnik tvornosti slovenske družbe, bo lik slavljenca ostal v neizbrisnem spominu. Vsem pa, ki so k temu pripomogli, velja naša hvaležnost, saj je bil ta zapoznili dolg poplačan z bogato vsebino. Slovensko zdravništvo ima od tistega torka dalje lik prim. dr. Mirka Černiča na pravem mestu.

Stojan Plesničar



Sl. 1. Spominska plošča na rojstni hiši prim. dr. Mirka Černiča.

medikohistorična rubrika

OB 50. OBLETNICE PRIHODA PRVIH SLOVENSKEH ZDRAVNIKOV V ENOTE NOV IN PO SLOVENIJE

V IV. knjigi Zbornika dokumentov in podatkov sanitetne službe v NOB na Slovenskem je objavljen osnutek poročila o delu Zdravniškega matičnega odbora (ZMO) Osvobodilne fronte (OF) Slovenije. To poročilo je nameravala prof. dr. Božena Ravnihar dati na sestanku sklica partizanskih zdravnikov na Sanitetnem oddelku Glavnega štaba NOV in POS. To je bilo v začetku leta 1944, ko je bila dr. Ravniharjeva že dve leti partizanska zdravnica. Ker je v osnutku poročila posebna točka o rekrutaciji partizanskih zdravnikov, je avtorica v pogovoru ob 50-letnici odhoda prvih slovenskih zdravnikov v partizanske enote dodala našim zbranim podatkom še nekaj svojih spominov.

Zdravniški matični odbor (ZMO) OF – dr. Ravniharjeva je bila članica tega odbora – je za odhod v partizane pozival predvsem mlajše zdravnike, ki niso bili še službeno ali družinsko vezani. Temu pozivu se je v letu 1941 odzval le en zdravnik, in to dr. Jože Gabrovšek, ki pa se je že po dobrem mesecu bivanja v partizanski enoti vrnil v Ljubljano in pojasnil, da v tedanjem načinu partizanskega bojevanja, t. j. v stalnih premikih tedaj še majhnih enot in brez zaledja, zdravnik ne more ustrezno oskrbovati ranjencev. Boljša zdravniška oskrba ranjencev je do tedaj še vedno bila v bolnišničnih ustanovah v Ljubljani, kamor so konspirativno pripeljavali partizanske ranjence. Prav tako pa je bila tudi praksa, da so zdravniki, predvsem pa zdravnice, odhajali na teren, kjer so oskrbovali ranjence.

Ta položaj pa se je spremenil v začetku leta 1942, ker so partizanske enote že tako narasle, da so potrebovale stalnega zdravnika. Tudi »osvobodjena« območja, ki so jih kontrolirale partizanske enote, so šele tedaj omogočala razvoj partizanskega zdravstva.

Člani in glavni aktivisti ZMO so imeli sestanke po terenskih odborih OF v zdravstvenih ustanovah v Ljubljani. Teh je bilo takrat kar 30. Tu so nagovarjali zdravnike, da gredo v partizane. Imena tistih, ki so se odločili za to, smo, pravi dr. Ravniharjeva, sporočili dr. Alešu Beblerju, ki je bil tedaj namestnik komandanta Glavnega štaba Slovenije.

Maja 1942 je odšlo iz Ljubljane v partizane 16 zdravnikov in en zobotehnik. Od teh so bili le štirje člani KP.

V tej prvi skupini partizanskih zdravnikov je bilo največ mlajših kolegov, in to:

Zdravniki stažisti: dr. Bidovec-Arnold Jagoda, dr. Budič Zdenko, dr. Gala Aleksander-Peter, dr. Gerbec Miroslav, dr. Južnič Marjan-Niko, dr. Morelj Marjan, dr. Mravljak Dušan in dr. Pirc Stanko.

Zdravniki, brezplačno zaposleni: dr. Ravnihar Božena-Nataša iz Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo, dr. Župančič Andrej-Mike iz Inštituta za fiziologijo Medicinske fakultete in dva kirurga: dr. Milavec Karel Tine, dr. Pohar Edi.

Že zaposleni so bili sledeči: dr. Lunaček Pavel-Igor, primarij v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo (roj. 1. 1900), dr. Novak Franc-Luka, sekundarij v Inštitutu za raziskovanje in zdravljenje novotvorb (roj. 1. 1908), dr. Obračunč Rudolf-Cedrik, nameščenec na jetniškem oddelku Splošne bolnišnice v Ljubljani (roj. 1. 1905) in dr. Cunder Milan (roj. 1. 1908), asistent na Anatomskem inštitutu Medicinske fakultete.

