



Nacionalni inštitut
za javno zdravje

PORABA ALKOHOLA IN
ZDRAVSTVENI KAZALNIKI
TVEGANE IN ŠKODLJIVE
RABE ALKOHOLA
SLOVENIJA, 2016

PORABA ALKOHOLA IN ZDRAVSTVENI KAZALNIKI TVEGANE IN ŠKODLJIVE RABE ALKOHOLA:
SLOVENIJA, 2016

Urednici:

Prim. as. dr. Barbara Lovrečič, dr. med., spec. soc. med. in spec. javnega zdravja

Prim. doc. dr. Mercedes Lovrečič, dr. med., spec. psih.

Oblikovanje:

Andreja Frič

Izdajatelj:

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, Ljubljana

Elektronski vir:

<http://www.nijz.si>

Kraj in leto izdaje:

Ljubljana, 2018

Publikacija ni lektorirana.

Uporaba in objava podatkov, v celoti ali deloma, dovoljena le z navedbo vira.

ISSN 2463-9788

Zaščita dokumenta

© 2018 NIJZ

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

KAZALO

1. ŠKODLJIVA RABA ALKOHOLA IN ZDRAVSTVENE POSLEDICE TER RELATIVNO MANJ TVEGANO PITJE ALKOHOLA <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič</i>	9
2. PIVSKE NAVADE PREBIVALCEV SLOVENIJE V LETU 2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec</i>	12
3. PIVSKE NAVADE PREBIVALCEV SLOVENIJE V OBDOBJU 2001–2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec</i>	17
4. PORABA ALKOHOLA: SVET, EVROPSKA REGIJA, EU IN SLOVENIJA <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič</i>	21
5. Registrirana poraba alkohola v Sloveniji v obdobju 2010–2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Tanja Metličar</i>	25
6. REGISTRIRANA PORABA VINA V LITRIH ČISTEGA ALKOHOLA NA PREBIVALCA SLOVENIJE, STAREJŠEGA OD 15 LET, V OBDOBJU 2010–2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Tanja Metličar</i>	28
7. REGISTRIRANA PORABA PIVA V LITRIH ČISTEGA ALKOHOLA NA PREBIVALCA SLOVENIJE, STAREJŠEGA OD 15 LET, V OBDOBJU 2010–2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Tanja Metličar</i>	31
8. REGISTRIRANA PORABA ŽGANIH PIJAČ V LITRIH ČISTEGA ALKOHOLA NA PREBIVALCA SLOVENIJE, STAREJŠEGA OD 15 LET, V OBDOBJU 2010–2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Tanja Metličar</i>	33
9. REGISTRIRANA PORABA ALKOHOLA NA PREBIVALCA SLOVENIJE V LITRIH ČISTEGA ALKOHOLA IN V LITRIH ALKOHOLNIH PIJAČ 2014–2016 <i>Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič, Tanja Metličar</i>	35
10. ZDRAVSTVENI KAZALNIKI TVEGANE IN ŠKODLJIVE RABE ALKOHOLA V SLOVENIJI <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič</i>	38
11. UMRLJIVOST ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V SLOVENIJI V LETU 2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja</i>	41
12. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI (VSE STAROSTI) ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V LETU 2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja</i>	44
13. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI (STAREJŠI OD 15 LET) ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V LETU 2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja</i>	46
14. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI ZARADI IZBRANIH ALKOHOLU PRIPISLJIVIH VZROKOV: SLOVENIJA NAD POVPREČJEM EU IN EVROPSKE REGIJE SZO <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič</i>	48

15. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI (STAREJŠI OD 15 LET) ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI JETER IN CIROZE V LETU 2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja</i>	50
16. UMRLJIVOST ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI JETER IN JETRNE CIROZE: SLOVENIJA NAD POVPREČJEM EU IN EVROPSKE REGIJE SZO <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič</i>	51
17. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI (STAREJŠI OD 15 LET) ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V OBDOBJU 2011–2016 V SLOVENIJI	53
<i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec</i>	
18. POTENCIALNA LETA IZGUBLJENEGA ŽIVLJENJA ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V LETU 2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja</i>	55
19. POTENCIALNA LETA IZGUBLJENEGA ŽIVLJENJA ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI JETER IN CIROZE V LETU 2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja</i>	57
20. HOSPITALIZACIJE ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV V SLOVENIJI V LETU 2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Irena Zupanc</i>	59
21. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA HOSPITALIZACIJ ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV NA 100.000 PREBIVALCEV, STARIH 15 LET IN VEČ, V LETU 2016 V SLOVENIJI <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Irena Zupanc</i>	62
22. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA HOSPITALIZACIJ ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV NA 100.000 PREBIVALCEV, STARIH 15 LET IN VEČ, V OBDOBJU 2011–2016 V SLOVENIJI <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec</i>	63
23. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA HOSPITALIZACIJE ZARADI DUŠEVNIH IN VEDENJSKIH MOTENJ ZARADI UŽIVANJA ALKOHOLA NA 100.000 PREBIVALCEV, STARIH 15 LET IN VEČ V LETU 2016 <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Irena Zupanc</i>	65
24. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA HOSPITALIZACIJE ZARADI DUŠEVNIH IN VEDENJSKIH MOTENJ ZARADI UŽIVANJA ALKOHOLA NA 100.000 PREBIVALCEV, STARIH 15 LET IN VEČ, V OBDOBJU 2011–2016 V SLOVENIJI <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec</i>	66
25. NOSEČNOST IN DOJENJE BREZ ALKOHOLA <i>Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič</i>	68
PROJEKT RARHA <i>Sandra Radoš Krnel</i>	74
SEZNAM SLIK IN TABEL	86

KRATICE

ANPV – alkoholu neposredno pripisljivi vzroki

Baza umrlih- Zbirke podatkov o umrlih osebah (IVZ46)

BOLOB - Evidenca bolezni, poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici (bolnišnične obravnave)

ER SZO - Evropska regija Svetovne zdravstvene organizacije

ESP – Evropska standardna populacija

FAS – fetalni alkoholni sindrom

IVZ RS – Inštitut za varovanje zdravje Republike Slovenije

MKB-10 - Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene - Deseta revizija

NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje

NPA - neregistrirana poraba alkohola

YPLL- Potencialna leta izgubljenega življenja

RPA- registrirana poraba alkohola

SFAM - spekter fetalnih alkoholnih motenj

SPA- skupna poraba alkohola

SSSU – Starostno standardizirana stopnja umrljivosti

SSSH – Starostno standardizirana stopnja hospitalizacije

SURS – Statistični Urad Republike Slovenije

SZO- Svetovna zdravstvena organizacija

ZPC – Zdravstveno podatkovni center

Publikaciji na pot

V Sloveniji je registrirana poraba alkohola visoka, skupaj s problematičnimi pivskimi navadami to pripomore k višjemu zdravstvenemu bremenu. Slovenija je po registrirani porabi alkohola že desetletja nad mednarodnimi povprečji EU in Evropske regije Svetovne zdravstvene organizacije. Na NIJZ ugotavljamo, da se je v letu 2016 registrirana poraba alkohola v Sloveniji v primerjavi z letom poprej znižala, kar je vzpodbudno, z javnozdravstvenega vidika pa poraba alkohola pri nas še vedno ostaja previsoka in še vedno nad mednarodnimi povprečji.



Registrirana
poraba alkohola v Sloveniji
se je v letu 2016 znižala
v primerjavi z letom poprej.

Škoda, ki jo ima država zaradi
posledic popitega alkohola,
presega koristi,
ki jih ima država
od prodaje alkohola.

NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Vir: NIJZ, <http://www.nijz.si/sl/v-sloveniji-visoka-registrirana-poraba-alkohola-a-v-2016-spodbudno-nizja-kot-letoprej>

Družba pri nas vzpodbuja pitje alkohola in je tolerantna do opijanja v javnosti, pivske navade prebivalcev Slovenije so problematične. Podatki za 2016 kažejo tudi, da še vedno vsak deseti prebivalec Slovenije v starosti od 25-74 let čezmerno pije alkohol, vsak drugi pa se vsaj enkrat letno visoko tvegano opije.



Vir: NIJZ, <http://www.nijz.si/sl/ob-koncu-meseca-preprecevanja-odvisnosti-in-tednu-osvescanja-glede-skode-ki-jo-povzroca-alkohol>

Ob teh podatkih opažamo, da pogosto še vedno zmotno mislimo, da sta pivo in vino manj škodljivi pijači v primerjavi z žganjem, kar ne drži. Ne poznamo manj ali bolj škodljivih alkoholnih pijač, saj vse vsebujejo glavno sestavino alkoholnih pijač, to je etanol. Res je sicer, da pivo vsebuje v povprečju manj volumskega odstotka alkohola v primerjavi z vinom, pivo in vino pa manj volumskega odstotka alkohola v primerjavi z žganimi pijačami, vendar je vsebnost alkohola v alkoholni pijači približno enaka v primerih, ko popijemo kozarec (1 dcl) vina z 12 vol. % alkohola ali vrček (2,5 dcl) piva s 5 vol. %

alkohola ali kozarček (0,3 dcl) žgane pijače s 40 vol. % alkohola. Dejanski učinki na telo so odvisni od količine popitega alkohola, predvsem gramov čistega alkohola, posledice pa tudi od pivskih navad.



Vir: NIJZ, <http://www.nijz.si/sl/v-sloveniji-visoka-registrirana-poraba-alkohola-a-v-2016-spodbudno-nizja-kot-letu-prej>

Mednarodna agencija za raziskovanje raka alkoholne pijače uvrstila med snovi, ki so rakotvorne za človeka, v isto skupino je uvrščen tudi tobak. Izpostavljenost alkoholu predstavlja tveganje za nastanek nekaterih vrst rakavih obolenj: raka ustne votline in žrela, grla in požiralnika, raka jeter, debelega črevesa, danke in dojk, ki ga povezujejo predvsem s čezmernim pitjem alkohola. Tveganje za nastanek raka je povezano s pivskimi navadami in količinami zaužitega alkohola. Več alkohola in pogosteje kot oseba pije alkohol, večje je tveganje za nastanek nekaterih vrst raka, to tveganje pa se ne spreminja glede na različne vrste alkoholnih pijač, saj se v vseh nahaja etanol, ki se v človeškem telesu spremeni v acetaldehid, ki je dokazano rakotvoren.

Publikacija v nadaljevanju vsebuje informacije in podatke o porabi alkohola, umrljivosti in hospitalizacijah zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov ter izbrane teme, tokrat o dojenju in nosečnosti brez alkohola ter projektu Rarha- Zmanjševanje škode zaradi uživanja alkohola.

Publikacija še zdaleč ne vsebuje vseh informacij in podatkov s področja posledic škodljive rabe alkohola in potrebnih ukrepov za zmanjševanje posledic, ki jih Svetovna zdravstvena organizacija priporoča kot dokazano učinkovite ter je le ena od mnogih, ki jo na temo alkohola pripravlja in izdaja Nacionalni inštitut za javno zdravje. Več o alkoholu lahko najdete na <http://www.nijz.si/sl>

1. ŠKODLJIVA RABA ALKOHOLA IN ZDRAVSTVENE POSLEDICE TER RELATIVNO MANJ TVEGANO PITJE ALKOHOLA

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Škodljiva raba alkohola predstavlja pomemben javnozdravstveni problem, bistveno pripomore k porastu zdravstvenega bremena, prezgodnje umrljivosti prebivalstva in se uvršča na tretje mesto glede bremena umrljivosti zaradi nenalezljivih kroničnih bolezni na svetu (za hipertenzijo in kajenjem tobaka) (1-3).

