

# Opitost v prometu – novosti v zakonodaji

Predstavljamo problem, splošne statistične kazalce in razlage nekaterih pojmov.



## Avtor:

Prim. prof. dr. Marjan Bilban,  
dr. med., specialist medicine dela,  
prometa in športa  
Predstojnik Centra za medicino  
dela  
ZVD Zavod za varstvo pri delu d. d.  
Chengdujska cesta 25  
1260 Ljubljana Polje

**Manj tvegano pitje** verjetno ne bo privedlo do težav in okvar zdravja (moški manj kot 140 g alkohola na teden in ženske manj kot 70 g alkohola na teden).

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

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

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

**Sindrom odvisnosti od alkohola** (alkoholizem – F10.2 po MKB 10) – vsaj trije znaki šestih meril v zadnjem letu. Zasvojenost z alkoholom je skupek fizioloških, vedenjskih in kognitivnih fenomenov, pri katerih pitje alkohola postaja vse pomembnejši del življenja posameznika, pomembnejše kot drugo vedenje, ki je pred tem imelo večjo vrednost.

Diagnozo zasvojenosti z alkoholom lahko postavimo, če so bili pri bolniku v zadnjih 12 mesecih izpolnjeni trije ali več od naslednjih znakov:

- močna želja po alkoholu;
- višanje tolerance na učinke alkohola (npr. potrebna je večja količina alkohola, da se doseže učinek, ki je bil prej dosežen z manjšo količino);
- nadaljevanje pitja kljub očitnim škodljivim posledicam;
- zanemarjanje drugih dejavnosti ali konjičkov zaradi alkohola in

## KOLIČINA ALKOHOLA IN NJEN VPLIV (PRIMER):

KOLIČINA/MERICE		UČINEK
0,2–0,5	• 1–2 MERICI/URO • 3 MERICE/2 URI • 4 MERICE/3 URE	SPROSTITEV
0,5–0,8	• 3–4 MERICE/URO • 5 MERIC/2 URI • 6 MERIC/3 URE	ZMANJŠANA KONTROLA
0,9–1,5	• 6 MERIC/URO • 7 MERIC/2 URI • 10 MERIC/3 URE	NEKOORDI- NIRANOST
1,5–2,0	• 7–8 MERIC/URO • 9 MERIC/2 URI • 10 MERIC/3 URE	SEDACIJA
2,0–2,5	• 8–9 MERIC/URO • 10 MERIC/2 URI • 11 MERIC/3 URE	ZASPANOST
2,5–3,0	• 10 MERIC/URO • 11 MERIC/2URI • 12 MERIC/3 URE	ANASTE- ZIJA
3,0–4,0	• 10–12 MERIC/URO • 13 MERIC/2 URI • 14 MERIC/3 URE	KOMA
4,0–5,0	• 12–15 MERIC/URO • 16 MERIC/2 URI • 17 MERIC/3 URE	SMRT

daljši čas, namenjen pitju alkohola, ali potreben daljši čas za »okrevanje« po pitju;

– težave pri obvladovanju pitja (ne more se vzdržati pitja, čeprav naj bi bil trezen, npr. pred vožnjo avtomobila, ali ne more prenehati s pitjem, dokler ni pijan);

– odtegnitvene težave ob prenehanju pitja (npr. tresavica, znojenje, tahikardija, vznemirjenost, nespečnost, lahko tudi božjastni napadi, dezorientacija, halucinacije) ali pitje za odpravljanje odtegnitvenih težav.

Čeprav se skupna poraba alkoholnih pijač v EU zmanjšuje, se povečuje poraba v posameznih skupinah (npr. mladi od 15 do 24 let), spreminjajo pa se tudi vzorci pitja alkoholnih pijač (načrtno opijanje). V EU zaradi škodljive rabe alkohola umre vsako leto več kot 220.000 ljudi. To vključno z drugimi posledicami predstavlja veliko ekonomsko breme, ki je ocenjeno na približno 125.000 evrov na letni ravni (1,3 % BNP). Velik problem predstavljajo tudi prometne nezgode zaradi vožnje pod vplivom alkohola. Približno vsaka tretja smrtna žrtev prometnih nezgod v EU je posledica vožnje v alkoholiziranem stanju, kar pomeni približno 17.000 smrtnih žrtev letno. Posebej izpostavljeni tveganju za smrt v prometni nezgodi so mladostniki od 18 do 24 let (74 %), ocene pa kažejo, da sta dve tretjini udeležencev, ki vozijo pod vplivom alkohola, stari od 15 do 34 let, pri tem pa je večina (96 %) moških.

**Ena enota oz. standardna merica alkoholne pijače vsebuje približno 10 gramov čistega alkohola:**

- 1 dl vina (12 % alkohola)
- 2,5 dl piva (5 % alkohola)
- eno šilce žgane pijače (šilce – 0,03 dl) (40 % alkohola)
- od 2 do 2,5 dl sadjevca (mošta, tolvovca, jabolčnika) (5 % alkohola)
- 0,7 dl močnega vina (prošek, šeri) (18 % alkohola)
- 0,5 dl likerja ali aperitiva (25 % alkohola)

Registrirana poraba čistega alkohola na odraslega prebivalca v Sloveniji sicer zadnjih 10 do 15 let počasi pada in je leta 2007 znašala 11 litrov na leto na odraslega prebivalca (ob tem pa je vsaj še 7–8 litrov neregi-

strirane porabe). Vseeno pa pri nas ne beležimo tako občutnega upada porabe, kakršnega so v preteklih letih beležili v nekaterih vinorodnih državah, kot sta Francija in Španija. Največ čistega alkohola na

odraslega prebivalca je bilo popitega s pivom (51,7 %), sledilo je vino (37,1 %) in žgane pijače (11,3 %). Nekaj več kot 20 % odraslih moških in približno 6 % odraslih žensk pri nas tvegano pije, pri približno od 10 do 15 % odraslih pa gre verjetno za že razvit sindrom odvisnosti od alkohola. Največji delež čezmer-

100.000 odraslih prebivalcev (nad 15 let). To je predstavljalo 4,4 % vseh smrti v državi v enem letu. Kar 74 % smrti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je bilo zaradi alkoholne bolezni jeter, 17 % pa jih je bilo zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola.

Posledice tvegane in škodljive rabe alkohola predstavljajo veliko finančno breme za gospodarstvo in družbo nasploh. Leta 2008 je bilo zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov 1315 primerov začasne odsotnosti z dela (0,2 % vseh primerov bolniškega dopusta). Izgubljenih je bilo 79.866 koledarskih dni. Povprečno trajanje ene začasne odsotnosti z dela zaradi teh vzrokov je bilo 60,73 dneva. Ocenjeni stroški nadomestila plače za bolniško odsotnost, ki temeljijo na povprečni bruto plači, so znašali 3,64 milijona evrov. S pomočjo človeškega kapitala je izračunana izguba prihodnjega zaslužka za prežgodaj umrle osebe zaradi alkohola leta 2004 znašala 58,8 milijona evrov.