Ker so italijanske oblasti takrat že močno povečale svojo budnost in teror proti naraščajočemu odporniškemu gibanju in OF v tako imenovani Ljubljanski pokrajini (»Provincia di Lubiana«), je moral biti odhod teh zdravnikov pripravljen v največji tajnosti.

Dr. Ravniharjeva opisuje, kako je moral biti odhod zdravnikov in borcev sploh iz Ljubljane v partizane skrbno pripravljen:

»Največ težav je bilo s pridobitvijo 'Lascia passare' (to je z dovoljenjem za potovanje, ki ga je izdajala italijanska oblast). Te je morala tajna tehnika OF seveda ponarediti za vsakega posebej. Za gibanje po partizanskem osvobojenem ozemlju pa smo dobili propustnice, izdane od OF in poveljstva NOV. Dr. Aleš Bebler se je povezal s prijavljenimi prostovoljci-zdravniki prek kurirke: Vesne Stranič, Štefke Lorbec in Vilme Bebler. Te so odhajajočim zdravnikom povedale, kje so javke, jim dale druga navodila in jim izročile navedene dokumente.«

Dr. Aleksander Gala je na primer zapisal, da mu je »propustnico« pred odhodom v partizane 28. maja 1942 prinesla na železniško postajo Vesna Stranič. Z njo se je potem ponovno srečal v Stični, kjer je izstopil in odšel z njo do Muljave; od tod je odšel v bataljon Notranjskega odreda (1).

Kakšna previdnost je bila potrebna pri odhodu v partizane, priča tudi pripoved (2) dr. Stanka Pirca: Prav pred njegovim odhodom 26. maja 1942 iz Broda pri Novem mestu na že predvideno javko v Videm-Dobrepolje je k njemu prišla neznana kurirka in mu povedala, da mora zaradi varnosti spremeniti mesto javke. Ta je bila v Stični, kamor ga je tudi sama spremljala. Od tu dalje je po zvezi odšel na dogovorjeno javko k izviru Krke, od tam pa po novi zvezi v Šiškov bataljon II. grupe odredov.

O temeljiti pripravljenosti in previdnosti pri odhodu pa še naslednje: Boženo so na kolodvoru v Ljubljani pred odhodom na vlak telesno preiskali in na srečo italijanska

preiskovalka ni našla partizanske propustnice, ki jo je imela zatlačeno za nogavicami.

Če pogledamo datume odhodov zdravnikov iz Ljubljane, vidimo, da ni vsa skupina odšla istega dne in tudi njihove javke niso bile iste. Smer je bila Dolenjska in javke so bile v Znojilah, na Muljavi, v vasi Krka. Iz vlaka so izstopali v Stični ali na postaji Videm-Dobrepolje.

Dr. Božena Ravnihar pravi, da sta se z dr. Andrejem Župančičem odpeljala iz Ljubljane 28. maja 1942 v Stično in nato odšla peš prek Muljave v Znojle. Tudi dr. Pavel Lunaček in dr. Franc Novak sta skupaj odpotovala v Stično 28. maja 1942 in tam po obisku znancev odšla proti Muljavi (3). Dr. Marjan Južnič je odšel iz Ljubljane v Stično 26. maja 1942 (4). Dr. Marjan Morelj in dr. Miroslav Gerbec sta se odpeljala 21. maja 1942 do postaje Videm-Dobrepolje (5). Dr. Karel Milavec se je odpeljal iz Ljubljane skupaj z dr. Zdenkom Budičem 1. junija v Stično (6).

Prvi stik s poveljstvi Glavnega štaba NOV in POS je imela skupina Lunaček, Novak, Novak, Ravniharjeva, Župančič in Južnič v Znojilah in v Ambrusu. Tu so se srečali in obširno pogovorili z dr. Alešem Beblerjem in komisarjem II. grupe odredov Dušanom Kvedrom predvsem o nalogah zdravnikov v partizanskih enotah.

V štabu poveljstva partizanskih enot na Tisovcu so tudi dobili navodila in razporeditve v enote. Tu jih je že čakal sanitetni material v tornistrah in torbah, ki je bil skrbno pripravljen v Ljubljani in tajno prepeljan na osvobodeno ozemlje.