Alkohol lahko prizadene vsak organ in sistem v človeškem organizmu. Tako škodljiva raba alkohola lahko prizadene osrednje živčevje (npr. negativno vpliva na spomin, povzroča nespečnost, tesnobo, sindrom odvisnosti od alkohola, demenco, okvare perifernih živcev, vnetje možganovine, metabolne spremembe, epilepsijo); prebavila (npr. povzroča vnetje požiralnika, želodčne sluznice, jeter, trebušne slinavke, povzroča razjede npr. požiralnika, želodca, drugje v črevesju, zamaščenost jeter, cirozo jeter, rakava obolenja (npr. ustne votline, grla, žrela, požiralnika, debelega črevesa in danke, jeter), krvavitev iz poškodovanih žil prebavil (npr. požiralnika); srčno-žilni sistem (slabokrvnost, motnje v strjevanju krvi, nepravilen utrip, bolezen srčne mišice in žil, zvišan krvni pritisk, možgansko kap); imunski sistem (večja dovzetnost za okužbe in oslABLJENA sposobnost obrambe pred njimi); mišice (okvare skeletne mišice in manjša mišična moč, bolezen mišičnine; skelet (kosti) (nepravilen razvoj kostne mase, bolečine, osteoporoza, zlomi kosti); metabolne motnje (pomanjkanje vitaminov, mineralov); rakava obolenja (poleg raka prebavil tudi rak dojk; hormonske motnje, slabši potek drugih bolezni, ob izpostavljenosti nerojenega otroka alkoholu lahko povzroča abstinenčni sindrom ob rojstvu in fetalni alkoholni sindrom. Škodljiva raba alkohola povzroča obolevnost, manjzmožnost, invalidnost, izgubljena leta zdravega življenja ter vodi v prezgodnjo umrljivost (4). Strokovnjaki poznajo več kot 60 kategorij bolezni ali zdravstvenih stanj, ki so posledica škodljive rabe alkohola, od tega je vsaj polovica takih, kjer je že v diagnozi (definiciji, opisu bolezenskega stanja) navedeno, da gre za posledice izpostavljenosti alkoholu (npr. akutna zastrupitev z alkoholom, alkoholna ciroza jeter, sindrom odvisnosti od alkohola, fetalni alkoholni sindrom ipd) (5,6). Trenutno poznamo več kot 200 zdravstvenih stanj, kjer škodljiva raba alkohola predstavlja enega od dejavnikov tveganja (5,6).

Zdravstveno breme zaradi škodljive rabe alkohola v Sloveniji je večje v primerjavi z mednarodnimi povprečji (7). Izkušnje in izsledki raziskav kažejo, da že z zmanjševanjem vnosa količine alkohola na raven mej manj tveganega pitja alkohola lahko bistveno pripomoremo k preprečevanju obolevnosti in umrljivosti prebivalstva zaradi alkohola. Vsaka prezgodnja smrt ali bolezen, kjer je vzrok alkohol je preprečljiva. Vsa bolezenska stanja, ki so posledica škodljive rabe alkohola pa lahko preprosto preprečimo že s pitjem alkohola v mejah manj tveganega pitja in/ali vzpostavitvijo in vzdrževanjem abstinence.

Relativno manj tvegano pitje alkohola pri odraslih zdravih osebah predstavlja manjšo verjetnost, da se bo pojavila škoda za zdravje pri večini zdravih odraslih ljudi in je opredeljeno glede na spol, starost, zdravstveno stanje posameznika, na količino zaužitega alkohola na dan in na teden ter na posamezno pivsko priložnost. Pri upoštevanju mej manj tveganega pitja alkohola je nujno, da med tednom vsaj dan do dva alkohola sploh ne zaužijemo (7).

Relativno manj tvegano pitje alkohola

Ko govorimo o mejah relativno manj tveganega pitja alkohola pri odraslih zdravih osebah, to ne pomeni, da tako pitje alkohola priporočamo, ampak s tem mislimo predvsem način pitja in količine alkohola, ki predstavljajo manjšo verjetnost, da se bo pojavila škoda za zdravje pri večini zdravih odraslih ljudi.

Meje relativno manj tveganega pitja (8):

Pogostost	Zdrave odrasle ženske, ki niso noseče in ne dojijo ter zdrave osebe starejše od 65. let	Zdravi odrasli moški	Otroci, mladostniki, osebe s sindromom odvisnosti od alkohola, nekatere druge bolezni
na dan	ne več kot 1 enota (npr. do 1 dcl vina dnevno)	ne več kot 2 enoti (npr. do 2 dcl vina dnevno)	nič
na teden	ne več kot 7 enot ter vsaj 1–2 dni v tednu povsem brez alkohola	ne več kot 14 enot na teden in vsaj 1–2 dni v tednu povsem brez alkohola	nič
ob eni pivski priložnosti	ne več kot 3 enote	ne več kot 5 enot	nič

Ena standardna enota ali merica alkoholne pijače je v Sloveniji (po zgledu Evrope) definirana kot tista količina alkoholne pijače, ki vsebuje približno **10 gramov čistega alkohola**.

To je v povprečju enako kot:

- = 1 dcl (kozarec) vina (12 % alkohol) ali
- = 2,5 dcl piva (vrček, pločevinka, steklenica) (5 % alkohol) ali
- = 0,3 dcl ("eno šilce", "štamperl") žgane pijače (40 % alkohol) ali
- = 2–2,5 dcl sadjevca (jabolčnika, tolkovca, mošta) (5 % alkohol) ali
- = 0,7 dcl močnejšega vina (prošek, šeri) (18 % alkohol) ali
- = 0,5 dcl likerja ali aperitiva (25 % alkohol) ali
- = 3,3 dcl (ena steklenica ali pločevinka) mešane gazirane alkoholne pijače ali
- = pločevinka (0,5 l) mešanice piva in limonade ali oranžade (npr. radler).

Vir: NIJZ, <http://www.nijz.si/sl/ob-koncu-meseca-preprecevanja-odvisnosti-in-tednu-osvescanja-glede-skode-ki-jo-povzroca-alkohol>

Škodljiva raba alkohola prizadene posameznika, svojce in širšo družbo. Poleg negativnih zdravstvenih posledic, predstavlja dejavnik tveganja za posledice na drugih področjih: osebnem, v družini (npr. stres, nasilje, materialna škoda, poškodbe), varnost v cestnem prometu (vožnja pod vplivom alkohola in ogrožanje varnosti, prometne nezgode, materialna škoda, poškodbe, invalidnost, smrt), na delovnem mestu (npr. poškodbe, materialna škoda, bolniški stalež, izguba službe, brezposelnost), v skupnosti (nasilje, prekrški, kazniva dejanja, požari), v širši družbi (obolevnost, brezposelnost, poškodbe, invalidnost, prekrški, kriminaliteta, požari, prezgodnja umrljivost ipd) (1-3, 6).

Literatura

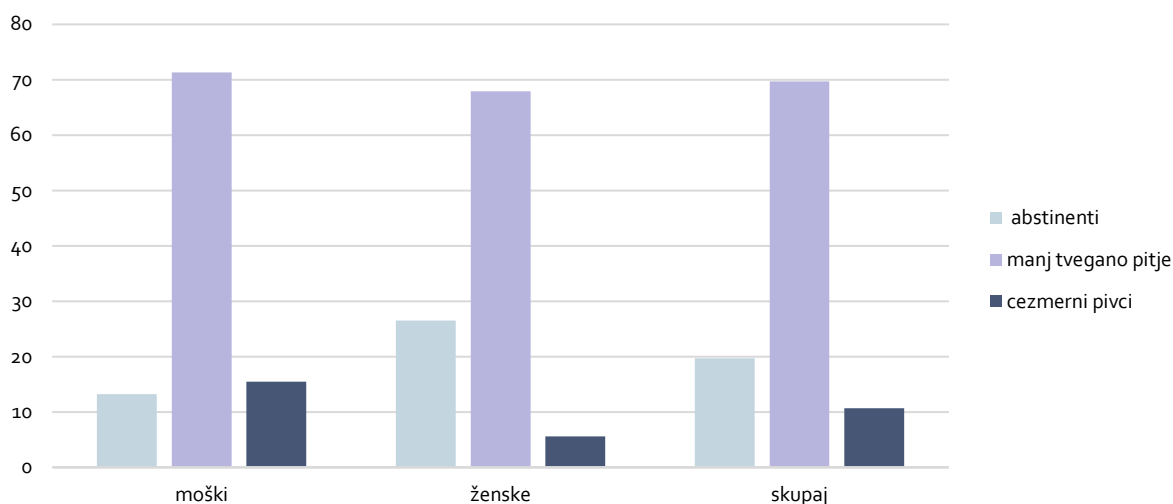
1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380 (9859): 2224–60.
2. Rehm J, Baliunas D, Borges GL et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - An overview. *Addiction* 2010; 105(5): 817–43.
3. Rehm J, Mathers C, Popova S, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet*. 2009; 373: 2223–33.
4. Lovrečič B, Lovrečič M. Modul 2: Alkohol. V: Radoš Krnel S, Lovrečič B, Lovrečič M, et al. Odgovorna strežba alkohola: priročnik za izobraževanje strežnega osebja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017.
5. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. 10. Revizija. Ljubljana; Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
6. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, Geneva: WHO, 2014. Pridobljeno 15. 8. 2018 s spletne strani: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
7. Lovrečič B in Lovrečič M. Zdravstvena problematika alkohola v Sloveniji. *ISIS* 2017, 11: 32-37. Pridobljeno 15. 8. 2018 s spletne strani: <http://online.pubhtml5.com/agma/yyob/#p=32>
<https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/publikacije-zbornice-isis/revija/isis-november-2017>
8. NIJZ. Ob koncu meseca preprečevanja odvisnosti in tednu osveščanja glede škode, ki jo povzroča alkohol. Pridobljeno 15. 8. 2018 s spletne strani: <http://www.nijz.si/sl/ob-koncu-meseca-preprecevanja-odvisnosti-in-tednu-osvescanja-glede-skode-ki-jo-povzroca-alkohol>

2. PIVSKE NAVADE PREBIVALCEV SLOVENIJE V LETU 2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec

Leta 2016 je v Sloveniji potekala peta nacionalna raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog¹, podatki med drugim omogočajo vpogled tudi v pивske navade prebivalcev Slovenije. V nadaljevanju izpostavljamo podatke glede problematičnih pivskih navad prebivalcev Slovenije v starosti med 25 in 74 let in sicer glede na čezmerno pitje alkohola² in glede na visoko tvegano opijanje³.

Večina prebivalcev Slovenije je v letu 2016 pila alkohol v mejah manj tveganega pitja, 11% je čezmerno pila alkohol (pri moških 16 % in pri ženskah 6 %), 20% pa jih je v zadnjem letu abstiniral⁴ (ženske so 2-krat pogosteje abstinirale v primerjavi z moškimi). Na vsakih deset prebivalcev Slovenije jih je sedem pilo alkohol v mejah manj tveganega pitja, dva sta abstinirala in eden je čezmerno pil alkohol (moški 3-krat pogosteje v primerjavi z ženskami) (Slika 2.1.).