Največ alkohola zaužijejo posamezniki v letih, ko so delovno aktivni, prav tako pa je tudi v tem obdobju najverjetneje, da bodo imeli težave z alkoholom. Uživanje alkohola zmanjšuje produktivnost zaradi zmanjšanja učinkovitosti, nezmožnosti za delo, povečanja odsotnosti z dela in prežgodnje smrti med delovno aktivnim prebivalstvom. Približno 59 milijard evrov (tj. 47 %) od 125 milijard evrov skupnih socialnih izdatkov zaradi alkohola v EU nastane zaradi izgube produktivnosti. Mednarodna organizacija dela ocenjuje, da je v svetu do 5 % povprečne delovne sile odvisne od alkohola, 25 % pa uživa velike količine alkohola in tvega odvisnost. Pri povečanju uživanja čistega alkohola za 1 liter se lahko pričakuje 13-odstotno povečanje odsotnosti z dela.



nih pivcev alkohola je med tistimi z nedokončano osnovno šolo in poklicno izobrazbo. V zadnjih letih pa narašča delež čezmernih pivcev v višjem srednjem oz. zgornjem družbenem sloju. Čeprav v večini zdravstvenih regij Slovenije delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač pada, pa sta problematični regiji Štajerska in Koroška, kjer je delež čezmernih pivcev v zadnjem obdobju narasel.

V Sloveniji so podatki zaskrbljujoči prav tako glede umrljivosti na 100.000 prebivalcev, zlasti v primeru ciroze jeter 26,2 (38,5 moških in 14,4 žensk) in samomorov 20,8 (32,27 moških in 8,17 žensk). V Sloveniji je zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov od 2007 do 2009 na leto v povprečju umrlo 811 oseb oz. 46,3 na

Odsotnost zaradi tvegane in škodljive rabe alkohola v Sloveniji predstavlja tudi veliko obremenitev za zdravstveni sistem. V letih od 2007 do 2009 je bilo v Sloveniji na leto v povprečju 3799 hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov, kar je 1,3 % vseh primerov hospitalizacij v Sloveniji v enem letu. Najpogostejši vzrok, ki predstavlja 65,5 % primerov hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov, so duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, sledi alkoholna bolezen jeter (29,0 %). Hospitalizacije zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov so v povprečju letno prispevale 3,8 % vseh bolnišničnih dni (90.589 bolnišničnih dni), povprečno trajanje hospitalizacij zaradi teh vzrokov pa je bilo 24 dni.

V raziskavi o izgubljenih zdravih letih življenja v Evropi (DALY-število izgubljenih zdravih let zaradi prezgodnje smrti ali zmanjšane zmoglosti kot posledica bolezni, prilagojeno na težo bolezni) so ugotovili, da 6,3 milijona let izgubimo zaradi tobaka, 5,9 zaradi povišanega krvnega tlaka, 4,9 zaradi alkohola, 4,0 zaradi povišanega holesterola, 3,9 zaradi debelosti, 1,0 zaradi sladkorne bolezni in 0,8 zaradi astme.



V incidenci posameznih bolezni, ki ga prispeva pitje alkohola pri moških v Evropi, je na prvem mestu ciroza jeter, sledijo rak požiralnika, prometne nezgode, uboji, rak v ustih in žrelu, ostale namerne in nenamerne poškodbe, hemoragični insult ter ostale vrste raka. Vožnje pod vplivom alkohola vsako leto prispevajo najmanj 10.000 smrtnih žrtev na cestah EU. Približno od 2 do 3 % voženj je povezanih z nezakonito vsebnostjo alkohola v krvi, od teh se jih od 30 do 40 % konča s smrtjo voznika. Smrtno žrtve pa so le vrh ledene gore: ocenjuje se, da na vsako osebo, ki umre, zaradi resnih poškodb v bolnišnico sprejmejo 20 oseb, dodatnih 70 jih potrebuje ambulantno zdravljenje, številne pa so trajno invalidne.

Število prometnih nezgod, ki jih storijo povzročitelji pod vplivom alkohola, v zadnjih letih sicer upada sorazmerno z zmanjšanjem števila prometnih nezgod, vseeno pa delež alkoholiziranih povzročiteljev ostaja skoraj nespremenjen. Zaradi posledic prometnih nezgod, v katerih so sodelovali alkoholizirani udeleženci, smo imeli v Sloveniji od 1991 do 2005 za 1,3 milijarde evrov škode, umrlo pa je več kot 1700 ljudi.



Eurocare priporoča, naj bodo delovna mesta območja brez alkohola. Na vseevropski ravni je treba uvesti zakonske zahteve, na podlagi katerih bi delodajalci izvajali alkoholno politiko, ki bi vključevala preprečevanje, prepoznavanje, svetovanje, zdravljenje in rehabilitacijo. V zvezi z delovnimi mesti, za katere je verjetneje, da bodo nezgode, do katerih pride zaradi uživanja alkohola, nevarne, je treba posebno pozornost posvetiti alkoholni politiki z ničelno toleranco glede vsebnosti alkohola v krvi in odločnim izvajanjem te politike s strani delodajalcev in hkrati tudi ustreznih državnih institucij. Samo 50 % držav EU ima popolno prepoved uživanja alkohola v zdravstvenih ustanovah in ena tretjina na delovnem mestu.

## Dokazovanje zlorabe alkoholnih pijač

Zgodnje odkrivanje čezmernega uživanja alkohola je pomembno zaradi usodnih posledic, ki jih alkohol zapusti na človeškem organizmu in psihosocialnem življenju. Zato ne preseneča dejstvo, da številni raziskovalci že vrsto let vztrajno iščejo idealen diagnostični pokazatelj, s katerim bi zanesljivo potrdili diagnozo zlorabe alkohola. Tak parameter bi bil klinični ali



biokemični fenomen, ki bi specifično koreliral z navzočnostjo etanola ali njegovimi metaboliti, bil v neposredni povezavi z množino zaužitega etanola, dovolj občutljiv za povezavo med popito količino alkohola in psihosomatskim tveganjem in končno bi moral imeti določeno kinetiko skozi abstinenco obdobje. Vendar do zdaj še niso odkrili tako idealnega pokazatelja. V individualni diagnostiki pomenijo biokemični parametri le dodatni diagnostični material, čeprav sami zase niso specifični. V identifikaciji primerov v populaciji imajo večjo vrednost kot v diagnostiki posameznega primera. Ti postopki še vedno ne dajo specifičnega rezultata v skupini z alkoholom povzročenih okvar zdravja. V glavnem so pozitivni tam, kjer tudi klinična

**AUDIT C-vprašalnik, prilagojen za Slovenijo:****1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol?**

- nikoli (0 točk)
- 1-krat na mesec ali manj (1 točka)
- od 2- do 4-krat na mesec (2 točki)
- od 2 do 3-krat na teden (3 točke)
- 4- ali večkrat na teden (4 točke)

**2. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih po navadi popili na teden, kadar ste pili?**

- pol ali eno (0 točk)
- 2 (1 točka)
- 3 ali 4 (2 točki)
- 5 ali 6 (3 točke)
- 7 ali več (4 točke)

**3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili – moški 6 ali več meric in ženske 4 ali več meric ob eni priložnosti?**

- nikoli (0 točk)
- 1-krat na mesec ali manj (1 točka)
- od 2- do 4-krat na mesec (2 točki)
- od 2- do 3-krat na teden (3 točke)
- 4 ali večkrat na teden (4 točke)

Če je vsota točk iz treh vprašanj za moške 6 ali več in za ženske 5 ali več, se šteje, da je test pozitiven in mora zdravnik z dodatnimi vprašanji ugotoviti, kakšno je pitje.

diagnostika daje dovolj elementov, da se potrdi stanje, kjer že obstajajo organski zapleti odvisnosti od alkohola. V diagnostičnem postopku zaostajajo za kompleksnimi diagnostičnimi postopki.

