



*foto J. Suhadolnik*

# VČASIH SE OBNAŠAMO, KOT BI BILI ODVISNI OD SVOJIH TERMINOV

intervju z dr. Dušanom Nolimalom

**Socialna medicina je najmlajša med velikimi vejami medicine in najbližja politiki. Rating njenega strokovnega ugleda raste skladno z naraščajočim pomenom nove zdravstvene politike, ki se usmerja na odkrivanje in preprečevanje zdravstveno patogenih dejavnikov v družbi. Mednje sodijo tudi odvisnodtna obolenja, tako od dovoljenih kot od nedovoljenih snovi.**

***Ste specialist za socialno medicino. Kakšno mesto ima socialna medicina v medicini?***

V naših krajih je socialno medicino prvi definiral dr. Andrija Štampar v svojem nastopnem predavanju kot profesor higiene in socialne medicine na fakulteti v Zagrebu l. 1923. Opredelil jo je kot znanost, ki se ukvarja s preučevanjem medsebojne prepletenosti socialnih in patoloških razmer v življenju prebivalstva in z razvijanjem ukrepov socialne narave za izboljšanje njegovega zdravja. Dr. Andrija Štampar je eden od ustanoviteljev Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in s svojo opredelitvijo socialne medicine je že

pred 70. leti ponudil podlago strategijam, ki nam jih SZO ponuja danes kot najuspešnejše oblike prizadevanj za zmanjševanje potrošnje dovoljenih in nedovoljenih drog. V Sloveniji je tedaj v podobni smeri razmišljal dr. Bojan Pirc.

***Kakšna je ta strategija?***

Ključno vlogo namenja primarnemu zdravstvenemu varstvu, torej splošnemu zdravniku. Ta naj bi okoli sebe zbral tudi druge strokovnjake, dajal pobude, koordiniral in nadzoroval njihovo delo. Temeljno zdravstveno varstvo je postavljeno v središče preventivne dejavnosti in zdravljenja posledic odvisnosti. Podobne oblike

medstrokovnega povezovanja bi morale segati do najvišje ravni, do medresorskega povezovanja na ravni ministrstev. Socialna medicina je po definiciji in po tradiciji najbolj primerna za takšen pristop, ima največ izkušenj s sodelovanji z drugimi medicinskimi in nemedicinskimi strokami. Poleg tega naj bi socialna medicina na področju preprečevanja in zdravljenja odvisnosti od drog organizirala dispanzerski pristop, ki so ga v preteklosti uporabljali za preprečevanje tuberkuloze. Danes je ta pristop primeren za t.i. kronične nenalezljive bolezni, ki jim pogosto botruje nezdrav življenjski stil in kamor prav gotovo sodijo odvisnosti. Bistvo tega pristopa je, da zdravnik aktivno išče rizične in ranljive posameznike, kar je še zlasti primerno za področje drog.

Dispanzerski pristop je samo eden izmed pristopov v socialni medicini. Pri takšnem načinu dela se uvajajo spremembe tako v odvisnikov način življenja kot v njegovo okolje. Zlasti je pomembna zdravstvena vzgoja. Ko gre za intravenozne uživalce, za katere je znano, da neradi iščejo zdravstveno pomoč, je posebej pomembno, da zdravstvena vzgoja ni samo pisarniška, temveč tudi terenska. To velja tudi za raziskovalno dejavnost. Preventivna dejavnost potrebuje epidemiološko podporo, se pravi spremljanje pojava, iskanje dejavnikov tveganja in, kar je zlasti pomembno, spremljanje učinkov naših posegov. Prav tako ne zadoščajo več samo aktivnosti za preprečevanje odvisnosti, to je ohranjenje zdravja. Novi koncepti socialne medicine poudarjajo tudi pomembnost aktivnosti za krepitev in pospešitev zdravja. Torej stalno skrb za "pozitivno zdravje", kar krepi odpornost proti negativnim posledicam porabe drog. Tudi s tem v zvezi je socialni medicini naložena priprava dokrine za preprečevanje zlorabe drog. Pri tem bi rad poudaril pomembnost tehtanja strokovnih argumentov v javni razpravi. Pričakuje se, da bodo prav strokovnjaki za socialno medicino tisti, ki bodo vpeljevali takšno zdravo politiko z osveščanjem in usposabljanjem drugih strokovnjakov in javnosti.