Slika 2.1. Delež (%) prebivalcev po stopnji pitja alkoholnih pijač, po spolu, Slovenija, 2016 (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)

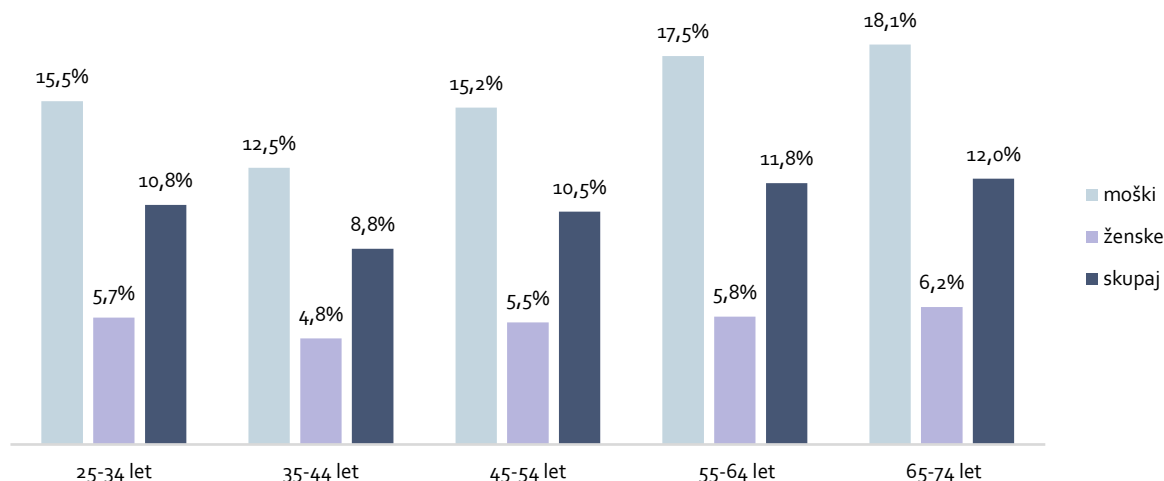
V starosti od 25 do 34 let je 11% prebivalcev Slovenije čezmerno pilo alkohol, najnižji je bil delež čezmernih pivcev v starosti od 35 do 44 let, nato pa delež čezmernih pivcev s starostjo narašča. Moški so bili v vseh starostnih skupinah v večjem deležu čezmerni pivci v primerjavi z ženskami (Slika 2.2.).

¹ Raziskava se izvaja na reprezentativnem vzorcu odraslih prebivalcev Slovenije, od leta 2001 v rednih štiri letnih časovnih razmikih. Podatki omogočajo vpogled v vedenjske navade prebivalcev, ki so povezane z zdravjem.

² Čezmerni pivci v tej raziskavi so definirani kot tiste ženske, ki zaužijejo 10 g ali več čistega alkohola dnevno, in tisti moški, ki zaužijejo 20 g ali več čistega alkohola dnevno. Tisti, ki pijejo manj od tega so manj tvegani pivci.

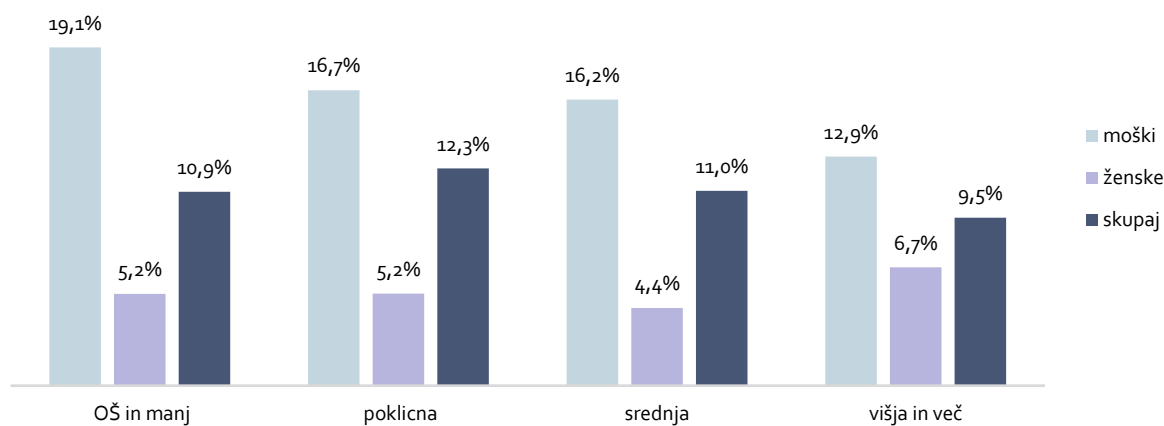
³ Visoko tvegano opijanje v tej raziskavi je opredeljeno za moške, ki ob eni priložnosti spijejo šest ali več pijač (enot), in za ženske, ki ob eni priložnosti spijejo štiri ali več pijač (enot).

⁴ Abstinenti v tej raziskavi so tisti, ki v zadnjem letu niso zaužili alkohola.



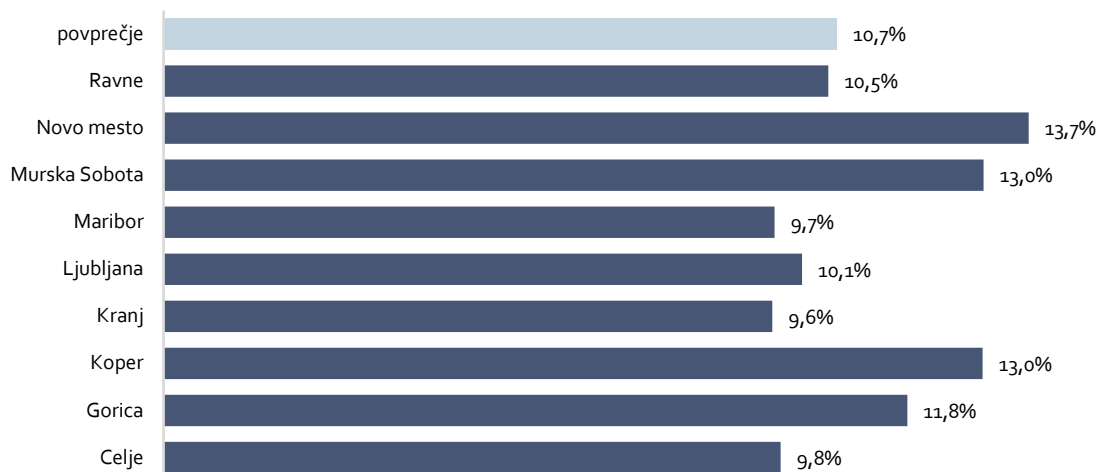
Slika 2.2. Delež (%) čezmernih pivcev alkohola po starostnih skupinah in po spolu, Slovenija, 2016 (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)

Glede na izobrazbo je bil v letu 2016 najvišji delež čezmernih pivcev med tistimi s poklicno izobrazbo. Glede na izobrazbo in spol je bil v letu 2016 najvišji delež čezmernih pivcev pri moških med tistimi z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, pri ženskah pa pri tistih z višjo izobrazbo ali več (Slika 2.3.)



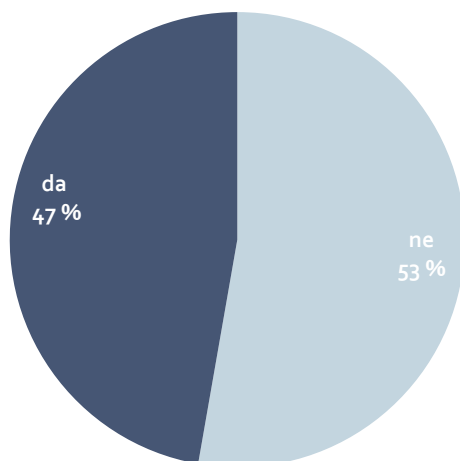
Slika 2.3. Delež (%) čezmernih pivcev alkohola po izobrazbi in po spolu, Slovenija, 2016 (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)

Najvišji delež čezmernih pivcev glede na zdravstveno regijo je bil v letu 2016 med tistimi iz Novega mesta, sledita z enakim deležem Koper in Murska Sobota, najnižji delež so beležili v zdravstvenih regijah Kranj, Maribor in Celje (Slika 2.4.).



Slika 2.4. Delež (%) čezmernih pivcev alkohola glede na zdravstveno regijo, Slovenija, 2016 (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)

Podatki za leto 2016 kažejo, da se je vsak drugi prebivalec Slovenije vsaj enkrat letno visoko tvegano opil⁵ v zadnjem letu (Slika 2.5.), vsak šesti od desetih moških in skoraj vsaka četrta od desetih žensk.



Slika 2.5. Delež (%) prebivalcev glede na visoko tvegano opijanje vsaj enkrat letno, Slovenija, 2016 (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)

V letu 2016 je bil najvišji delež tistih, ki so se visoko tvegano opijali v starostni skupini 25-34 let, z naraščanjem starosti je padal tako pri ženskah kot pri moških. Med prebivalci Slovenije, starimi med 25 in 34 let se je kar 7 od 10 moških in 5 od 10 žensk visoko tvegano opila v zadnjem letu (Slika 2.6.).

Glede na spol in starost je bil v letu 2016 delež tistih, ki so se visoko tvegano opijali najmanj 1-krat na mesec najvišji v starostni skupini 25-34 let, tako pri ženskah kot pri moških. Pri tistih, ki so se opijali 1-3 krat na mesec je bil delež najvišji pri moških v starosti 35-44 let, pri ženskah 65-74 let, pri tistih, ki so se opijali 1-3-krat na teden je bil delež najvišji pri moških v starosti 55-64 let, pri ženskah 65-74 let

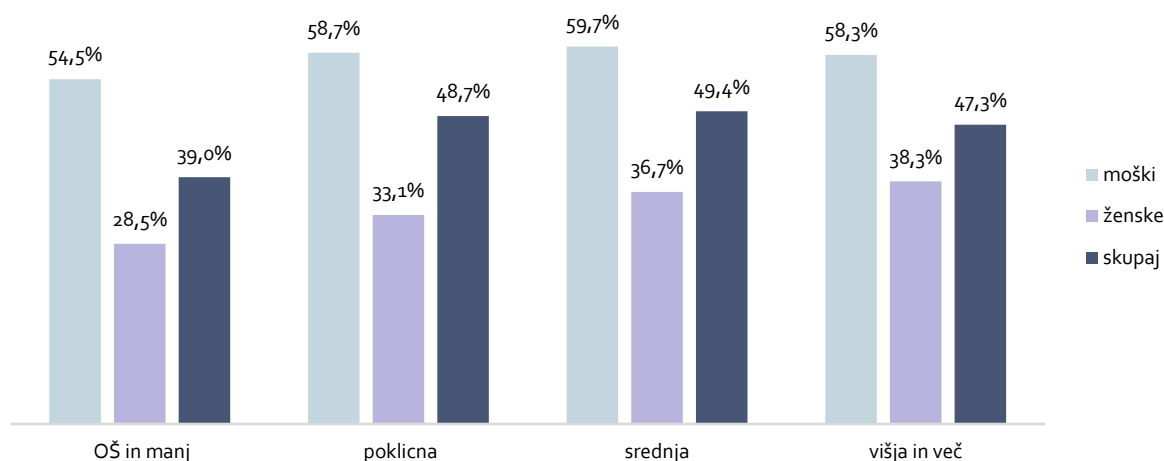
⁵ Visoko tvegano opijanje v tej raziskavi je bilo opredeljeno za tiste moške, ki spijejo 6 ali več pijač (enot) ob eni priložnosti in za tiste ženske, ki spijejo 4 ali več pijač (enot) ob eni priložnosti..

in pri tistih, ki so se opijali dnevno ali skoraj vsak dan pri obeh spolih v starosti 65-74 let. Najnižji deleži tistih, ki so pili alkoholne pijače in se v zadnjem letu niso visoko tvegano opili so bili med najmlajšimi, v starosti 25-34 let, samo 22% moških in 36% žensk v tej starosti se ni nikoli visoko tvegano opilo v zadnjem letu (vir: NIJZ, neobjavljeno).