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

Pozorni moramo biti na znake pitja alkohola pred kratkim časom (zaduh po alkoholu) in znake zastrupitve z alkoholom, abstinenco krizo, pa tudi na znake upada splošnega funkcioniranja, kot so slaba higiena, zanemarjenost. Težave zaradi pitja alkohola se lahko kažejo na številne načine, zato moramo pomisliti na možnosti škodljivega pitja alkohola pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo, dislipidemijo, putiko, težavami z želodcem, pankreatitismom, jetrno okvaro (že ob zvečanih jetrih), nekaterimi spremembami na koži (rdečica ali zabuhlost obraza, pajkasti nevusi na prsnem košu), pogostejšimi poškodbami (razvidnimi iz bolniškega dopusta ali posledic npr. brazgotin na koži), depresijo, anksioznostjo, ne-

spečnostjo, motnjami v spolnem življenju, samomorilnimi težnjami, motnjami spomina, motnjami zbranosti, nerazložljivim slabim splošnim zdravstvenim stanjem, ponavljajočimi se krajšimi nejasnimi bolezenskimi stanji, znaki abstinencnega sindroma (tresavica, razdražljivost, krči, slabost, bruhanje), težavami v družini, katere člani imajo ponavljajoče se telesne in duševne težave, težavami v družini in/ali na delovnem mestu, z drugimi oblikami zlorabe psihotropnih snovi, vključno s predpisanimi psihofarmakološkimi učinkovinami, in pri bolnikih, pri katerih zdravljenje neke bolezni ni tako uspešno, kot bi pričakovali (arterijska hipertenzija).

**Prometne nezgode in alkohol**

Alkohol vpliva na spremembo vozniških sposobnosti in slog vožnje, zato prispeva k večjemu tveganju za nastanek prometne nezgode. Pri voznikih, ki vozijo pod vplivom alkohola, je tveganje za smrt ali težko poškodbo v nezgodi dvakrat večja kot pri nealkoholiziranih voznikih. Pri tem se verjetnost za smrtno poškodbo z višanjem koncentracije alkohola v krvi večja ne glede na starost in spol voznika. Vozniki, ki vozijo pod vplivom alkohola, umrejo pogosteje že na mestu nezgode, takojšnja smrt pa je posledica težkih poškodb, saj alkoholizirani vozniki vozijo pogosteje s preveliko hitrostjo in ne uporabljajo varnostnih pasov. Drugi avtorji pa trdijo, da akutna

alkoholiziranost negativno vpliva na fiziološki odgovor organizma na poškodbo in poveča možnost, da pride do hemoragičnega šoka in smrti. Zaradi vožnje pod vplivom alkohola se pogosteje smrtno poškodujejo mladi vozniki in moški. Alkoholizirani vozniki manj pogosto uporabljajo varnostni pas, kar je lahko posledica vpliva alkohola ali pa vedenjski vzorec voznikov, ki vozijo pod vplivom alkohola. Prav tako tudi pogosteje vozijo s čezmerno hitrostjo pri nižjih koncentracijah alkohola, medtem ko pri višjih koncentracijah vozijo z nižjo hitrostjo. Alkoholizirani težko poškodovani vozniki, še posebno mladi, so pogosteje udeleženi v nezgodah enega vozila. Vožnja pod vplivom alkohola poveča tveganje, da se vozilo prevrne ali trči v objekt, bodisi zaradi zmanjšanja sposobnosti obvladovanja vozila na ovinkih bodisi zaradi večje hitrosti vožnje. Največ nezgod zaradi alkoholiziranosti se zgodi ponoči in ob koncu tedna, med težko poškodovanimi pa prevladujejo mlajši moški. Med vozniki v cestnem prometu se pojavljajo tako priložnostni pivci kot tudi odvisni od alkohola, pri čemer so odvisniki med vožnjo pogosteje alkoholizirani. Tudi med smrtno poškodovanimi alkoholiziranimi vozniki je signifikantno več odvisnih od alkohola kot med nealkoholiziranimi umrlimi vozniki.

Hitrost prehajanja alkohola v krvi je odvisna predvsem od vrste pijače in hrane, ki smo jo ob tem pojedli. V povprečju potrebuje telo dobre

### Med vožnjo v cestnem prometu in ko začnejo voziti, ne smejo imeti alkohola v krvi:

- vozniki motornih vozil ali skupine vozil kategorije C1, C, D1, D, BE, C1E, CE, D1E, DE;
- vozniki vozil, s katerim se opravlja javni prevoz potnikov ali blaga ali prevoz oseb za lastne potrebe;
- vozniki vozil, s katerimi se prevažata nevarno blago;
- poklicni vozniki motornih vozil, kadar opravljajo ta poklic;
- učitelj vožnje med usposabljanjem kandidata za voznika v vožnji motornega vozila;
- kandidati za voznike med usposabljanjem v vožnji motornega vozila;
- spremljevalec (oseba, ki je vpisana v evidenčni karton vožnje in ima pravico spremljati kandidata za voznika, ki vozi v cestnem prometu in še ni opravil praktičnega dela vozniškega izpita);
- vozniki začetniki (do dopolnjenega 21. leta starosti in voznik motornega vozila dve leti od prve pridobitve vozniškega dovoljenja, ne glede na to, ali je bilo pridobljeno v RS ali tujini. Voznik začetnik je tudi voznik motornega vozila dve leti od prve pridobitve vozniškega dovoljenja za vožnjo motornih vozil katere od kategorij A2, A ali B, čeprav že ima vozniško dovoljenje za vožnjo motornih vozil kategorij AM, A1, B1, F ali G);
- voznik motornega vozila, ki nima vozniškega dovoljenja ali v vozniskem dovoljenju nima vpisane kategorije motornega vozila, ki ga vozi;
- voznik, ki prevažata skupino otrok.

Ostali vozniki imajo lahko do 0,5 grama alkohola na kilogram krvi ali do vključno 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka, pod pogojem, da tudi pri nižji koncentraciji alkohola ne kažejo znakov motenj v vedenju (in zmanjšanju psihofizičnih sposobnosti), katerih posledica je lahko nezanesljivo ravnanje v cestnem prometu.

pol ure, da pride v kri približno dve tretjini zaužitega alkohola, ostanek pa v nadaljnjih 60 do 70 minutah. V povprečju se 0,15 grama alkohola na kilogram krvi (g/kg) razgrajuje eno uro. Če smo imeli opolnoči 2 g/kg, bomo zjutraj ob 7.00 uri na poti v službo imeli še vedno 1 g/kg, v dopoldanskem času pa še vedno 0,5 g/kg in bomo še vedno predstavljali nevarnost v prometu (opoldne bo koncentracija okrog 0,2 g/kg in šele popoldne ob 14.00 uri 0,0 g/kg).