***Če je jasna epidemiološka slika stanja pogoj kakovostnih zdravstvenih posegov, se samo po sebi zastavlja vprašanje, kakšna je ostrina posnetkov stanja v Sloveniji na področju uživanja dovoljenih in nedovoljenih drog.***

Socialna medicina mora odgovoriti na več temeljnih vprašanj. Prvič, kakšne so epidemiološke značilnosti poseganja po drogah na posameznem področju. Koliko je prizadetih? Kdo so ti ljudje? Poleg tega moramo poznati analize primerjav posameznih skupin uživalcev po dejavnih tveganja in področjih. Vseh teh temeljnih epidemioloških raziskav pri nas še nimamo. Največji del epidemioloških analiz opravimo tu, na Inštitutu za varovanje zdravja (nekdanji Univerzitetni inštitut za zdravstveno in socialno varstvo). Zakaj to delo pri nas še ni opravljeno? Zato, ker smo se do socialne medicine v preteklosti obnašali mačehovsko in posledica tega je sedanja kadrovska šibkost vede. Že deset let delam na Inštitutu in do mojega odhoda v ZDA sem bil povsem sam in imel za nalogo pokrivanje celotnega področja tobaka, alkohola in nedovoljenih drog. Po moji vrnitvi s triletne specializacije v ZDA, leta 1990, sem doma naletel na popolnoma spremenjene razmere, ne le politično, temveč tudi glede epidemioloških razmer na področju drog. Slovenija v preteklosti ni razvila zadovoljive politike do uživanja drog, ne zadovoljive infrastrukture za spremljanje in preprečevanje tega fenomena. Razmere se izboljšujejo, vendar je v tako kratkem času in brez potrebnih sredstev nemogoče zgraditi dober tim.

***Kaj se je v zadnjem času premaknilo na tem področju?***

Temeljni cilji in strategija prevencije zlorabe in odvisnosti od drog, ki smo jih pripravili na Zavodu, 8. kongres zdravnikov v Mariboru in pobuda Demokratske stranke v skupščini so ponudili nastavke, ki bi jih morali razvijati. Zadnji pobudi sta določili tudi najodgovornejše za to. To so ministrstva z osrednjo vlogo ministrstva za zdravstvo. Na vrhu mora nastati medresorsko telo, ki bo imelo za odločne ukrepe na voljo tudi finančna sredstva. Ob odgovoru, da teh sredstev ni, lahko samo ugotovimo, da so uživalci drog za nas odvečna populacija, do katere se obnašamo diskriminatorno, ker ne zavzema pomembnega mesta v produkcijski verigi. Sicer pa je znano, kdo potegne najkrajšo v časih ekonomske recesije... Tudi na zavodu, kjer delam, smo relativno premalo uspešni - tudi pri iskanju sredstev za dejavnost. To je tudi zato, ker smo s svojim delom in ugotovitvami pogosto "slaba vest" družbe. Strokovni ukrepi, ki jih predlagamo,

pa se pogosto ne vklaplajo v dnevne politične potrebe in koncepte razvoja zdravstva in sociale.

***V pobudi poslancev Demokratske stranke ima osrednje mesto strokovni argument. "Po zahodnih statistikah," pravi dokument, "namreč en zasvojenec ustvari štiri do šest novih." Poznate te statistike? Vsekakor je ta faktor širjenja v navzkrižju z uradnimi ocenami števila intravenoznih uživalcev v Sloveniji. Tako ocene iz sedemdesetih let kot sedanje ostajajo nekje med 1000 in 2000.***

Dokler v Sloveniji nimamo temeljnih epidemioloških raziskav, se pač poslužujemo ugotovitev v tujih virih, če je za to strokovni dogovor. Zato se ta številka uporablja.

***Kako lahko velja strokovni dogovor o uporabnosti tega faktorja rasti števila intravenoznih uživalcev za Slovenijo, če ga pobijajo vse doseganje uradne ocene?***

To je res vprašanje. Veliko informacij, s katerimi trenutno razpolagamo, se nagiba k nezanesljivosti in jih je nujno ovrednotiti v kontekstu, v katerem so bile pridobljene. Direktno tuje raziskave, ki ugotavlja zadevni faktor, ne poznam. Mislim pa, da o tem piše Vladimir Kuševič v knjigi "Zloupotreba droga". Že Lev Milčinski se je v začetku sedemdesetih let zavzemal za ocenjevanje pojava glede na značilnosti časa in prostora, kjer se pojav razvija. V Sloveniji imamo samo zelo grobo oceno o številu intravenoznih uživalcev drog in morali bi narediti več temeljnih raziskav. Šele na podlagi poglobljenih raziskav in spremljanja trendov gibanja števila uživalcev pri nas pa bi ta faktor lahko potrdili ali ovrgli.