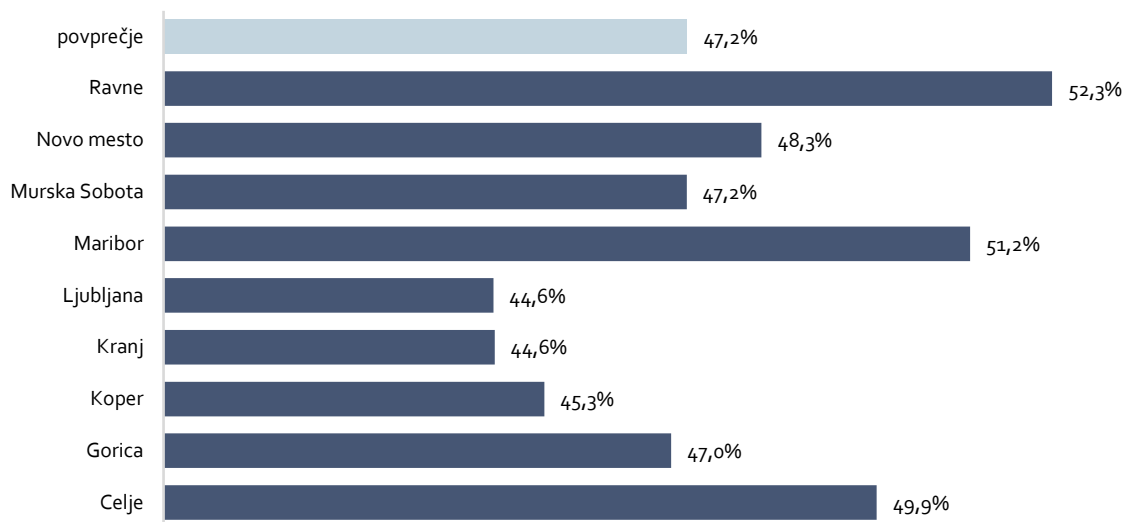
Slika 2.6. Delež (%) oseb, ki so se visoko tvegano opijale po starostnih skupinah in po spolu, Slovenija, 2016 (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)

Glede na izobrazbo je bil najnižji delež visoko tvegane opijanja med tistimi z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, najvišji pri tistih s srednjo izobrazbo. Glede na izobrazbo in spol je bil najvišji delež visoko tvegane opijanja med moškimi s srednjo izobrazbo, pri ženskah z višjo izobrazbo ali več (Slika 2.7.).



Slika 2.7. Delež (%) oseb, ki so se visoko tvegano opijale po izobrazbi in po spolu, Slovenija, 2016 (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)

Najvišji delež visoko tveganega opijanja glede na zdravstveno regijo je bil v letu 2016 med tistimi iz Raven in Maribora, najnižji delež je zaznati v zdravstvenih regijah Kranj in Ljubljana (enak delež) (Slika 2.8.).



Slika 2.8. Delež (%) oseb, ki so se visoko tvegano opijale glede na zdravstveno regijo, Slovenija, 2016 (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)

3. PIVSKE NAVADE PREBIVALCEV SLOVENIJE V OBDOBJU 2001–2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec

Velika večina prebivalcev Slovenije v starosti med 25 in 64 let je v obdobju od 2001 do 2016 poročala, da je pila alkohol v mejah manj tveganega pitja. Na vsakih deset prebivalcev Slovenije jih je v letih 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016 vseskozi sedem pilo alkohol v mejah manj tveganega pitja, eden je pil alkohol čezmerno⁶ (Slika 3.1., Tabela 3.1.). V enakem obdobju se je približno polovica prebivalcev Slovenije vsaj enkrat visoko tvegano opila v predhodnem letu (Slika 3.2., Slika 3.3.). Moški so manj abstinirali v predhodnem letu, pili alkohol pogosteje in v večji meri v primerjavi z ženskami (Tabela 3.1., Slika 3.3.).

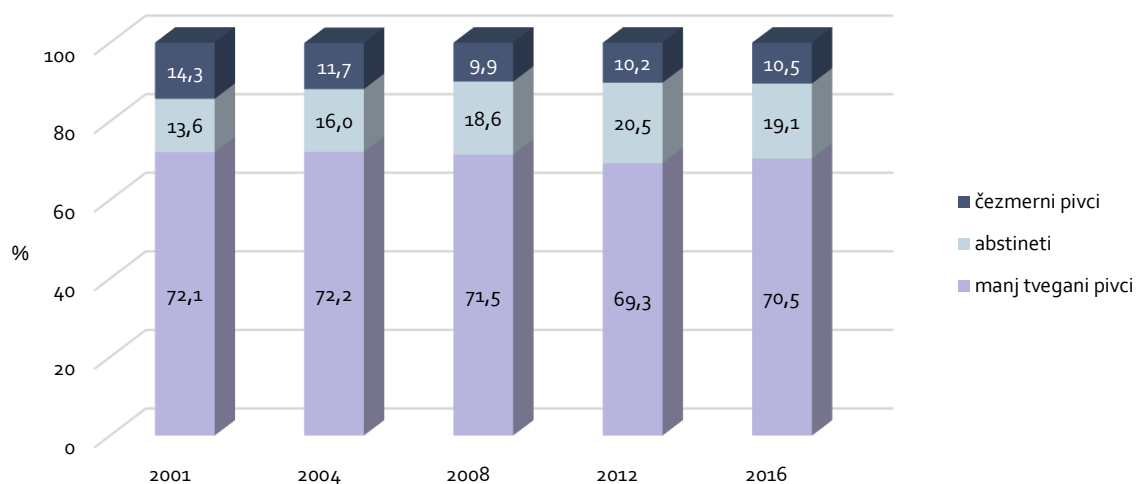
Delež čezmernih pivcev je bil v letu 2016 višji med moškimi v primerjavi z ženskami, najvišji v starostni skupini 55-64 let in med tistimi s poklicno izobrazbo. Delež tistih, ki so se visoko tvegano opili je bil višji med moškimi v primerjavi z ženskami, najvišji v starostni skupini 25-39 let in med tistimi s srednješolsko izobrazbo (Vir: NIJZ, neobjavljeno).

V obdobju 2001–2012 smo zaznavali trend naraščanja abstinentov in trend padanja čezmernih pivcev alkoholnih pijač, po drugi strani pa se v letu 2012 v primerjavi z letom 2008 delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač ni značilno spremenil, medtem, ko je značilno porastel delež tistih, ki so se visokotvegano opili vsaj enkrat letno, do leta 2008 pa je bilo zaznati trend padanja takega vedenja.

V letu 2016 se je v primerjavi z letom 2001 odstotni delež abstinentov in tistih, ki so se visokotvegano opijali statistično značilno zvišal, odstotni delež manj tveganih in čezmernih pivcev pa statistično pomembno znižal (Vir: NIJZ, neobjavljeno).

V letu 2016 se je v primerjavi z letom 2012 odstotni delež abstinentov in tistih, ki so se visokotvegano opijali statistično značilno znižal, medtem, ko se odstotni delež manj tveganih in čezmernih pivcev ni pomembno spremenil (Vir: NIJZ, neobjavljeno).

⁶Čezmerni pivci v tej raziskavi so definirani kot tiste ženske, ki so pile 10 g ali več čistega alkohola dnevno, in tisti moški, ki so pili 20 g ali več čistega alkohola dnevno. Tisti, ki so pili manj od navedenega so manj tvegani pivci. Abstinenti v tej raziskavi so tisti, ki v zadnjem letu niso pili alkohola.

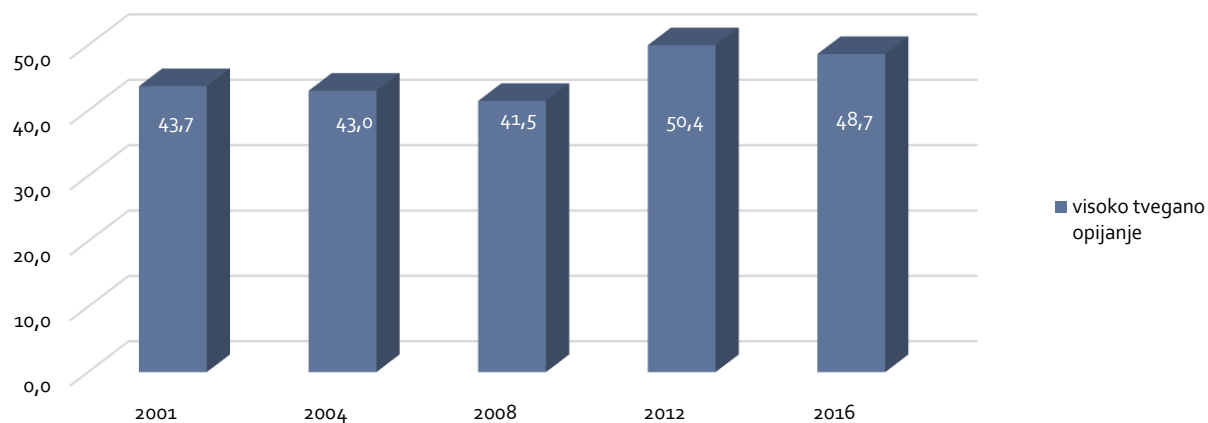


Slika 3.1. Stopnje pitja alkoholnih pijač v odstotnih deležih med prebivalci Slovenije v starosti od 25 do 64 let, v letih 2001, 2004, 2008, 2012, 2016, Slovenija (Vir: Z zdravjem povezan vedenjski slog - CINDI, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016)

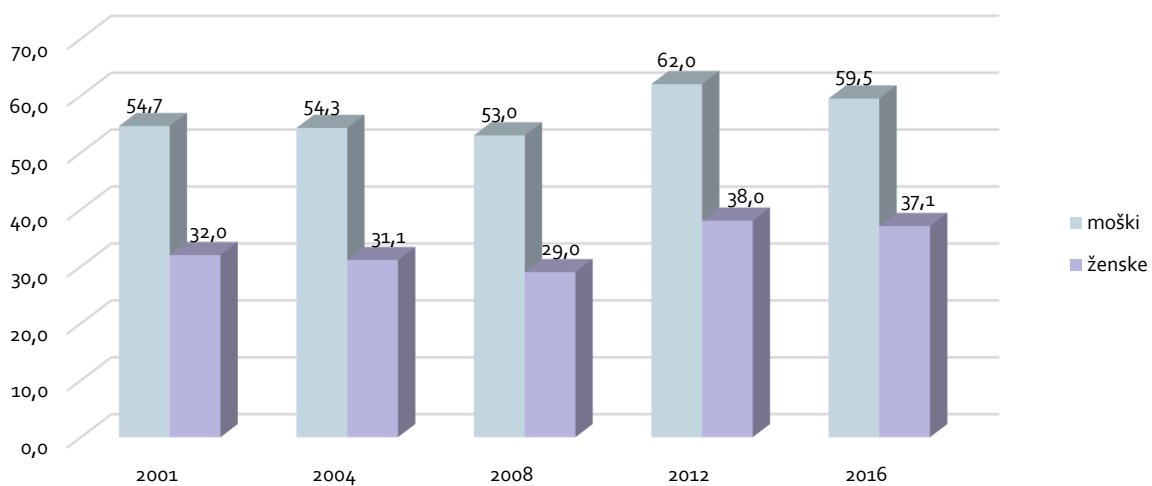
Tabela 3.1. Stopnje pitja alkoholnih pijač v odstotnih deležih med prebivalci Slovenije v starosti od 25 do 64 let, po spolu, v letih 2001, 2004, 2008, 2012, 2016, Slovenija