Že pri koncentraciji alkohola v krvi 0,5 g/kg se pojavljajo znaki opitosti, tako da se stanje med 0,5 g/kg in 1,5 g/kg označuje kot pripito stanje. Kaže se z vazomotorično vznemirjenostjo (pojačano in pospešeno delovanje srca, povečan krvni pritisk, vazodilatacija, pojavi se subjektivni občutek toplote), psihomotorično vznemirjenostjo (intelektualna agilnost, duševna živahnost, želja za sodelovanje v vseh razgovorih in akcijah) in emocionalnimi spremembami

Razmerje med količino alkohola v izdihanem zraku in količino alkohola v krvi je stalno in opredeljeno s korekcijskim količnikom 2100 – grame v krvi delimo z 2,1, da dobimo vrednosti miligrama alkohola na liter izdihanega zraka. V obratni smeri število miligramov alkohola v litru izdihanega zraka pomnožimo z 2,1 in dobimo rezultat v enotah g alkohola/kg krvi.

0,5 g alkohola/kg krvi = 0,24 mg alkohola/l izdihanega zraka = 0,5 promilov

0,8 g alkohola/kg krvi = 0,38 mg alkohola/l izdihanega zraka = 0,8 promilov

1,1 g alkohola/kg krvi = 0,52 mg alkohola/l izdihanega zraka = 1,1 promilov

1,5 g alkohola/kg krvi = 0,71 mg alkohola/l izdihanega zraka = 1,5 promilov



(povečana občutljivost, veselost, jezljivost, prepirljivost).

Pri koncentraciji alkohola v krvi med 1,5 in 2,5 g/kg se govori o pijanem stanju. Vsa opisana znamenja so tu še bolj očitna, pokaže se še plehkost, drznost, nepremišljenost, surovost itd. Pojavljajo se znaki narkotičnega delovanja (dremavost, negotovost v gibih in hoji, znatno zmanjšanje pazljivosti, koncentracije in razumevanja). Koncentracija alkohola med 2,5 do 3,5 g/kg povzroča težko pijano stanje ali stanje težke alkoholne intoksikacije, ki se kaže z jasnimi znaki narkotičnega delovanja. Močna zavora vazomotorike in psihomotorike (zaspanost, spanje, težko dihanje, padec krvnega pritiska in pulza, periferna cianoza). Pogosto se v tem stanju pojavi bruhanje kot prvinski obrambni mehanizem, nehotna mikcija in stolica. Pri koncentracijah, večjih od 3,5 do 4 g/kg, se pojavi običaj-

no komatozno stanje, v katerem lahko nastopi tudi smrt. Zenice so v začetku razširjene in slabo reagirajo na svetlobo in akomodacijo, v poznejši fazi se zenice zožijo. Smrt nastopi običajno v akutnem stanju pod sliko zatajitve vitalnih centrov.

Procesov razgradnje se ne da pospešiti s kavo, čaji, tuširanjem z mrzlo vodo, sprehodi ali podobnimi poskusi, ki jih vozniki pogosto uporabljajo.

Največje število CPN povzročijo vozniki pri koncentraciji alkohola v krvi okrog 1 g/kg krvi. Refleksi so trikrat počasnejši, kot je normalno. Ta upočasnjenost reagiranja je glavni vzrok CPN, posebno v mestnem prometu.

### Statistični podatki obravnav alkoholiziranih voznikov v Sloveniji leta 2009

#### Leta 2009 je policija opravila oz odredila:

- 431.094 alkotestov, od katerih jih je bilo 20.242 (4,69 %) pozitivnih, 755 oseb je alkotest odklonilo;
- 1737 strokovnih pregledov (alkohol), od katerih je bilo 798 (45,94%) pozitivnih;
- 475 preizkusov z etilometrom, od katerih je bilo 252 (53,05 %) pozitivnih, 129 oseb pa je preizkus odklonilo;

- 4150 kršiteljev CPP je imelo v krvi nad 1,5 g alkohola/kg krvi;
- 1628 povzročiteljev CPN je imelo v krvi nad 1,1 g alkohola/kg krvi;
- do streznitve so pridržali 10.180 voznikov;
- 1705 strokovnih pregledov zaradi mamil, od katerih je bilo 923 (54,13) pozitivnih, 328 oseb pa je strokovni pregled odklonilo (vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS, Generalna policijska uprava).

Ugotavljamo, da delež povzročiteljev CPN s stopnjo alkoholiziranosti 1,1 g/kg in kršiteljev CPP s stopnjo alkoholiziranosti 1,5 g/kg v proučevanem obdobju pada.

Posebno izstopa visok delež neprilagojene hitrosti in nepravilne strani in smeri vožnje kot primarnega vzroka nezgod, katerih povzročitelji so bili alkoholizirani.

Zaskrbljujoče pri teh podatkih je predvsem naslednje: visok delež alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nezgod v koncentracijskem območju med 1,50 do 3,00 g/kg, kar lahko pomeni, da so na cestah ostali le še »kronični« pivci, proti katerim represivni policijski ukrepi največkrat ne zaležejo (povratniki).

Največji delež mrtvih (prav tako pa tudi hudo in lahko poškodovanih) je v nezgodah z visoko stopnjo al-

Vpliv alkohola na prometno varnost	
0,2 g alkohola/kg krvi pomeni:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahlo zavrtta možganska aktivnost, zato občutek sproščenosti.</li> <li>• Sposobnost opazovanja premikajočih se luči se poslabša (ponoči nismo več sposobni pravilno oceniti razdalje do vozil).</li> </ul>
0,3 g alkohola/kg krvi pomeni:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sposobnost globinskega opazovanja se zmanjša (razdalje ne moremo več pravilno oceniti), zato tvegamo prehitvevanje in vozimo s prekratko varnostno razdaljo.</li> </ul>
0,5 g alkohola/kg krvi pomeni:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zmanjšana kontrola in izguba zavor – večja pripravljenost na tveganje.</li> <li>• Objekti, ki jih opazujemo, se nam zdijo bolj oddaljeni, kot so v resnici (v ovinek pripeljemo s preveliko hitrostjo).</li> <li>• Pojavi se lahko t. i. rdeča slepota (vedno težje zaznamo rdečo signalizacijo).</li> <li>• Zmanjševati se začne sposobnost hitrega preusmerjanja pogleda z enega predmeta na drugega.</li> <li>• Prilagajanje naglim svetlobnim spremembam je vedno težje (zasenčene luči nasproti vožečega vozila nas lahko začasno oslepijo).</li> <li>• Bistveno sta zmanjšani pozornost in zmožnost pravočasnega reagiranja (pot ustavljanja je daljša, ker pozneje pritisnemo na zavoro – če pri hitrosti 50 km/h pritisnemo na zavoro eno sekundo pozneje, se pot ustavljanja vozila podaljša za 14 metrov).</li> <li>• Pojavijo se motnje ravnotežja (nevarno za tiste, ki se vozijo na vozilih z dvema kolesoma).</li> </ul>
1,0 g alkohola/kg krvi pomeni:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zmanjšana je sposobnost koncentracije in koordinacije.</li> <li>• Bistveno je motena reakcija oči na svetlobo (težko se prilagajamo hitrim svetlobnim spremembam).</li> <li>• Bistveno je zoženo vidno polje (ne moremo več pravočasno dojemati, kaj prihaja z naše leve in desne strani).</li> <li>• Zaznavanje in ocenjevanje globine prostora in pozornost se zmanjšata za polovico (na določene nevarnosti sploh ne reagiramo več).</li> <li>• Reakcijski čas in z njim pot ustavljanja se povečujeta.</li> </ul>

koholiziranosti (z vrhom med 1,51 do 2,00 g alkohola/kg krvi).