Tudi drugi zdravniki so imeli prve stike s poveljstvi v Suhi Krajini, v Znojilah, na Muljavi, v Ambrusu in na Tisovcu. V teh krajih so se tedaj okrog 4. aprila 1942 preformirale enote in odredili. Koncentracija letih je bila v osvobojenem območju med reko Krko in naselji: Krka, Dvor z vzhodne strani in Turjak, Velike Lašče in Kočevje z zahodne strani. Glavni štab je bil na Polici.

Kam so bili razporejeni zdravniki? Dr. Ravniharjeva se spominja svojih prvih dolžnosti:

»Dr. Lunaček in jaz sva dobila nalogo, da ustanoviva bolnišnico na varnem mestu. Dr. Lunaček je odšel na teren in našel primeren kraj, kjer smo ustanovili Centralno bolnišnico na Daleč hribu v poslopju gozdne uprave. Ambulanto za sprejem ranjencev in bolnikov pa v Podstenicah. To je bilo na območju V. grupe odredov. Upravnik bolnišnice je postal Lunaček, jaz njegova pomočnica in zdravnica v ambulanti, Župančič, ki je bil prej v operativni enoti, pa je postal komisar te bolnišnice.«

Iz zbranih podatkov je mogoče zaključiti odhod drugih zdravnikov v sledeče enote:

Dr. Franc Novak in dr. Marjan Južnič sta odšla v udarni bataljon »T. Tomšič«. Dr. Karel Milavec je došel v svojo enoto v V. bataljon Notranjskega odreda v Zapotok pod Kureškom (6). Dr. Dušan Mravljak je

odšel iz Ljubljane v partizane konec maja 1942 in z II. grupo odredov na Gorenjsko in potem na Štajersko; padel je na Pohorju 8. januarja 1943. Tudi dr. Zdenko Budič je odšel z II. grupo odredov prek Notranjske v Dolomite, kjer je padel čez mesec dni (7). Dr. Rudolf Obračunč je bil maja 1942 zdravnik v II. grupi odredov. (Bil je že oktobra 1941 zdravnik v Zagorski četi in se je vrnil v Ljubljano, tako kot je bil avgusta 1941 tudi dr. Jože Gabrovšek v Cankarjevem bataljonu na Gorenjskem in se je vrnil v Ljubljano. Dr. Gabrovšek je kot partizanski zdravnik umrl maja 1943 v bolnišnici v Drežnici zaradi pegavega tifusa.) (8)

Dr. Edi Pohar je odšel v partizane 1. junija 1942 na Gorenjsko in z večjo skupino borcev prek italijansko-nemške meje v polhogradske hribe. Dodeljen je bil Cankarjevemu bataljonu kot sanitetski referent. Istčasno je z njim prišel na Gorenjsko dr. Milan Cunder in bil dodeljen v Kamniški bataljon (9).

Med prve partizanske zdravnike navajamo tudi dr. Lojzeta Mihelčiča, zdravnika Belokranjske čete novembra 1941 in nato zdravnika sanitetne postaje 3. v Kočevskem

Rogu maja 1942. Dr. Mihelčič je odšel v partizane iz Bele Krajine (10).

V prvih mesecih leta 1942 je bilo v partizanih že več medicincev študentov MF



v Ljubljani, npr.: Drago Flis, Marko Dostal, Janez Kmet, Janez Konšek, Vladimir Kravos, Janez Magister, Jože Marinček, Ivan Matko, Franc Polh, Albin Šivic, Maks Str-

mecki, Lojze Zajc. V Raški četi je že oktobra 1941 padel Vinko Železnikar.

Prihod prvih partizanskih zdravnikov je sovpadal s številčnim porastom partizanskih enot in njihovo prerazporeditvijo v večje udarne enote, na osvobojenem območju pa so ustanovljene prve tajne partizanske bolnišnice.