***Ali potem držijo razmišljanja, da predlogi programov preprečevanja pojava pri nas temeljijo na neustreznem znanju?***

V zadnjih dvajsetih letih smo povsod v svetu priča kvantitativni in kvalitativni preobrazbi vzorcev uživanja drog.

Te spremembe vplivajo tudi na premike v zaznavanju "problema" in v tem, kakšen naj bo družbeni odgovor nanj pri nas. HIV in aids pomenita dodatno razsežnost na tem področju.

To, da planiranje ni podprto s točnimi, natančnimi ali verodostojnimi podatki, se je dogajalo in se še dogaja tudi v državah z dobro razvito infrastrukturo na področju drog. Ocenjevanje in planiranje je oteženo tudi z lokalnimi, regionalnimi in nacionalnimi variacijami, ne le v vzorcih uporabe drog, ampak tudi v vrstah dostopnih preventivnih in kurativnih organizacij in njihovih ukrepov. Merjenje porabe drog, zlasti ilegalnih, in ugotavljanje posledic sta za konvencionalno epidemiologijo trd oreh, ki ga v svetu trejo s pomočjo neortodoksnih tehnik zbiranja podatkov. Če imamo premalo raziskovalnih inštitucij in če sta usposobljenost in raven znanja sedanjih kadrov omejeni, menim, da to velja za Slovenijo, potem je pot do natančnih in komprehenzivnih podatkov počasna in težavna. Zato je neizogibno, da bo v Sloveniji v tem trenutku družbeni odgovor na problematiko drog temeljil na pomanjkljivem znanju.

***Kaj pa aids? Do katere mere je ta prisilil k ponovnemu premisleku politike do drog?***

Aids vse pogosteje povezujemo z intravenoznim uživanjem drog. V zadnjih dveh letih je delež teh uživalcev med vsemi obolelimi za aidsom na svetu s 30 odstotkov narasel na 50 odstotkov. Uživalci "na igli" so lahko pomemben rezervoar virusa aidsa. Prenašajo ga lahko drug na drugega in nato prek spolnih stikov tudi na neuživalce. Razrast prostitucije, ki vedno spremlja naraščanje brezposelnosti in je tudi ena od oblik, s katerimi odvisni v svetu prihajajo do potrebnih finančnih sredstev za nakup doze, lahko deluje kot pospeševalni element širjenja virusa aidsa med neuživalce. Potem poznamo možni prenos od okužene matere uživalke drog na potomce ter možnost profesionalne okužbe med zdravstvenimi delavci, ki pridejo v stik z uživalčevo okuženo krvjo. Skratka, glede aidsa se kmalu izkaže, da smo vsi v istem čolnu. Pojav aidsa in njegovo širjenje v krogih intravenoznih uživalcev je obudil zanimanje za nedovoljene droge in nato postavil na glavo nekatere tradicionalne metode preprečevanja zlorabe drog in zdravljenja odvisnikov. Poleg kriminalitete, ki spremlja ilegalnost drog, je aids nov argument, ki krepi razloge za preizkušanje novih metod z obetajočo večjo učinkovitostjo.

***Omenjate tradicionalne metode ...***

V preteklosti smo poznali samo dve strategiji: strategijo zmanjševanja ponudbe, represivno strategijo, ki je pobrala približno 80 in več odstotkov sredstev, ljudi in energije in strategijo zmanjševanja povpraševanja, za katero je ostalo samo 20 in manj odstotkov vsega. Naprezamo se, da bi se to razmerje uravnovesilo.

Tema dvema tradicionalnima smerema prizadevanj se danes pridružuje še tretja, ki je tako nova, da jo še previdno tipamo in preizkušamo. To je strategija zmanjševanja tveganja in škode. Ko gre za alkohol, je to nam vsem znano zmerno pitje. Ko gre za droge, ki so nedovoljene, pa je to pri nas zelo kontroverzna in revolucionarna strategija. V razvitih državah razvija tobačna industrija izdelke z nižjo vsebnostjo nikotina in katrana. Ponekod je popularna substitucija kajenja tobaka z žvčenjem nikotinske gume. Intravenozno uživanje heroina skušajo nadomestiti z uživanjem metadona v obliki tablet ali pitjem sirupa. Zboljšujejo dostop do sterilnih brizg in igel ter kondomov za uživalce drog. Abstinenca je včasih gotovo najboljša rešitev. Razlikovati pa moramo tisto, kar želimo, od tistega, kar zmoremo oziroma kar je v danih pogojih izvedljivo.