Delež alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nezgod s smrtnim izidom je že vrsto let skoraj nespremenjen (med 30 in 40 %), s hudo telesno poškodbo je delež okrog 25 %, z lahko telesno poškodbo 12,5 % in zgolj z materialno škodo 10,0 %, kar je še posebej zaskrbljujoče, saj nazorno kaže, kako velik je vpliv alkoholiziranosti na izhod CPN.

Cestnoprometnih nezgod (CPN) s sovzrokom alkohol je najmanj v torek – le nekaj nad 8 % med CPN, nato pa proti koncu tedna njihov delež raste in doseže že v petek 17 %, soboto 23,5 % in nedeljo 20 % vseh CPN. Delež teh proti koncu tedna v zadnjih letih narašča.

Največ CPN s sovzrokom alkohol se zgodi v naseljih in njihovi bližini (regionalne in lokalne povezave). Bistveno povečanje ugotavljamo

predvsem na regionalnih cestah in avtocestah, kjer pa so tudi posledice hujše (večje hitrosti).

Glede na lastnosti je delež alkoholiziranih povzročiteljev CPN med vsemi povzročitelji iste skupine največji med vozniki koles z motorjem (blizu 20 %), le malo za njim so kolesarji z 18 %, traktoristi z 16 % in pešci s skoraj 17 %, nato sledijo vozniki motornih koles s 13 % ter vozniki osebnih avtomobilov z dobri 12 %. Glede na množičnost





torej vsekakor izstopajo vozniki osebnih avtomobilov in vozniki enoslednih vozil ter traktoristi.

Delež povzročiteljev vseh CPN prikazuje, da izstopajo vozniki starostnih skupin od 24 do 34 let, med alkoholiziranimi povzročitelji prometnih nezgod pa so v primerjavi z vsemi nezgodami iste starostne skupine najvišje povzročitelji CPN v starostni skupini od 44 do 54 let, le malo pa zaostajajo vozniki starostne skupine od 16 let dalje in tudi starostna skupina od 54 do 64 let (delež je med 12 in 14 %).

Pozitiven vpliv starega zakona je bil opazen le pri t. i. zmernih pivcih, ki so po uveljavitvi zakona manjkrat sedli za volan, potem ko so nekaj spili. Na tiste z visokimi koncentracijami alkohola pa zakon ni dovolj pozitivno vplival, saj se je njihov delež po sprejemu zakona absolutno sicer malo zmanjšal, glede na koncentracijo alkohola v izdihanem zraku pa celo povečal. Razlog je iskati v tem, da se je število zmernih pivcev, ki so zniževali povprečno koncentracijo alkohola v izdihanem zraku, zmanjšalo.

Mnoge študije so potrdile, da bo voznik alkoholik praviloma vozil tudi vinjen in da ga kazen (preventivni ukrep odvzema – prenehanje veljavnosti vozniškega dovoljenja) od tega ne bo odvrnila.

Če bi torej iz prometa izločili voznike, ki so odvisni od alkohola, bi bistveno zmanjšali število tistih, ki vozijo pod vplivom alkohola. Posebej moramo poudariti, da samo izločanje voznikov, odvisnih od alkohola, iz prometa ne more rešiti problema, niti povečati varnosti prometa, niti nasploh zmanjšati problemov, ki so v zvezi s pitjem alkoholnih pijač.

V splošnem velja, da je odvzem vozniškega dovoljenja za različno obdobje najbolj preprost ukrep za zmanjšanje nevarnosti v prometu zaradi voznikov, ki vozijo pod vplivom alkohola. Ocene pa kažejo, da z vožnjo nadaljuje približno 75 % voznikov. Zato je poleg kaznovanja treba oblikovati tudi terapevtske obravnave, ki naj bi kršiteljem pomagale spremeniti stališča oz. prepričanja glede vožnje pod vplivom alkohola.

Voznike, odvisne od alkohola, je treba usmerjati v zdravljenje, in to pravočasno. Kaznovalni oz. omejevalni zakonski ukrepi za voznike, ki vozijo pod vplivom alkohola, so prav gotovo nujno potrebni, ne pa sami po sebi zadostni, če želimo zagotoviti dolgoročneje zmanjšanje prometnih nezgod zaradi vpliva alkohola.

Kazni že s svojo prisotnostjo vplivajo na povečanje discipline v CP. Izbor pa je relativno siromašen in pri mnogih voznikih (tudi odvisnih od alkohola) z majhnim preventivnim učinkom (povratništvo). Koliko sploh imajo kazni lahko uspeh, ko udeležencev v CP ne more disciplinirati niti nevarnost nastopanja mnogo težjih posledic, izgube

življenja ali prizadetosti zdravja v CPN. Strokovnjaki alkohologi menijo, da kaznovanje alkoholikov in voznikov ne more preprečiti, da bi opustili ustaljeni vedenjski vzorec in ne bi vozili več pod vplivom alkohola. Voznika alkoholika lahko od ponovne vožnje pod vplivom alkohola odvrne le zdravljenje.

V zavesti večine ljudi sta alkohol in vožnja nekaj, kar se ne izključuje, kar je torej povezano. Taki vedenjski vzorci, ki temeljijo v globalno zakoreninjenih socialnih navadah, so odporni na vse zakonske ukrepe. Toda to ne pomeni, da ni mogoče ničesar spremeniti. Tuji



zgledi kažejo, da so v nekaterih državah kar za tretjino zmanjšali delež CPN pod vplivom alkohola po zaslugi ostrejših zakonodaj, znižane še dopustne koncentracije alkohola v krvi voznikov, pa tudi ustrežnejše obravnave opitih voznikov v okviru zdravstvene selekcije.

Kljub nameri starega zakona, da bo strog točkovni sistem in celo pretna prenehanja veljavnosti vozniškega dovoljenja zmanjšala število opitih voznikov v cestnem prometu oziroma da se bo vsaj zmanjšal delež tistih, ki vozijo pod

vplivom koncentracij alkohola, ki predstavljajo absolutno nesposobnost vožnje, se to ni zgodilo. Zaradi določil starega Zakona o varnosti cestnega prometa so se vsi tisti, ki jim je prenehala veljavnost vozniškega dovoljenja, pojavili kot prosilci te pravice pri katerem koli pooblaščenem zdravniku, specialistu medicine dela, prometa in športa (ni regijske pripadnosti), in brez odločbe upravnega organa. Tako seveda zamolčijo pravi vzrok pregleda – pojavljajo se kot prvi prosilci oz. iskalci vozniškega dovoljenja želenih kategorij.