Stopnje pitja alkoholnih pijač v odstotnih deležih/leto	2001	2004	2008	2012	2016
Manj tvegani pivci	%	%	%	%	%
Moški	69,3	71,7	70,4	70,3	71,7
Ženske	75,1	72,8	72,6	68,3	69,2
Abstinenti	%	%	%	%	%
Moški	8,4	10,1	13,5	14,3	13,2
Ženske	19,0	22,3	24,1	26,9	25,4
Čezmerni pivci	%	%	%	%	%
Moški	22,3	18,2	16,0	15,4	15,1
Ženske	5,9	4,9	3,4	4,7	5,4

Vir: Z zdravjem povezan vedenjski slog - CINDI, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016



Slika 3.2. Odstotni deleži (%) visoko tveganega opijanja vsaj enkrat letno med prebivalci Slovenije v starosti od 25 do 64 let, v letih 2001, 2004, 2008, 2012, 2016, Slovenija (Vir: Z zdravjem povezan vedenjski slog - CINDI, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016)



Slika 3.3. Odstotni deleži (%) visoko tveganega opijanja vsaj enkrat letno med prebivalci Slovenije v starosti od 25 do 64 let, po spolu, v letih 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016, Slovenija (Vir: Z zdravjem povezan vedenjski slog - CINDI, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016)



PORABA ALKOHOLA

4. PORABA ALKOHOLA: SVET, EVROPSKA REGIJA, EU IN SLOVENIJA

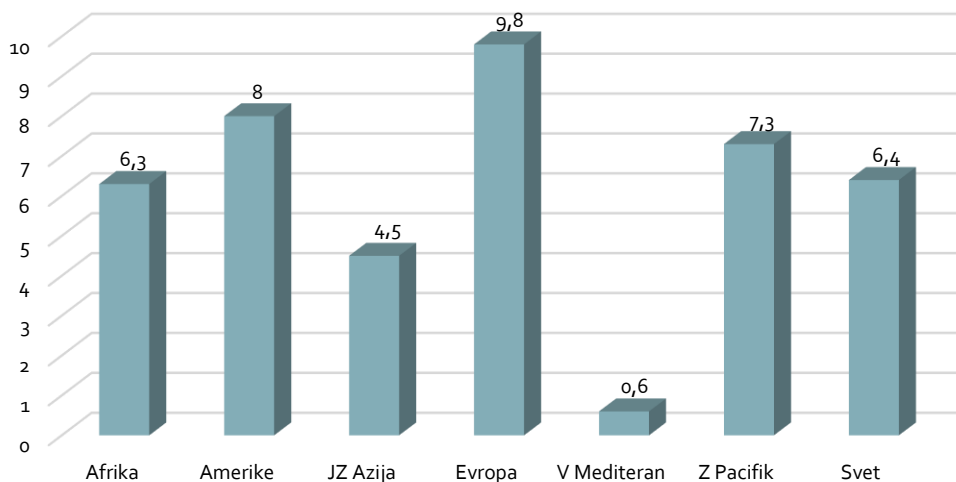
Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) več desetletij spremlja porabo alkohola širom po svetu. Gre za enega glavnih kazalnikov za spremljanje obsežnosti, vzorcev ter trendov porabe alkohola v odrasli populaciji. Za te namene SZO uporablja kazalnik skupna poraba alkohola (SPA), ki vključuje registrirano porabo alkohola (RPA) in neregistrirano porabo alkohola (NPA) in odraža porabo v litrih čistega alkohola na odraslega prebivalca (starega 15 let in več) v tekočem letu v posamezni državi ali skupini držav oziroma regiji sveta. O tem kazalniku poroča mednarodnim organizacijam tudi Slovenija. V nadaljevanju publikacije govorimo o definicijah in enotah, ki jih uporabljamo za primerljivost z drugimi državami. Tako porabo izražamo v litrih čistega alkohola na prebivalca starejšega od 15 let, kar ne pomeni, da vsi prebivalci dejansko popijejo toliko alkohola temveč, gre za izračun, ki predstavlja povprečje izračunane teoretične porabe alkohola na posameznega prebivalca.

SZO pri izračunu registrirane porabe čistega alkohola za vsako državo uporablja uradne statistične podatke o lokalni proizvodnji, prodaji, uvozu in izvozu, z upoštevanjem zalog in domače proizvodnje, kjer je ta podatek na voljo. Neregistrirane porabe čistega alkohola na prebivalca pa ni možno spremljati z uradnimi statistikami, oceno lahko pridobimo npr. z anketno raziskavo, mnenjem strokovnjakov ipd., zato je potrebna previdnost pri interpretaciji. Prav tako je potrebna previdnost pri interpretaciji podatkov o porabi alkohola, podatki se navadno nanašajo le na RPA, NPA (npr. neprijavljen alkohol) pa ni vključena.

Po zadnjih podatkih SZO je znašala SPA v svetu v letu 2016 v povprečju 6,4 l čistega alkohola na odraslega prebivalca, starega več kot 15 let, a obstajajo razlike med regijami in državami, pri čemer po porabi alkohola še vedno prednjači Evropska regija⁷ SZO (ER SZO) (Slika 4.1.). Po podatkih SZO so prebivalci ER SZO (kamor se vključuje tudi Slovenija) največji porabniki alkohola na svetu. Tako je leta 2016 znašala poraba alkohola v povprečju 9,8 l čistega alkohola na odraslega prebivalca (15+) letno, kar je predstavljal več kot svetovno povprečje, a je bilo v zadnjih desetletjih od leta 1990 dalje v tej regiji zaznati izrazit upad RPA na odraslega prebivalca.

⁷ Evropska regija SZO (ali Evropa) vključuje države EU, države kandidatke za članstvo, Norveško in Švico.



Slika 4.1. Poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca starejšega od 15 let, 2016⁸, svet po regijah⁹ Svetovne zdravstvene organizacije (Vir: WHO/Europe, European HFA Database <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1780>)

RPA na odraslega prebivalca (starega 15 let in več) odraža vsakoletno porabo alkohola v državi v litrih čistega alkohola na prebivalca starejšega od 15 let in omogoča posredno spremljanje z alkoholom povezanih zdravstvenih posledic.

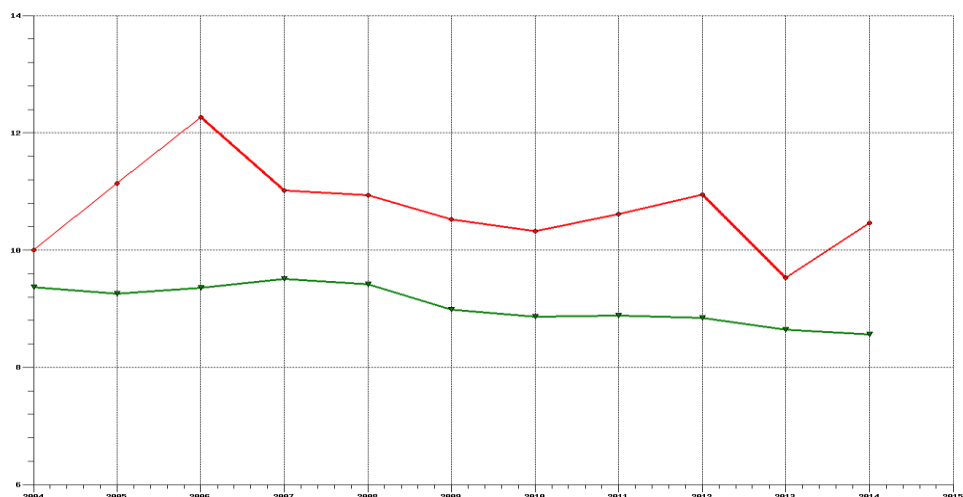
Po podatkih SZO so prebivalci ER SZO, ki vključuje države EU, Norveško in Švico, največji porabniki alkohola na svetu, RPA je v tej regiji precej višja od svetovnega povprečja. Primerjava podatkov SZO glede RPA v obdobju 2004–2014 kaže, da ima Slovenija višjo porabo alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca, starega najmanj 15 let in več, v primerjavi z ER SZO (Slika 4.2.) in tudi v primerjavi z EU (izjemi sta leti 2004 in 2013) (Slika 4.3.).

Poraba alkohola tako v EU in Sloveniji je sicer v zadnjih desetletjih upadla, kar se odraža tudi v zmanjšani umrljivosti zaradi alkohola v teh državah. Čeprav visoka poraba alkohola na prebivalca, ki je tako značilna za Slovenijo, sama po sebi sicer še ne bi nujno neposredno odražala škodljive rabe alkohola v družbi, je v Sloveniji potrebno upoštevati značilnosti okolja in problematične pивske navade prebivalcev Slovenije.

⁸ SZO je oceno skupne porabe alkohola za leto 2016 sestavila iz povprečja registrirane porabe alkohola za obdobje 2015-2017 in ocene neregistrirane porabe alkohola za leto 2016 na osnovi empiričnih raziskav in mnenj strokovnjakov ter turistične porabe za leto 2016. SZO je pri tem uporabila različne vire podatkov in različne pristope, pri čemer je v večini primerov uporabila uradne statistične podatke, glede na leta pa zadnje razpoložljive podatke oziroma ocene.

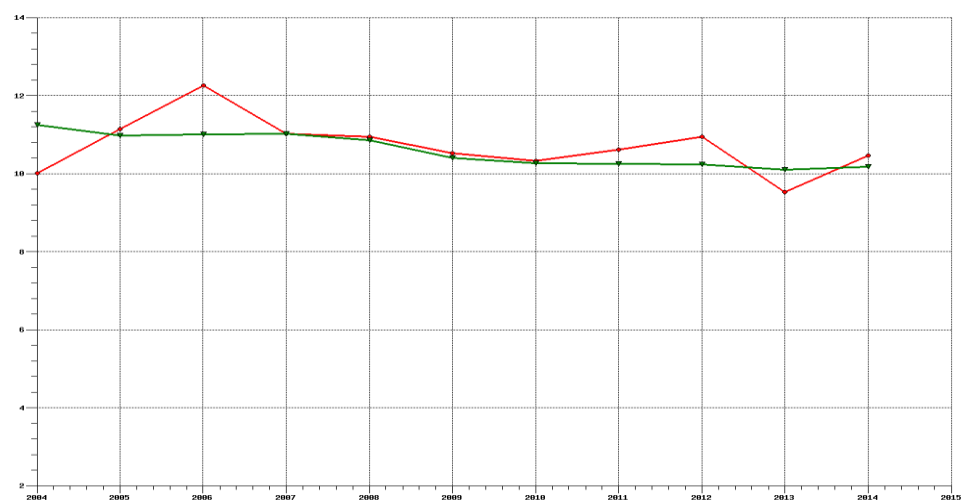
⁹ Regije SZO ne odražajo nujno geografskih regij in so drugače definirane.