***SZO že desetletja oblikuje parametre, v katerih se gibljejo nacionalne politike do drog. Je tudi usmeritev v zmanjševanje tveganja in škode nastala v SZO?***

Je. O grožnji epidemije aidsa in neučinkovitosti represivne strategije SZO prilagaja strategijo in sedaj priporoča to usmeritev, čeprav je začetna pobuda prišla od drugod. Gre zlasti za metadonske programe in programe izmenjave injekcijskega materiala (rabljeno za nerabljeno). Podobno velja za nastajanje samozaščitnih skupin uživalcev nedovoljenih drog in za vključevanje odvisnikov v nastajanje preventivnih in kurativnih programov. To so relativno nove stvari. Prej pasivizirani odvisnik ima sedaj pravico soodločati, kakšno zdravljenje potrebuje. Seveda so tudi v SZO razlike. Nekateri strokovnjaki so za bolj restriktivno, drugi za bolj liberalno politiko. Na tem področju nikoli ne bo enotnosti. Sprejeti moramo najširši pristop, ki bo vključil vse, kar je uspešno. To je tudi stališče SZO.

***Kaj pa koncept SZO "Zdravje za vse do leta 2000"? Kako se vključujemo?***

"Zdravje za vse do leta 2000" pomeni tudi manj stigmatizacije, marginalizacije in diskriminacije do uživalcev nedovoljenih drog. Skrb za zdravje postavlja kot prednostni cilj vlad, kot izziv za premagovanje bolezni in socialnih neenakosti. V Sloveniji smo v fazi revidiranja mnogih konceptov, po katerih deluje sedanje javno zdravstvo. "Novo" javno zdravstvo bo upoštevalo medsebojno soodvisnost gospodarskega razvoja, okolja in zdravja. Od tod tudi zahteva po medsektorskem planiranju in odgovornosti vlade, politikov in gospodarstvenikov tudi na področju alkohola, tobaka in drugih drog. Ko na primer sektorji za kmetijstvo, industrijo, turizem, gostinstvo in finance oblikujejo "svojo" politiko, morajo pri planiranju dejavnosti pri proizvodnji in prodaji alkohola in tobaka vplivom "svoje" dejavnosti na zdravje posvečati vsaj toliko pozornosti, kot jo posvečajo svojemu gospodarskemu razvoju. Industrija nedovoljenih drog je zaradi ilegalnega statusa odmaknjena tej odgovornosti. Zato je vse več pozivov, tudi pri nas, naj vlade pričnejo resno analizirati svojo politiko do tega občutljivega vprašanja. Toda posamezni uživalec drog naj ne pričakuje "rešitve" od zgoraj. Sam se bo moral zdravstveno osvestiti, usposobiti in okrepiti, da bo lahko vplival tako na svoje zdravje kot na dejavnike, ki vplivajo na njegovo zdravje. To vključuje aktivno udeležbo porabnikov drog v procesih ohranjanja in krepitev zdravja.

***V svojih objavah pa tudi v tem pogovoru ste omenili "zlorabo". Mar tu ne gre za nepotrebno moralistično vrednotenje?***

Gotovo lahko v izrazu najdemo določen moralistični prizvok.

***SZO je izraza "zloraba" in "čezmerna raba" nadomestila s "škodljiva" in "tvegana". Obsojanje namenov je opuščeno v korist ugotavljanja škode in možnosti njenega nastanka. Mar ni to bolje?***