Dr. Ivan Cibic,
dr. Pavla Jerina-Lah

Viri

- 1, 3, 4, 5, 8, 9. VMA »Hronike o radu sanitetne službe u NOR 1941-45. Slovenija X. in XI. zvezek, Beograd 1967.
- 2, 6. Osebnostno sporočilo in Anketni list za partizanske zdravnike.
7. Gradivo o slovenski partizanski saniteti, Sekcija partizanske sanitete SZD, 1978.
10. Zbornik dokumentov in podatkov sanitetne službe v NOV na Slovenskem, ZZD. Sekcija partizanske sanitete.
 - Sanitetne organizacije v Ljubljani v prvem letu osvobodilne borbe: Ljubljana v ilegali, DZS 1961: 320-34 (18)
 - Oris razvoja Slovenske centralne vojno-partizanske bolnice SCVPB v Rogu. ZV 43: 6, 349-52, 1974.
 - Delo ZMO v Ljubljani v prvem letu NOB, Zbornik dokumentov in podatkov v NOV na Slovenskem 1941-45, ZZD Sekcija za partizansko zdravstvo, knjiga 4: 436-58, 1984 (85).

nove knjige

PRIKAZI

Stomatologija

L. Tronstad: *Clinical Endodontics*. Stuttgart: Georg Thieme, 1991, 238 strani, 353 črno-belih ilustracij, cena 64 DEM.

Bolečina v predelu glave (velja predvsem za akutno obliko bolečine) je v približno 60% pogojena z boleznimi zob, in to predvsem z vnetji zobne pulpe. To pulpno bolečino lahko uvrstimo po jakosti v skupino bolečin, ki nastopijo ob akutnih napadih žolčnih ali ledvičnih kamnov in zato je hitra diagnostika in pravilna diferencialna diagnostika zelo pomembna, saj omogoča hitro, in če je pravilna, zelo uspešno terapijo. Endodontija je veda v stomatologiji, ki se ukvarja s patologijo zobne pulpe in metodami njenega zdravljenja. Veda je stara, saj so prvi

poskusi zdravljenja pulpnih vnetij znani iz obdobja pred našim štetjem! Napisanih je veliko knjig in razprav, mnogo avtorjev iz šol ponuja svojo vizijo preprečitve in terapije zobnih bolezni.

Norveški profesor Tronstad je knjigo, o kateri poročam, koncipiral in napisal tako, da je gotovo ena najboljših strokovnih knjig, ki sem jih prebral v zadnjem času. Lahko bi dejal, četudi je to za oceno strokovne knjige kar malo nespodobno, da sem jo prebral na dušek! Na prvi pogled je sicer napisana tradicionalno, saj se začenja z anatomijo, fiziologijo, histologijo in nato patologijo zobne pulpe. V naslednjih poglavjih opisuje avtor diagnostiko in nato terapijo različnih oblik boleznih zobne pulpe. V zadnjih poglavjih opisuje instrumentarij in zdravljenja, ki so potrebna ob zdravljenju, ter različne zaplete, ki pri tem lahko nastanejo, ponuja pa tudi nekatere rešitve.

Glavna odlika knjige je preprostost, a preprostost tiste vrste, ki si jo lahko pri-

vošči samo tisti, ki o stvari, o kateri piše, ogromno ve. Bralec mora zato natančno prebrati te, z izkušnjami nabite vrstice, in natančno mora pregledati tudi komentarje k dobrim črno-belim posnetkom in risbam, ki v tej knjigi niso mašilo, ampak dragoceno dopolnilo besedila. Velika odlika knjige je tudi obzirna kritičnost ob opisovanju nekaterih tehnik in metod zdravljenja in citiranja avtorjev, ki so svoja dela objavljali po l. 1985.

Literatura je zbrana na koncu knjige, ne za vsakim poglavjem, kar je vsaj zame preglednejša oblika. Kot sem že omenil, citiranih avtorjev ni veliko, so pa izbrani in sveži! Pojmovno kazalo na koncu knjige je dovolj podrobno, da bralec lahko hitro poišče ključne pojme, ki jih je najti v knjigi. Oprema, tisk pa tudi cena so solidni. Študentom stomatologije in tudi zobozdravnikom jo lahko samo toplo priporočam.

Dr. Matjaž Rode

Slike

Risbe morajo biti risane s črnim tušem na bel trd papir. Pri velikosti je potrebno upoštevati, da bodo v ZV pomanjšane na širino stolpca (81 mm) ali kvečjemu na dva stolpca (168 mm). Morebitno besedilo na sliki mora biti izpisano z letraset črkami Helvetica Medium. Pri velikosti črk je potrebno upoštevati, da pri pomanjšanju slike za tisk velikost črke ne sme biti manjša od 2 mm. Grafikoni, diagrami in sheme naj bodo uokvirjeni.

Na hrbtni strani vsake slike naj bo s svinčnikom napisano ime in priimek avtorja, naslov članka in zaporedna številka slike. Če je treba, naj bo označeno kaj je zgoraj in kaj spodaj.