Več o posameznih regijah SZO na <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1780>



Legenda: —●— Slovenija, —●— Evropska regija SZO

Slika 4.2. Registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca starejšega od 15 let, 2004–2014, Evropska regija SZO in Slovenija (Vir: WHO/Europe, European HFA Database, <http://data.euro.who.int/hfad/>)



Legenda: —●— Slovenija, —●— EU

Slika 4.3. Registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca starejšega od 15 let, 2004–2014, EU in Slovenija (Vir: WHO/Europe, European HFA Database, <http://data.euro.who.int/hfad/>)

Literatura

1. Lovrečič B, Lovrečič M. Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavljata velik zdravstveni problem. V: Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, et al. Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013, str. 34-46.
2. Lovrečič M, Lovrečič B. Poraba alkohola: primer Slovenije. *Isis*, 2015 (6): 49-52.
3. Lovrečič B, Lovrečič M. Celotna poraba alkohola in (dodaten) javnozdravstveni izziv. *Isis*, 2014 (5): 67-9.
4. WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg. Pridobljeno 2. 7. 2018 s spletne strani: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
5. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository (European Region). Pridobljeno 2. 7. 2018 s spletne strani: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1o29?lang=en&showonly=GISAH>

5. REGISTRIRANA PORABA ALKOHOLA V SLOVENIJI V OBDOBJU 2010–2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Tanja Metličar

V nadaljevanju povzemamo in prikazujemo slovenske podatke. Podatke o RPA na prebivalca se v Sloveniji, podobno kot v drugih državah, preračunava glede na posamezno vrsto alkoholnih pijač, in sicer posebej za vino, pivo in žgane pijače, s pomočjo podatkov o industrijski in kmetijski proizvodnji, uvozu in izvozu ter zalogah (industrije in kmetij) alkoholnih pijač¹⁰. Porabo alkohola izražamo v litrih čistega alkohola, zato je potrebno liter posamezne alkoholne pijače pretvoriti v litre čistega alkohola (1-3). Podatke o NPA ne moremo spremljati s pomočjo uradnih statistik, tovrstne ocene NPA lahko pridobimo npr. z anketno raziskavo, zato je problematika pogosto podcenjena (4).

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) je RPA v Sloveniji v obdobju 2010–2016 znašala med največ 13,5 (leta 2004) in najmanj 9,5 l (leta 2013) čistega alkohola na odraslega prebivalca na leto (starega 15 let in več); največ se je v tem obdobju popilo piva, sledilo je vino in žgane pijače (razen v letih 2010, 2012 in 2016, ko je bilo popitega največ vina) (tudi Tabela 5.1, Slika 5.1, Slika 5.2, Slika 5.3.).

V obdobju 2010-2016 beležimo v Sloveniji najnižjo porabo alkohola v letu 2013, najvišjo v letu 2015. Z javnozdravstvenega vidika je vzpodbudno, da smo v letu 2016 beležili nižjo registrirano porabo alkohola, in sicer kar za 1 l čistega alkohola na odraslega prebivalca (15 + let) v primerjavi z letom poprej, medtem ko se je v 2014 in 2015 registrirana poraba alkohola zvišala.

RPA v Sloveniji za obdobje 2010-2016 je prikazana v Tabeli 5.1, Slika 5.1, Slika 5.2.

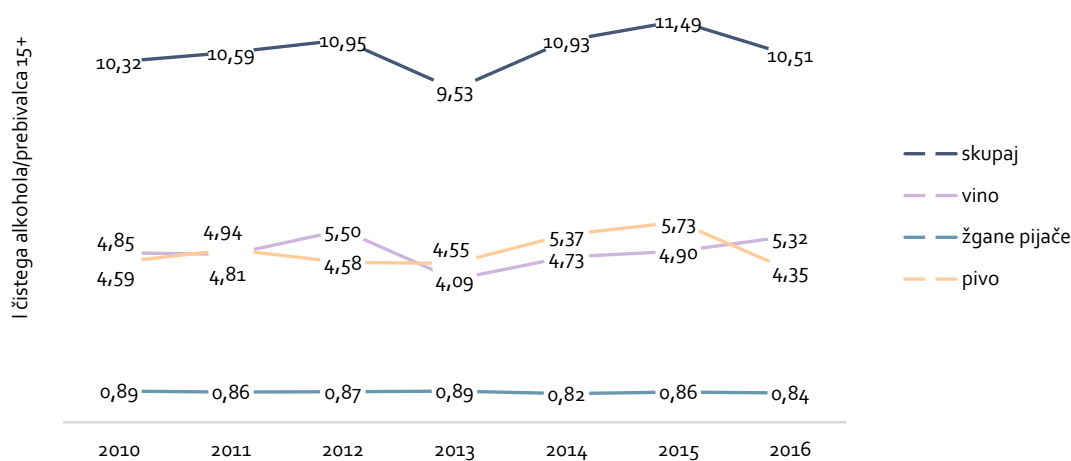
Slovenija se uvršča v sam vrh držav EU tako po porabi alkohola (t.i. »mokra kultura«) kot po zdravstvenih posledicah škodljive rabe alkohola (npr. visoka stopnja razširjenosti alkoholne ciroze jeter ter prezgodnja umrljivost). Posebno pozornost je potrebno nameniti tudi NPA, ki je tudi v Sloveniji visoka, saj so zdravstvene posledice vsaj enake kot pri RPA, izpostavljenost v primeru NPA (govorimo npr. o alkoholu nelegalne proizvodnje) pa pogosto predstavlja dodatna tveganja za zdravje (4).

¹⁰ Vir podatkov: SURS, na podlagi statističnih raziskovanj IND/L, ter Intrastat in Extrastat, posreduje podatke o proizvodnji, uvozu in izvozu, ter zalogah alkoholnih pijač v Sloveniji, letno za preteklo leto. Preračuni se izvedejo na NIJZ.

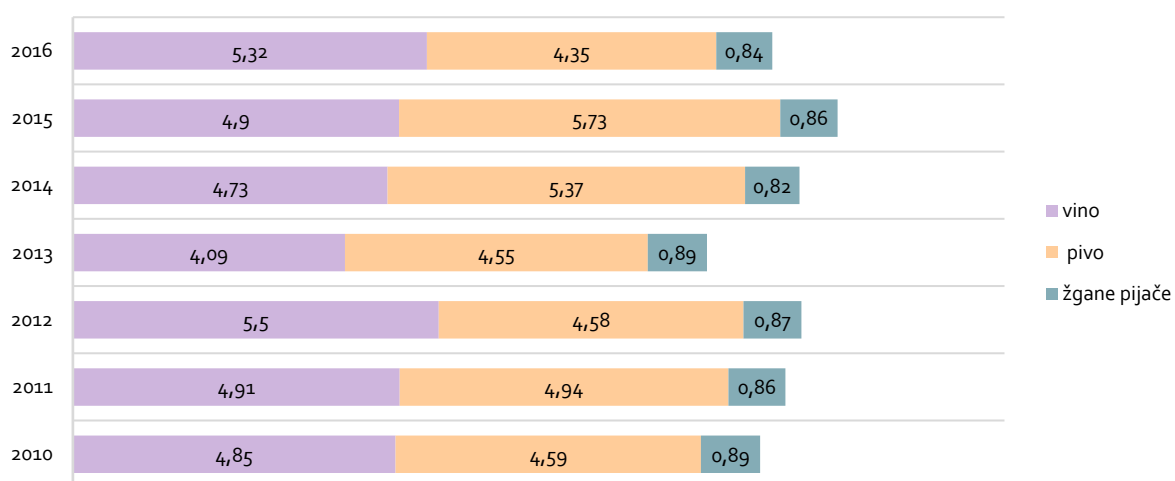
Tabela 5.1. Letna registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na odraslega prebivalca (15+), skupno in po vrsti alkoholne pijače, Slovenija, 2010–2016

Leto	SKUPAJ	Vino	Pivo	Žgane pijače
2010	10,32	4,85	4,59	0,89
2011	10,59	4,81	4,94	0,86
2012	10,95	5,50	4,58	0,87
2013	9,53	4,09	4,55	0,89
2014	10,93	4,73	5,37	0,82
2015	11,49	4,90	5,73	0,86
2016	10,51	5,32	4,35	0,84

Vir: ZPC-NIJZ, SURS



Slika 5.1. Registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca (15+) letno, skupaj in po vrsti alkoholne pijače, Slovenija, 2010–2016 (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)



Slika 5.2. Registrirana poraba alkohola glede na vrsto alkoholne pijače v litrih čistega alkohola na prebivalca (15+) letno, Slovenija, 2010–2016 (Vir: ZPC-, NIJZ, SURS)

Več na: podatkovni portal NIJZ

Literatura

1. Lovrečič B, Lovrečič M. Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavljata velik zdravstveni problem. V: Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, et al. Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013, str. 34-46.
2. Lovrečič M, Lovrečič B. Poraba alkohola: primer Slovenije. *Isis*, 2015 (6): 49-52.
3. Lovrečič B, Lovrečič M. Celotna poraba alkohola in (dodaten) javnozdravstveni izziv. *Isis*, 2014 (5): 67-9.
4. Lovrečič B, Lovrečič M. Poraba alkohola in pivske navade v obdobju 2000-2010: primerjava med EU in Slovenijo. *Isis* 2013 (5): 70-75.

6. REGISTRIRANA PORABA VINA V LITRIH ČISTEGA ALKOHOLA NA PREBIVALCA SLOVENIJE, STAREJŠEGA OD 15 LET, V OBDOBJU 2010–2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Tanja Metličar

Registrirana poraba vina v litrih čistega alkohola se računa na podlagi podatkov o industrijski proizvodnji, zalogah industrije, uvozu in izvozu vina ter pridelavi grozdja, pridobljenih od Statističnega Urada RS. Industrijski proizvodnji vina se prišteje kmetijsko proizvodnjo vina in uvoz, odšteje pa uvoz ter razliko med zalogami vina na koncu in na začetku leta. Kmetijsko proizvodnjo vina pridobimo iz podatka o pridelku vinskih sort grozdja v vinogradih v tonah, kjer je izkoristek od predelave grozdja 70%. Zaloge vina na kmetijah po ocenah obsegajo vino, pridelano v 11-ih mesecih. Registrirano porabo vina v litrih se nato preračuna v litre čistega alkohola na podlagi faktorja konverzije za vino, ki znaša 11%.

V obdobju 2010 - 2016 je bila registrirana poraba vina v litrih čistega alkohola na prebivalca Slovenije, starejšega od 15 let, najvišja v letu 2012, najnižja v letu 2013, po letu 2013 je ponovno naraščala in je v letu 2016 znašala 5,3 l čistega alkohola na odraslega prebivalca Slovenije (15 +) ter se je tako približala najvišji vrednosti iz leta 2012 (Tabela 6.1.).

V tabeli 6.1. je prikazana letna registrirana poraba vina in posamezne postavke, ki so uporabljene pri izračunu kazalnika.