Tvegana raba je občasna, ponavljajoča se ali stalna uporaba ene ali več psihoaktivnih snovi, ki jo spremlja znatno tveganje, da bo v prihodnosti prišlo do okvare zdravja. Sem bi sodilo

uživanje na primer tobaka ali alkohola ali heroina, pri čemer uživalec še nima zdravstvenih okvar in tudi še ni odvisen. Škodljiva raba pa je uživanje droge, ki že povzroča okvaro zdravja, ni pa uživalec od nje odvisen. Vaš optimizem glede opuščanja obsojanja namenov uživanja se mi zdi, v zvezi z izdajo 10. revizije Mednarodne klasifikacije bolezni, ki uvaja ta diagnostična merila, nekoliko prenačljivejši. To velja tudi za pričakovanja, da bodo spremenjeni termini sami po sebi odpravili neproduktivni del preventive in kurative. Nova diagnostična merila upoštevajo predvsem vplive alkohola in drugih drog na psihično in telesno zdravje, ne pa tudi vplivov na duhovnost in moralnost. Tako ti kriteriji omogočajo predvsem natančnejše delo s posamezniki, ne pa tudi natančnejšega postavljanja socialno medicinskih diagnoz. Socialno medicinski kriteriji za diagnosticiranje problematike v skupini oziroma okolju so dosti širši. Upoštevajo tudi težave v uživalčevih odnosih z drugimi ljudmi, ki drog ne uživajo, in škodo v socialnem in ekonomskem pogledu. Stališča o vrednotenju v definicijah navedenih značilnosti individualnih in socialnih pojavov v zvezi z drogami so v različnih okoljih zelo različna, skladna z načinom življenja prebivalcev, njihovimi navadami, vrednotami, verovanji ipd. Zato kljub uporabi iste definicije pogosto pride do različnih ocen. In včasih se obnašamo, kot da bi bili odvisni od svojih terminov. Tudi drugače je s terminologijo tako kot z drogami: tako kot se v cikličnih spreminjanja popularnost drog, se v cikličnih spreminjanja tudi modnost terminov. Sam o tem izrazu nikoli nisem razmišljal na ta način, kot o nekem metafizičnem zlu...

Ni mi šlo za to. Naj bom jasnejši. Mar formulacija "zlorabiti neko substanco" ni medicinsko dopolnilo pravni prepovedi nekaterih substanc? Mar s tem, ko takó uživanje nedovoljenih drog kot "nezmerno" pitje vina razglasimo za zlorabo, pojmu samozdravljenja ne odvezamo vsakega smisla in, če smo dosledni, naredimo posameznika neodgovornega za svoje zdravje?

Najbolj splošna definicija rabe droge je lahko res samozdravljenje nekaterih motenj. Veliko porabnikov drog trdi, da jih uživajo zaradi evforije ali da bi se počutili "normalne" ali da bi odpravili depresivna stanja. Znanstveniki so pri nekaterih porabnikih dokazali prirojene in/ali pridobljene pomanjkljivosti v nevrottransmisiji v centralnem

živčevju. Vse druge hipoteze o motivih poseganja po drogah je mogoče vključiti v kontekst samozdravljenja. Uporaba termina zloraba ne izključuje možnosti uporabe drog v smislu rekreacije ali samozdravljenja oz. rabe. Zloraba je opredeljena s patogenimi učinki na uživalca in njegovo okolico. Izraz me osebno ne moti, vendar drži, da podobno kot narkomanija stigmatizira, kar ovira napredek. Že dolgo let sem prepričan, da je uživanje drog predvsem življenjski slog, ki ga ne moremo definirati kot zlo, dokler pri uživalcu ne pride do bolezenskih posledic ali do krnitve svobode in zdravja drugega. So pa moralni elementi, vključno s stigmo in simbolni učinki včasih hujši kot sami farmakološki učinki.

***S tem v zvezi: ali je res, da je s farmakološkega vidika heroin neškodljiv? Obstaja ocena, koliko smrti je povzročil heroin sam brez spremnih pojavov?***

Odgovor na zadnje vprašanje je zaradi številčnosti in prepletenosti dejavnikov, ki vplivajo na učinek heroina, zelo težak, če ne celo nemogoč. Kar zadeva prvo vprašanje: če sprejmemo hipotezo, da je jemanje drog del samozdravljenja, potem za heroin, kot za mnoge druge droge, velja, da je v pravem odmerku, na pravi način, pri pravi osebi, ob pravem času in kraju lahko zdravilo. Če pride do prekoračitev in nezmernosti, se zdravilo sprevrne v strup.

Se pa heroin zaradi intenzivne evforije, ki ga dela tako privlačnega, a obenem nevarnega zaradi možnosti nastanka odvisnosti, v medicini z redkimi izjemami ne uporablja. Vprašanje, ali na lahek način doživljeno evforijo s pomočjo drog lahko imenujemo samozdravljenje, ostaja odprto.

Z dr. Nolimalom se je pogovarjal Igor Pribac