V besedilu prispevka je potrebno označiti, kam spada posamična slika.

Literatura

Vsako trditev, dognanje ali misel drugih, je potrebno potrditi z referenco. Neobjavljeni podatki ali pa osebno sporočilo ne spada v seznam literature. Navedke v besedilu je potrebno oštevilčiti po vrstnem redu, v katerem se prvič pojavijo z arabskimi številkami v oklepaju. Če se pozneje v besedilu znova sklicujemo na že uporabljeni navedek, navedemo številko, ki jo je navedek dobil pri prvi omembi. Navedki, uporabljeni v tabelah in slikah, naj bodo oštevilčeni po vrstnem redu, kakor sodijo tabele ali slike v besedilo. Pri citiranju več del istega avtorja, dobi vsak navedek svojo številko, starejša dela je potrebno navesti prej. Vsi navedki iz besedila morajo biti vsebovani v seznamu literature.

Literatura naj bo zbrana na koncu članka po zaporednih številkah navedkov. Če je citiran članek napisalo 6 avtorjev ali manj, jih je potrebno navesti vse; pri 7 ali več, je treba navesti prve tri in dodati et al. Če pisec prispevka ni znan, se namesto imena napiše Anon. Naslove revij, iz katerih je navedek, je potrebno krajšati kot to določa Index Medicus.

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

1. Bohinjec J. Temelji klinične hematologije. Ljubljana: Dopsna delavska univerza Univerzum, 1983: 182–3.

– primer za poglavje iz knjige:

2. Garnick MB, Brenner BM. Tumors of the urinary tract. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS eds. Harrison's principles of internal medicine. 11th ed. Vol 2. New York: McGraw Hill, 1987: 1218–21.

– primer za članek v reviji:

3. Šmid L, Žargi M. Konikotomija – zakaj ne. Med Razgl 1989; 28: 255–61.

– primer za članek iz revije, kjer avtor ni znan:

4. Anon. An enlarging neck mass in a 71-year-old woman. AM J Med 1989; 86: 459–64.

– primer za članek iz revije, kjer je avtor organizacija:

5. American College of Physicians. Clinical ecology. Ann Int Med 1989; 111: 168–78.

– primer za članek iz suplementa revije:

6. Miller GJ. Antithrombotic therapy in the primary prevention of acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1989; 64: Suppl 4: 29B–32B.

– primer za članek iz zbornika referatov:

7. Schneider W. Platelet metabolism and membrane function. In: Ulutin ON, Vinazzer H eds. Proceedings of 4th international meeting of Danubian league against thrombosis and haemorrhagic diseases. Istanbul: Goetzlem Printing and Publishing Co, 1985: 11–5.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Prispevke oddajte ali pošljite le na naslov: Uredništvo Zdravstvenega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana. Za prejete prispevke izda uredništvo potrdilo. V primeru nejasnosti so uredniki na voljo za posvet, najbolje po poprejšnjem telefonskem dogovoru [tel. (061) 317-868].

Vsak članek daje uredništvo v strokovno recenzijo in jezikovno lekturo. Po končanem redakcijskem postopku, strokovni recenziji in lektoriranju vrnemo prispevek avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in oskrbi čistopis, ki ga vrne s popravljenim prvotnim izvirnikom. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine članka.

Avtor dobi v korekturo prvi krtačni odtis s prošnjo, da na njem označi vse tiskovne pomote. Spreminjanja besedila ob tej priliki uredništvo ne bo upoštevalo. Korektore je potrebno vrniti v treh dneh, sicer uredništvo meni, da avtor nima pripomb.

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

Dovoljenje za ponatis slik, objavljenih v ZV, je potrebno zaprositi na Uredništvo Zdravstvenega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana.

Navodila za delo recenzentov

Če zaproseni recenzent prispevka ne morete sprejeti v oceno, naj rokopis vrne. Hvaležni bomo, če v tem primeru predlaga drugega primernega recenzenta. Če meni, da poleg njega prosimo za oceno prispevka še enega recenzenta (multidisciplinarna ali mejna tema), naj to navede v svoji oceni in predlaga ustreznega strokovnjaka.

Recenzentovo delo je zelo odgovorno in zahtevno, ker njegovo mnenje največkrat vodi odločitev uredništva o usodi prispevka. S svojimi ocenami in sugestijami recenzenti prispevajo k izboljšanju kakovosti našega časopisa. Po ustaljeni praksi ostane recenzent avtorju neznan in obratno.