### Novi Zakon o voznikih

Novi Zakon o voznikih zahteva, da moramo zdravstveno selekcijo povratnikov oblikovati povsem drugače, in sicer:

- da se voznik, ki je vozil pod vplivom alkohola (med 0,5 g/kg alkohola v krvi do vključno 0,8 g/kg alkohola v krvi oziroma nad 0,0 do 0,5 za nove voznike in določene kategorije voznikov: voznik motornega vozila ali skupine vozil kategorije C1, C, D1, D, BE, C1E, CE, D1E in DE; voznik vozila, s katerim se opravlja javni prevoz potnikov in blaga ali prevoz oseb za lastne potrebe; voznik vozila, s katerim se prevaža nevarno blago, poklicni voznik motornega vozila, kadar opravlja ta poklic; učitelj vožnje med usposabljanjem kandidata za voznika ali spremljevalec; voznik, ki mu je bilo odvzeto vozniško dovoljenje; voznik motornega vozila, ki se mu izvršuje sankcija prepovedi vožnje mo-

tornih vozil ali voznik, ki prevaža skupino otrok), lahko udeleži zdravstvenega pregleda s svetovanjem pri izbranem zdravniku, s čimer si ob predložitvi potrdila ministrstvu za pravosodje zmanjša število kazenskih točk za štiri (enkrat v treh letih, če ni presegel 17 kazenskih točk);

rehabilitacijski program v ustreznem roku;

- da sodišče voznikom, ki jim je bila izrečena stranska sankcija prenehanja veljavnosti vozniškega dovoljenja zaradi vožnje pod vplivom alkohola (1,1 in več g/kg alkohola v krvi), prepovedanih drog, psihoaktivnih

#### Preventivni pregled s svetovanjem pri svojem izbranem zdravniku vsebuje:

- oceno pitja alkohola s pogovorom in standardiziranim vprašalnikom Svetovne zdravstvene organizacije AUDIT, s katero opredelimo, ali gre za tvegano pitje, škodljivo pitje ali zasvojenost z alkoholom;
- oceno zavedanja tveganega oziroma škodljivega pitja;
- svetovanje za spremembo pitja;
- v primeru suma zasvojenosti z alkoholom se vozniku potrdila ne izda, ampak se voznika napoti v alkoholološko ambulanto.

- da se mora skladno s spremenjenimi pogoji glede ponovne pridobitve vozniškega dovoljenja v primeru, da je osebi izrečena sankcija prenehanja veljavnosti vozniškega dovoljenja zaradi vožnje pod vplivom alkohola (nad 1,1 g/kg alkohola v krvi), ta poleg ponovnega opravljanja vozniškega izpita udeležiti tudi ustreznega rehabilitacijskega programa;
- da lahko sodišče voznikom, ki so jim bile izrečene kazenske točke zaradi vožnje pod vplivom alkohola (0,8 do 1,10 g/kg alkohola v krvi), prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi, število kazenskih točk zmanjša (enkrat v treh letih, če niso presegli 17 kazenskih točk) za 4, če opravijo kontrolni pregled in ustrezen

zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi, izreče možnost odložitve izvršitve prenehanja veljavnosti vozniškega dovoljenja, če opravijo kontrolni pregled in ustrezen rehabilitacijski program v ustreznem roku; v preizkusni dobi, ki ne sme biti krajša od šestih mesecev in ne daljša od 24 mesecev, ne smejo storiti hujšega prekrška;

- da se s predlogom zakona daje pooblastilo izbranemu osebnemu zdravniku, da imetnika vozniškega dovoljenja v primeru, če med pregledom ali zdravljenjem podvomi o njegovi telesni ali duševni zmožnosti, napoti na kontrolni pregled k pooblaščenemu zdravstveni organizaciji, ki v primeru ugotovljene zdravstvene nezmožnosti za vožnjo obvesti upravno enoto.

**Rehabilitacijski programi**  
**Edukacijske delavnice** v obsegu najmanj 6 pedagoških ur z vsebinami: varnost cestnega prometa, tveganja zaradi vožnje pod vplivom alkohola, prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi, odgovornost voznikov in psihosocialni odnosi



med udeleženci v cestnem prometu. Namenjena je osebam, pri katerih je bilo v kontrolnem pregledu ugotovljeno, da ne sodijo med tiste, ki tvegano in škodljivo pijejo, in je šlo v primeru vožnje in alkohola za enkratni dogodek, povezan z izjemno situacijo. Izvaja jih v institucijah, ki jih pooblasti ministrstvo za promet v soglasju z ministrom za zdravje. Njen cilj je udeležence ozavestiti glede vpliva alkohola na sposobnost za vožnjo. Z izmenjavo izkušenj in mnenj se v okviru delavnice vodeno vpliva na stališča in omogoči refleksije na preteklo vedenje. Delavnica vključuje tudi načrtovanje spremembe ravnanja glede alkohola in vožnje.

**Psihosocialne delavnice** v obsegu najmanj 17 pedagoških ur, od tega najmanj dve uri individualne obravnave in najmanj 15 ur dela v skupini z vsebinami: varnost cestnega prometa, obravnava tve-

ganj zaradi vožnje pod vplivom alkohola, prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi, odgovornost voznikov in psihosocialni odnosi med udeleženci v cestnem prometu. Namenjena je osebam, za katere se v kontrolnem pregledu ugotovi, da sodijo med tiste, ki



tvegano in škodljivo pijejo. Izvaja jih v institucijah, ki jih pooblasti ministrstvo za promet v soglasju z ministrom za zdravje. V psihosocialni delavnici se udeleženci seznanijo s problemom vožnje pod vplivom alkohola (vpliv na sposobnosti za vožnjo, pogostost, statistični podatki ...). Delavnica vključuje čustveni pristop in soočanje z možnimi posledicami in možnimi načini spreminjanja ravnanja v prometu glede vožnje pod vplivom alkohola. Cilj delavnice je sprememba ravnanja na podlagi izmenjave izkušenj, prepričanj in spreminjanja stališč, motivov, refleksije na preteklo ravnanje in načrtovanje sprememb vedenja v prihodnosti.

**Programi zdravljenja**, ki potekajo po standardiziranih programih zdravljenja odvisnosti od alkohola in drugih drog. Program zdravljenja je namenjen osebam, za katere se v kontrolnem pregledu ugo-

tovi, da so odvisne od alkohola. Ne glede na to, za kakšno kršitev gre, voznik izgubi vozniško dovoljenje iz zdravstvenih razlogov, če je ugotovljena odvisnost od alkohola ali drog. Nazaj ga lahko pridobi šele na kontrolnem pregledu, kjer na podlagi mnenja psihiatra alkoholologa presodijo, da je zdravstveno sposoben za vožnjo. Izvaja se v okviru zdravljenja odvisnosti od alkohola in je plačan iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Mednarodna klasifikacija bolezni MKB-10 uvršča odvisnost od alkohola med duševne in vedenjske motnje in jo podrobneje definira kot skupek vedenjskih, kognitivnih in fizioloških fenomenov, ki se razvije po ponavljajočem se in dlje časa trajajočem uživanju alkohola. Pri odvisnosti od alkohola pride do sprememb možganske nevrobiologije. Možgani se lahko po daljšem obdobju abstinence od alkohola ustrezno regenerirajo. Cilj procesa zdravljenja odvisnosti od alkohola je abstinence od alkohola, kar pa je predvsem nevrobiološka osnova, ki omogoči ustrezne spremembe stališč in prepričanj odvisnega človeka ter psihosocialno rehabilitacijo zdravljenec.