Tabela 6.1. Registrirana poraba vina v litrih čistega alkohola na odraslega prebivalca (15+), po posameznih postavkah, uporabljenih za izračun kazalnika, Slovenija, 2010-2016

	Industrijska proizvodnja	Kmetijska proizvodnja	Uvoz	Izvoz	Uvoz - izvoz	Zaloge industrije	Zaloge kmetij	Poraba
2010	1,42	3,33	0,53	0,35	0,17	-0,21	0,28	4,85
2011	1,57	3,74	0,78	0,70	0,08	0,11	0,38	4,81
2012	1,28	2,76	0,82	0,71	0,11	-0,45	-0,90	5,50
2013	1,22	3,16	0,75	0,80	-0,05	-0,13	0,37	4,09
2014	0,83	3,29	0,94	0,70	0,25	-0,48	0,12	4,73
2015	1,45	3,70	0,99	0,52	0,47	0,35	0,37	4,90
2016	1,23	2,92	0,85	0,41	0,44	-0,02	-0,72	5,32

Vir: ZPC- NIJZ, SURS

Registrirana poraba vina v l čistega alkohola na odraslega prebivalca se je od leta 2010 do leta 2012 višala, ko je bila tudi najvišja.

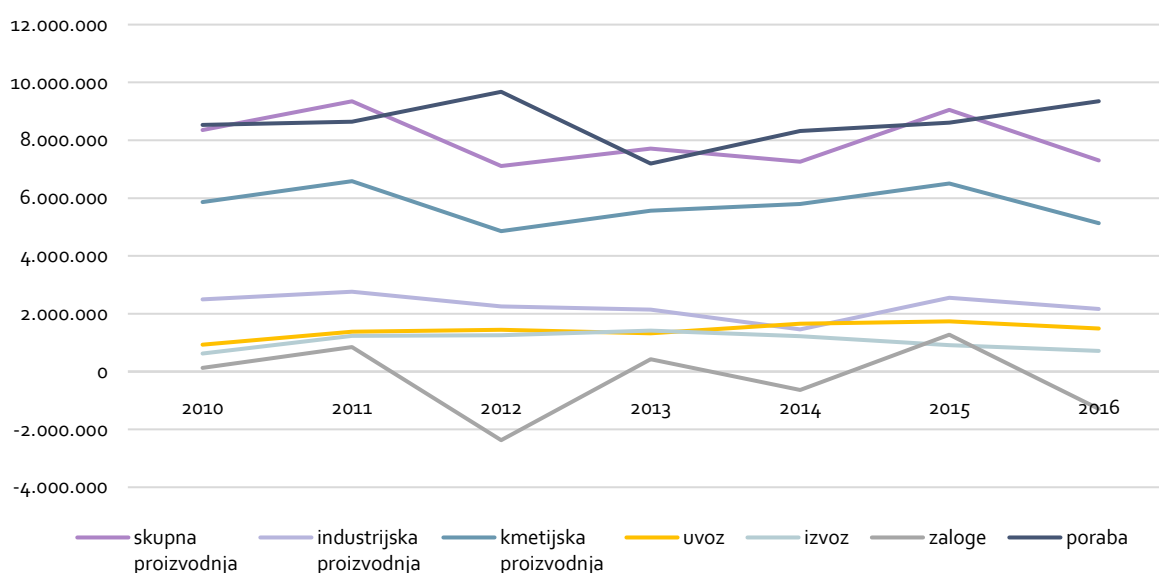
Konec leta 2012 so bile zaloge industrije in kmetij manjše kot konec leta 2011, kar je prispevalo k zvišanju kazalnika registrirane porabe vina, hkrati pa je bilo v letu 2012 ustvarjenih tudi manj zalog vina v primerjavi z letom prej. Registrirana poraba vina na odraslega prebivalca v 2012 je bila glede na leto 2011 zato višja za 0,59 l čistega alkohola na odraslega prebivalca (15+) (Tabela 6.1., Slika 6.1., Slika 6.2.).

V letu 2014 se je registrirana poraba vina glede na leto 2013 ponovno zvišala. Ustvarjenih je bilo manj zalog v primerjavi z letom 2013, hkrati pa se je v 2014 v primerjavi z 2013 veliko zalog, predvsem industrijskih, porabilo. V manjši meri je leta 2014 k povišani porabi prispeval tudi višji uvoz glede na izvoz. Poraba vina na odraslega prebivalca v 2014 je bila zato glede na 2013 višja za 0,64 l čistega alkohola.

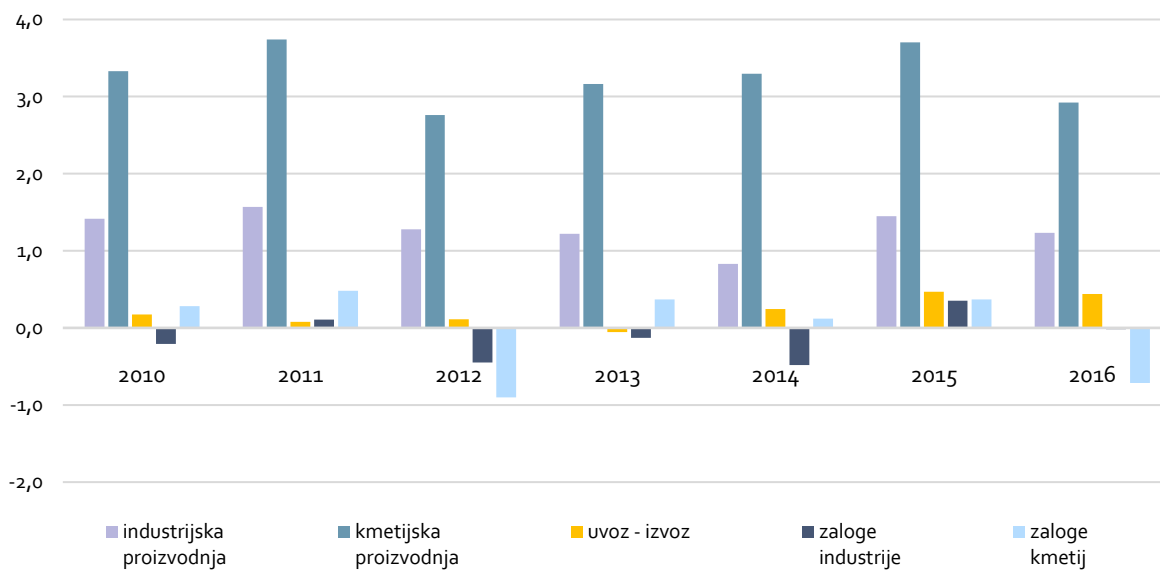
Leta 2015 se je v primerjavi z letom prej poraba vina zvišala za 0,17 l čistega alkohola na odraslega prebivalca. Porast v porabi ni bil visok, se je pa glede na pretekla leta spremenil razlog za povišanje, in sicer se je poraba povišala predvsem na račun povečane industrijske in kmetijske proizvodnje in na račun zmanjšane izvoza. Če je bilo v preteklih letih opaziti zmanjšanje zalog, so se zaloge v letu 2015 povečale.

Izračuni so pokazali, da se je uvoz vina v obdobju 2010-2015 vsako leto nekoliko povečal, izvoz pa se je po letu 2013 zmanjšal (Slika 6.1., Slika 6.2.). Slike prikazujejo dinamiko sprememb v izbranem obdobju, ki vplivajo na izračune registrirane letne porabe vina.

Leta 2016 se je registrirana poraba vina glede na preteklo leto povečala za 0,42 l čistega alkohola na odraslega prebivalca in je znašala 5,32 l. Poraba v letu 2016 se je povečala na račun zmanjšanih zalog kmetij, proizvodnja se je namreč zmanjšala, izvoz se od leta 2013 zmanjšuje, medtem ko se je uvoz do leta 2015 večal, v 2016 pa se je ponovno zmanjšal (Tabela 6.1., Slika 6.1., Slika 6.2.).



Slika 6.1. Registrirana poraba vina v litrih čistega alkohola glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016 (Vir: ZPC NIJZ, SURS)



Slika 6.2. Struktura registrirane porabe vina v litrih čistega alkohola iz vina na odraslega prebivalca (15+), glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016 (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)

7. REGISTRIRANA PORABA PIVA V LITRIH ČISTEGA ALKOHOLA NA PREBIVALCA SLOVENIJE, STAREJŠEGA OD 15 LET, V OBDOBJU 2010–2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Tanja Metličar

Registrirana poraba piva v litrih čistega alkohola se računa na podlagi podatkov o industrijski proizvodnji, zalogah industrije ter uvozu in izvozu piva, pridobljenih od Statističnega Urada RS. Industrijski proizvodnji piva se prišteje uvoz, odšteje pa uvoz ter razliko med zalogami na koncu in na začetku leta. Registrirano porabo piva v litrih se nato preračuna v litre čistega alkohola na podlagi faktorja konverzije za pivo, ki znaša 5%.

Izračuni so pokazali, da je bila v obdobju 2010 - 2016 najvišja registrirana poraba piva v l čistega alkohola na odraslega prebivalca (15+) Slovenije v letu 2015, najnižja pa v letu 2016.

V tabeli 7.1. je prikazana letna registrirana poraba piva glede na posamezne postavke, ki so uporabljene pri izračunu kazalnika.

Tabela 7.1. Registrirana poraba piva v litrih čistega alkohola na prebivalca (15+), po posameznih postavkah, uporabljenih za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016

Leto	Proizvodnja	Uvoz	Izvoz	Zaloge	Poraba
2010	5,33	0,77	1,29	0,23	4,59
2011	5,72	0,66	1,30	0,15	4,94
2012	5,31	0,72	1,49	-0,04	4,58
2013	5,54	0,83	1,85	-0,03	4,55
2014	5,70	1,65	2,27	-0,30	5,37
2015	6,05	1,83	2,20	-0,05	5,73
2016	4,63	1,34	1,68	-0,05	4,35

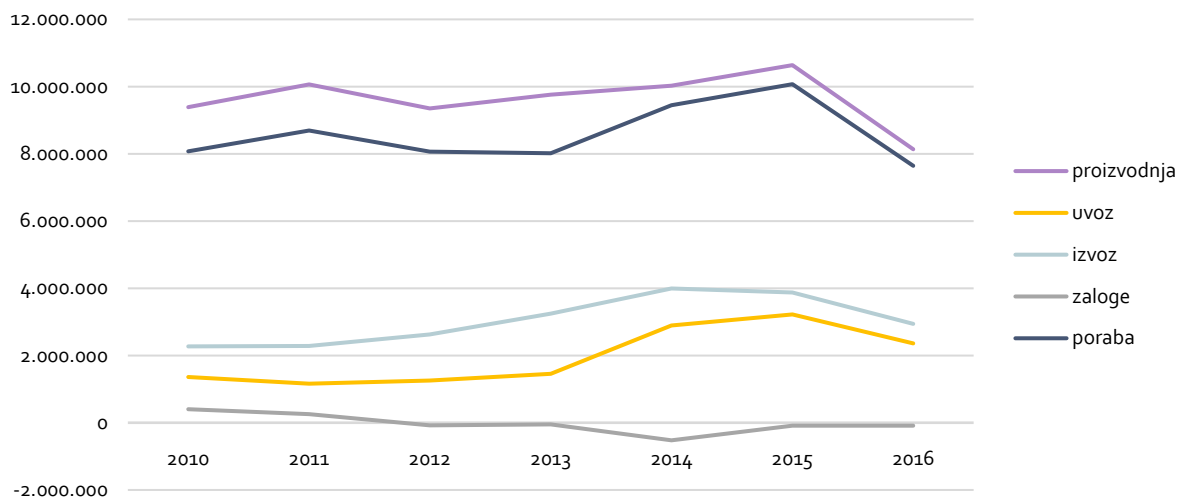
Vir: ZPC- NIJZ, SURS

V letu 2014 je bila registrirana poraba piva v l čistega alkohola na odraslega prebivalca , za 0,82 l čistega alkohola višja v primerjavi z letom 2013. V letu 2014 se je glede na leto 2013 uvoz piva za dvakrat povečal, izvoz pa je bil večji za 1,2 krat v primerjavi z letom prej. Konec leta 2014 so bile zaloge tudi pol manjše kot na začetku 2014, kar je s povečanim uvozom prispevalo k povišani registrirani porabi piva.