Če recenzent meni, da delo ni vredno objave v ZV, prosimo, da navede vse razloge, zaradi katerih delo zasluži negativno oceno. Negativno ocenjen članek po ustaljenem postopku skupaj z recenzijo (seveda anonimno) uredništvo pošlje še enemu recenzentu, kar se ne sme razumeti kot izraz nezaupanja prvemu recenzentu.

Prispevke pošiljajo tudi mladi avtorji, ki žele svoja zapažanja in izdelke prvič objaviti v ZV ter da jim je treba pomagati za nasveti, če prispevek le formalno ne ustreza, vsebuje pa pomembna zapažanja in sporočila.

Od recenzenta uredništvo pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja na obrazcu ter da bo ugotovil, če je avtor upošteval navodila sodelavcem, ki so objavljena v vsaki številki ZV, in da bo preveril, če so podane trditve in misli verodostojne. Recenzent mora oceniti metodologijo in dokumentacijo ter opozoriti uredništvo na ev. pomanjkljivosti, posebej še v rezultatih(?).

Ni potrebno, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem in korigiranjem, čeprav ni napak, če opozori na take pomanjkljivosti. Posebej Vas prosimo, da ste pozorni na to, ali je naslov dela jase in koncizen in ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvene podatke članka; ali avtor citira najnovejšo literaturo in ali omenja domače avtorje, ki so pisali o isti temi v domačih časopisih in v ZV; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali so literaturni citati točni. Preveriti je treba dostopne reference. Prav tako je treba oceniti, če so slike, tabele in grafi točni in da se v tabelah ne ponavlja tisto, kar je že navedeno v tekstu; da ne vsebujejo nepojasnjenih kratic, da so številčni podatki v tabelah ustrezni onim v tekstu ter da ni napak.

Če recenzent meni, da delo potrebuje dopolnilo (komentar) ali da bi ga sam lahko dopolnil (s podatki iz literature ali lastnimi izkušnjami), se lahko dogovori z urednikom, da se tak komentar objavi v isti številki kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.

zdravstveni vestnik

JOURNAL OF SLOVENIAN MEDICAL SOCIETY

VIIITH CONGRESS AND 129TH ANNUAL MEETING OF SLOVENE PHYSICIANS
Maribor, May 7th to 8th, 1992

SYNDROME OF DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND HEALTH

CONTENTS

LEADING ARTICLES

- Address of the president of Slovene Medical Society, *M. Demšar* 109
Free decision about number of our own children, *J. Lokar, B. Voljč* 111

PROFESSIONAL ARTICLES

- Definition of syndromes of dependence on psychoactive substances according to international classification of diseases 10, *S. Zihel* 115
Screening of alcoholics by some laboratory tests, *I. Malešič, M. Pregl* 119
Abuse of psychoactive substances – today's scene in Slovenia, *M. Tomori* 123
The extent of alcohol, tobacco and other drug abuse in Slovenia, *D. Nolimal* 127
Some socio-medical aspects of drug abuse, *D. Nolimal, M. Premik* 133
The spread of drinking alcohol and smoking cigarettes among Slovene secondary school pupils – results of opinion research, *E. Stergar* 137
The possibilities of community work for solving the problems drug abuse, *B. Stritih* 141
Legal aspects of drug dependence, *D. Maver* 145
Five persons dependent on psychoactive substances, *J. Kostnapfel* 151
Therapy and rehabilitation of drugs addicts, *M. Kobal* 155
The organization of treatment of alcohol dependence in Slovenia, *Z. Čebašek-Travnik* 159
The problem drinker and the general practitioner, *Z. Čebašek-Travnik* 163

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS

The Journal appears regularly every month. Yearly subscription for members of the Slovenian Medical Society is included in the membership amounting to 2.600,00 SLT, for students 650.00 SLT, for institutions 20.000,00 SLT, for foreign countries 300 US \$; single number costs 400,00 SLT. The issue is subsidized by RESEARCH COMMUNITY OF SLOVENIA, HALTH COMMUNITY OF SLOVENIA, – Printed by DELO – Printed in 4200 copies

Zdrav Vestn	Year 61	No. 3	Page 109–172	Ljubljana	March 1992
-------------	---------	-------	--------------	-----------	------------