Zdravljenje odvisnosti od alkohola ima kot program znotraj nacionalnega zdravstvenega sistema približno 40-letno tradicijo. Program zdravljenja se izvaja v 5 psihiatričnih bolnišnicah po vsej državi (Ljubljana, Vojnik, Ormož, Begunje na Gorenjskem in Idrija) ter na UKC Maribor. Obstajajo tudi številna društva anonimnih alkoholikov, ki

v lokalnih skupnostih pomagajo alkoholikom oz. nekdanjim alkoholikom s svetovanjem in motiviranjem. Društev oz. klubov je v Sloveniji po ocenah približno 120.

### Kontrolni zdravstveni pregled

Kontrolni zdravstveni pregled opravi za to določen specialist medicine dela, prometa in športa, ki ga za te oblike pregledov pooblasti minister za zdravje. Kandidat se oglasi pri določenem specialistu medicine dela prometa in športa z napotilom upravne enote ali izbranega zdravnika ter s podatkom o vzroku oz. namenu pregleda. Napotitev na kontrolni zdravstveni pregled pa lahko predlagajo: policija, državni tožilec, sodišče, zdravstveni zavod, osebni zdravnik ali delodajalec z navedbo oz. razlago podanega dvoma, da imetnik vozniškega dovoljenja telesno ali duševno ni zmožen za vožnjo motornega vozila. S tem bi bila možnost izbire specialista izključena (specialist medicine dela, prometa in športa nastopa kot izvedenec). Kontrolne zdravstvene preglede bo možno opravljati v vseh zdravstvenih regijah v Sloveniji. Nosilec ocenjevanja vozniške zmožnosti je specialist medicine dela, prometa in športa, poleg tega pa pregled vključuje tudi posvet s psihologom (usmerjenim v ocenjevanje vozniške – delovne zmožnosti) in psihiatrom adiktologom.

Pregled obsega: identifikacijo (osebna izkaznica oz. drug osebni dokument s fotografijo), vpis kategorij, za katere prihaja na pregled

(za oceno iz njih izhajajočih obremenitev, škodljivosti in tveganj), anamnezo (razgovor): splošna (rodbinska, socialna, delovna, osebna) in specialna (vozniška: podatki o cestnoprometnih nezgodah in prekrških oziroma kaznovanosti), pregled dosedanje zdravstvene (zdravstveni karton izbranega zdravnika, preventivni zdravstveni karton in tudi predhodne ocene vozniške zmožnosti) in druge dokumentacije, klinični pregled vseh organov in organskih sistemov s posebnih poudarkom na usmerjenem pregledu živčevja, čutil in gibal in usmerjene preiskave odvisno od zahtevnosti – obremenitev in škodljivosti, skupine oz. kategorije, za katero prihaja na pregled. V pregled vključujemo tudi preiskave krvi in urina (specifične kazalnike zlorabljanja alkohola – AST, ALT, gama GT, CDT ...) in

pregled pri psihologu ter psihiatru adiktologu. Na koncu na osnovi vseh pridobljenih mnenj podamo oceno vozniške zmožnosti. Če ugotovljamo škodljivo rabo alkohola ali celo odvisnost, pa podamo mnenje o napotitvi v ustrezen rehabilitacijski program in kandidata ocenimo kot začasno zmožnega oz. nezmožnega in ga naročimo ponovno na kontrolni pregled po opravljenem predlaganem zdravljenju oz. rehabilitaciji.

### Novosti Pravilnika o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil (glede alkohola)

Za telesno in duševno zmožnega se šteje kandidat za voznika oziroma voznik, za katerega se z zdravstvenim pregledom ugotovi, da



njegovo zdravstveno stanje ustreza oziroma da njegovo z zdravstvenim pregledom ugotovljeno zdravstveno stanje ni slabše od minimalnih meril.

– **Prva skupina** (kandidati za voznike in vozniki kategorij A, A1, A2, AM, B, B1, BE, G in G): nima znakov škodljivega uživanja alkohola, razen če o zmožnosti za varno vožnjo presodi specialist medicine dela, prometa in športa pooblaščenega izvajalca zdravstvene dejavnosti na kontrolnem pregledu 12 mesecev po prenehanju škodljivega uživanja alkohola in na podlagi usmerjenega izvida specialista, ki voznika zdravi, ali je uspešno zdravljen sindrom odvisnosti od alkohola in je vzpostavljena stabilna faza abstinence ter je zmožnost za vožnjo ugotovil specialist medicine dela, prometa in športa pooblaščenega izvajalca zdravstvene dejavnosti na podlagi usmerjenega izvida specialista, ki voznika zdravi, pod pogojem, da je voznik opravljal redne preglede pri specialistu vsakih 6 do 12 mesecev do preteka štirih let po zaključku uspešnega zdravljenja, kar mora biti razvidno iz usmerjenega izvida specialista. Vozniki iz prve skupine, ki opravljajo vožnjo kot glavni poklic (taksist, službeni voznik, kurir, voznik reševalec ...), morajo poleg pogojev iz Pravidnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev izpolnjevati tudi zdravstvene pogoje, ki so določeni za voznike druge skupine.

– **Druga skupina** (kandidati za voznike in vozniki kategorij C, CE, C1, C1E, DE, D1, D, D1E): izpolnjuje pogoje za prvo skupino in je uspešno



zdravljen sindroma odvisnosti od alkohola in je vzpostavljena stabilna faza abstinence ter je zmožnost za vožnjo ugotovil specialist medicine dela, prometa in športa pooblaščenega izvajalca zdravstvene dejavnosti na podlagi usmerjenega izvida specialista, ki voznika zdravi, pod pogojem, da je voznik redno opravljal kontrolne preglede pri specialistu vsakih 6 mesecev do preteka štirih let po zaključku uspešnega zdravljenja, kar mora biti razvidno iz usmerjenega izvida specialista.

### Zaključek

Do zdaj se je namreč dogajalo, da je voznik, ki je vozil opit, do pravnomočnosti odločbe (običajno okrog 2 leti) vozil, ker mu vozniško dovoljene ni bilo odvzeto (razen v času streznitve), nato pa je po prenehanju veljavnosti vozniškega dovoljenja pridobil pozitivno zdravniško spričevalo, ne da bi zdravnik izvedenec sploh

posumil o vzroku prenehanja veljavnosti (to tudi iz zdravstvenega kartona nemalokrat ni bilo razvidno, na pregled ni prišel z odločbo, kjer bi bil vzrok pregleda naveden, sam pa vzroka prav gotovo tudi ne bo navedel). Tako se tak voznik po kratkem času brez vozniškega dovoljenja (ko pa je po ocenjenih podatkih kar v 80 % tudi vozil) zopet pojavi v vlogi voznika v cestnem prometu in zopet demonstrira svojo vožnjo v opitem stanju. V primeru ustrezne zdravstvene selekcije bomo takega voznika izključili iz cestnega prometa za toliko časa, dokler se ne bo ustrezno zdravil oz. zagotovil ustrezno kontrolirane abstinence (končal ustrezni rehabilitacijski program) oz. dokler ne bo izvedenec tudi ob sodelovanju ustreznih konziliarnih specialistov (psiholog, psihiater z usmeritvijo v boleznih odvisnosti ...) ugotovil, da ima kandidat ustrezne telesne in duševne zmogljivosti, da se lah-



**Poslovna skupina Sava**

ko varno ponovno vključi v cestni promet.

S tem bomo na eni strani prispevali k dvigu varnosti v cestnem prometu (saj bomo izključili voznike povratnike, ki vozijo pod vplivom alkohola), na drugi strani pa tudi nasploh prispevali k zmanjševanju problematike alkoholizma v družbi nasploh.

## Literatura

Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi (Evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu PHEPA). (2006). Ur.: Kolšek, M. UL MF Katedra za družinsko medicino. Priročnik za poučevanje odkrivanja ter ukrepanja ob tveganem in škodljivem pitju alkohola (Evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu PHEPA). (2006). Ur.: Kolšek, M. UL MF Katedra za družinsko medicino.

Eurocare – Evropska zveza za alkoholno politiko: 10 pozivov k ukrepanju. (2010). Bruselj: 4th European Alcohol Policy Conference.

Bilban, M., Vrhovec, S., Zorec – Karlovšek, M. (2003). Blood biomarkers of alcohol abuse. *Arh hig rada toksikol*, 54 (4): 253–9.

Bilban, M. (2003). Testiranje na prisotnost alkohola in/ali drog v podjetju. *ZZS Isis*, 12 (2): 44–8

Bilban, M. (2010). Vpliv alkohola na vozniško zmožnost. Memorialni sestanek akademika Milčinskega ISM. Ljubljana: UL MF (v tisku).

Bilban, M. (2005). Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola in drog. *Odvisnosti*; 6 (2–3): 26–36.

Bilban, M. (2009). Alkoholizem v delovnem okolju. *ZVD Delo in varnost*; 54 (4): 10–15.

Bilban, M. (2009). Alkohol in vozniška zmožnost. *ZVD Delo in varnost*; 54 (4): 20–8.

Bilban, M., Jakopin, C. B. (2000). Alcoholic drinkers and road safety in the

Republic of Slovenia. *Coll Antropol*; 24 (2): 357–66.

Deery, H. A., Love, A. W. (1996). The effect of a moderate dose of alcohol on the traffic hazard perception profile of young drink-drivers. *Addiction*; 91(6): 815–27.

Borgianni, D. A., Hill, E. M., Maio, R. F. et al. (2000). Effects of alcohol on the geographic variation of driver fatalities in motor vehicle crashes. *Acad Emerg Med*; 7(1): 7–13.

Philip, P., Vervialle, F., LeBreton, P. et al. (2001). Fatigue, alcohol and serious road crashes in France: factorial study of national data. *BMJ*; 322: 829–30.

Sjogren, H., Bjornstig, U., Eriksson, A. et al. (1997). Drug and alcohol use among injured motor vehicle drivers in Sweden: prevalence, driver, crash and injury characteristics. *Alcohol Clin Exp Res*; 21(6): 968–73.

Fabbri, A., Marchesini, G., Morsetti-Labate, A. M. et al. (2002). Positive blood alcohol concentration and road accidents. A prospective study in an Italian emergency department. *Emerg Med*, 19: 210–4.

Li, G., Kely, P. M., Smith, G. S. et al. Alcohol and injury severity: reappraisal of continuing controversy. *J Trauma* 1007; 42: 652–9.

Zink, B. J., Sheinberg, M. A., Wang, X. et al. (1998). Acute ethanol intoxication in a model of traumatic brain injury with hemorrhagic shock: effects on early physiological response. *J Neurosurg*; 89(6): 983–90.

McDonough, K. H., Giaimo, M. E., Miller, H. I. et al. (2002). Low – dose ethanol alters the cardiovascular, metabolic and respiratory compensation for severe blood loss. *J Trauma*; 53(3): 541–8.

Garrison, H. G., Hansen, A. R, Cross, R. E. et al. (1984). Effects of ethanol on lactic acidosis in experimental hemorrhagic shock. *Ann Emerg Med*; 13(1): 26–9.

Vollrath, M. (2000). Detecting intoxicated drivers in Germany – estimating the effectiveness of police tests. *Accid Anal Prev*; 32: 665–72.

Massie, D. L., Campbell, K. L., Williams,

A. F. Traffic accidents involvement rates by driver age and gender. *Accid Anal Prev* 1005; 27: 73–87.

Bilban, M. (1997). Road traffic accidents caused by elderly drivers. *Coll Antropol*; 21(2): 573–83.

Bilban, M. (1998). The influence of gender on traffic accidents – the case of the Republic of Slovenia. *Coll Antropol*; 22 (2): 551–62.

Zorec, K., Bilban, M. (1998). O deležu čezmernih uživalcev alkohola med vozniki motornih vozil. Strokovni posvet o medicini prometa. Ljubljana SZD SMD: 189–93.

Baker, S. P., Chen, L. H. (2002). Driver risk factors for fatal injury on weekend nights: analysis of alcohol and racial differences. *Annu Proc Assoc Adv Automat Med*; 46: 179–91.

Skog, O. J. (2001). Alcohol consumption and mortality rates from traffic accidents, accidental falls and other accidents in 14 European Countries. *Addiction*; 96(1): 149–58.

Baker, S. P., Braver, E. R., Chen, L. H. et al. (2002). Drinking histories of fatally injured drivers. *Inj Prev*; 8: 221–6.

Rus, M. M., Jakopič, J. (2010). Vožnja pod vplivom alkohola in prometna varnost: kaznovati ali zdraviti z alkoholom nezasvojene in zasvojene voznike. *Zdrav Vestn.*; 79 (7–8): 582–92.

Mancino, M., Cunningham, M. R., Davidson, P., Fulton, R. L. Identification of the motor vehicle accident victim who abuses alcohol and opportunity to reduce trauma. *J Stud Alcohol* 1996 Nov; 57 (6): 652–8.

Bilban, M. (2000). Ocenjevanje delazmožnosti in škodljiva raba alkohola v medicini dela. *ZZD – ZMD. Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola in drog ter pri epilepsiji. Rogaška Slatina*, 63–72.

Bilban, M. (1998). Zdravstveni pregledi kandidatov za voznike in voznikov motornih vozil v Sloveniji. Strokovni posvet o medicini prometa. SZD-SMD, Rogaška Slatina, 73–88.

Jakopič, J. (1997). Pitje alkoholnih pijač, odvisnost od alkohola in delo. *Delo in varnost* 42, 5; 239–245.