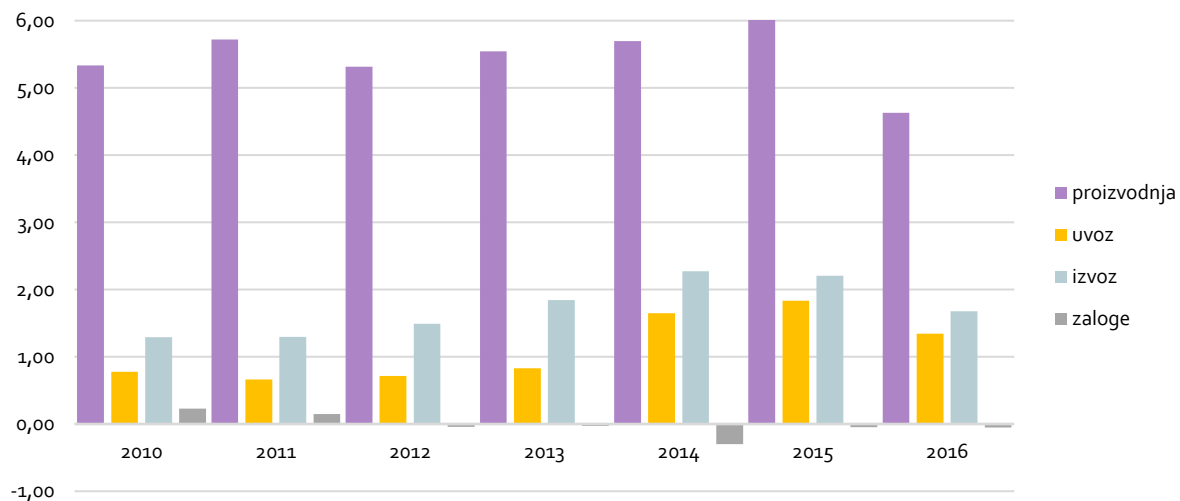
V letu 2015 se je poraba piva v primerjavi s preteklim letom zvišala za 0,36 l čistega alkohola. Porast se je zgodil na račun proizvodnje piva, ki se je v primerjavi z letom prej zvišala za 0,35 l čistega alkohola, prav tako se je povečal uvoz (za 0,18 l), ki se povečuje že od leta 2011. Poraba na račun zalog se je pa zmanjšala.

V letu 2016 se je registrirana poraba piva glede na preteklo leto znižala za 1,38 l čistega alkohola na odraslega prebivalca in je znašala 4,35 l. Proizvodnja, uvoz in izvoz so se znižali, zaloge pa so ostale skoraj nespremenjene.

Slika 7.1. in Slika 7.2. prikazujejo dinamiko sprememb v izbranem obdobju, ki vplivajo na izračune registrirane porabe piva.



Slika 7.1. Registrirana poraba piva v litrih čistega alkohola glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016 (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)



Slika 7.2. Registrirana poraba piva v litrih čistega alkohola na prebivalca (15 +), glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016 (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)

8. REGISTRIRANA PORABA ŽGANIH PIJAČ V LITRIH ČISTEGA ALKOHOLA NA PREBIVALCA SLOVENIJE, STAREJŠEGA OD 15 LET, V OBDOBJU 2010–2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Tanja Metličar

Registrirana poraba žganih pijač v litrih čistega alkohola se računa na podlagi podatkov o industrijski proizvodnji, zalogah industrije ter uvozu in izvozu žganih pijač, pridobljenih od Statističnega Urada RS. Industrijski proizvodnji žganih pijač se prišteje uvoz, odšteje pa uvoz ter razliko med zalogami na koncu in na začetku leta. Podatke o žganih pijačah SURS prejme že preračunane v čisti alkohol, zato se podatkov ne preračunava. Za žgane pijače je faktor konverzije običajno 40%.

Izračuni so pokazali, da se je v Sloveniji v obdobju 2010-2016 letna registrirana poraba žganih pijač vseskozi gibala med 0,8 in 0,9 l čistega alkohola na prebivalca Slovenije, starejšega od 15 let, in ni bilo zaznati večjih nihanj skozi leta (Tabela 8.1.).

Tabela 8.1. Registrirana poraba žganih pijač v litrih čistega alkohola na prebivalca (15+), po posameznih postavkah, uporabljenih za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016

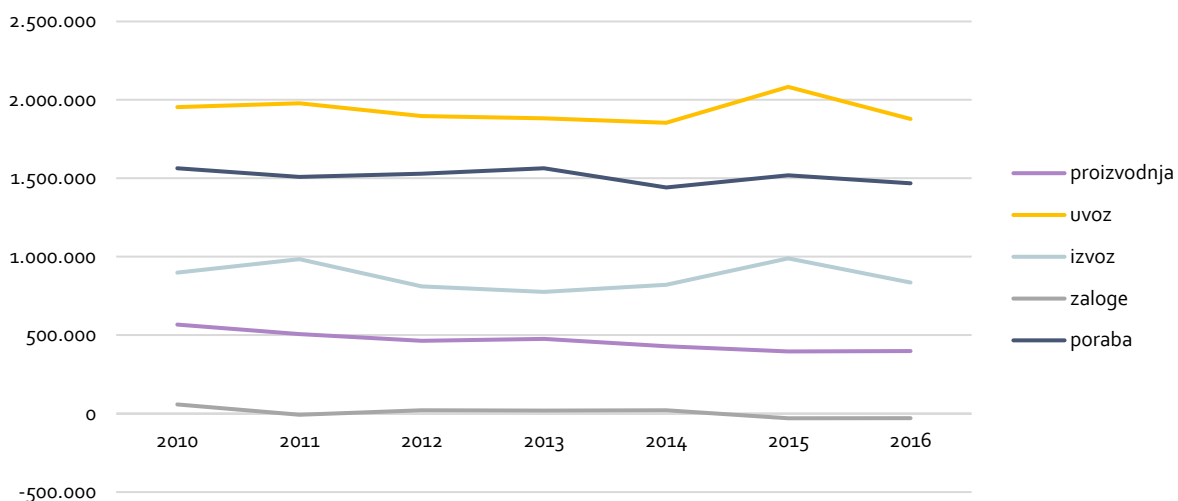
Leto	Proizvodnja	Uvoz	Izvoz	Zaloge	Poraba
2010	0,32	1,11	0,51	0,03	0,89
2011	0,29	1,12	0,56	0,00	0,86
2012	0,26	1,08	0,46	0,01	0,87
2013	0,27	1,07	0,44	0,01	0,89
2014	0,24	1,05	0,47	0,01	0,82
2015	0,23	1,18	0,56	-0,02	0,86
2016	0,23	1,07	0,48	-0,02	0,84

Vir: ZPC- NIJZ, SURS

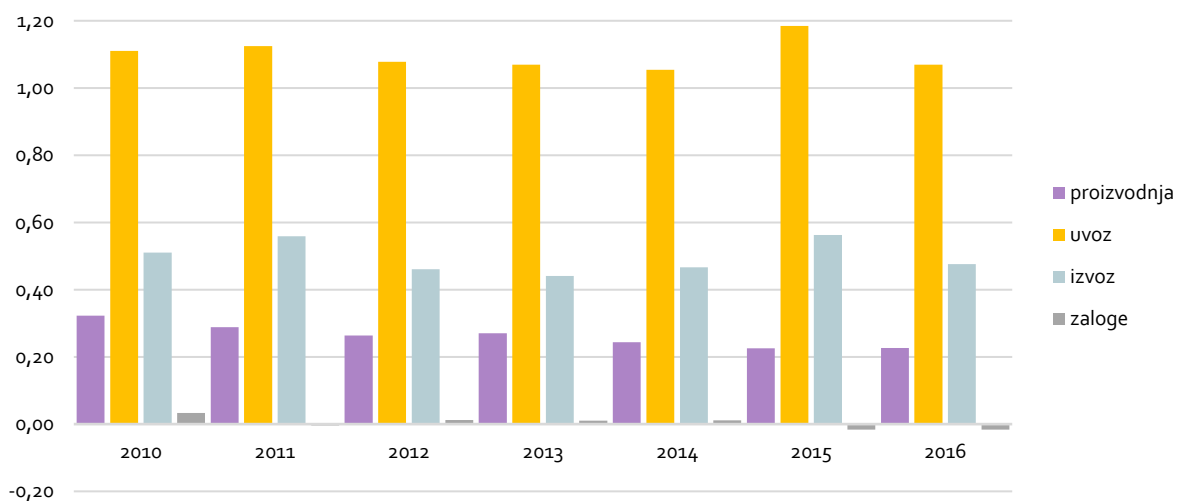
Proizvodnja in uvoz žganih pijač sta od leta 2010 do 2016 postopoma rahlo padala. V letu 2015 se je v primerjavi z letom 2014 poraba žganih pijač na odraslega prebivalca povečala za 0,04 l čistega alkohola, in sicer na račun uvoza, ki se je zvišal za 0,13 l čistega alkohola, in izvoza, ki se je zvišal za 0,09 l čistega alkohola.

Leta 2016 je bila registrirana poraba žganih pijač na odraslega prebivalca podobna kot v letu 2015 in je znašala 0,84 litra čistega alkohola.

Slike prikazujejo dinamiko sprememb v izbranem obdobju, ki vplivajo na izračune registrirane porabe žganih pijač (Slika 8.1., Slika 8.2.).



Slika 8.1. Registrirana poraba žganih pijač v litrih čistega alkohola na prebivalca (15 +), glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016 (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)



Slika 8.2. Registrirana poraba žganih pijač v litrih čistega alkohola na prebivalca (15 +), glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016 (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)

9. REGISTRIRANA PORABA ALKOHOLA NA PREBIVALCA SLOVENIJE V LITRIH ČISTEGA ALKOHOLA IN V LITRIH ALKOHOLNIH PIJAČ 2014–2016

Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič, Tanja Metličar

Po izračunih NIJZ je RPA v letu 2016 v Sloveniji znašala 10,5 l čistega alkohola na odraslega prebivalca (starejšega od 15 let), in se je v primerjavi z letom prej znižala za 1,4 l. Registrirana poraba vina se je zvišala za 0,4 l, registrirana poraba piva pa znižala za 1,4 l, medtem, ko za žgane pijače ni bilo spremembe (z 0,86 v letu 2015 na 0,84 l čistega alkohola na odraslega prebivalca v letu 2016) (Tabela 9.1).

Tabela 9.1. Registrirana poraba alkohola na odraslega prebivalca (15+) v litrih čistega (100%) alkohola skupno in po posamezni vrsti alkoholnih pijač, Slovenija, 2014 – 2016

Registrirana poraba alkohola na prebivalca starejšega od 15 let v litrih čistega alkohola ¹¹ , Slovenija			
	2014	2015	2016
I čistega alkohola, vse alkoholne pijače skupno	10,9	11,5	10,5
I čistega alkohola v obliki piva	5,4	5,7	4,3
I čistega alkohola v obliki vina	4,7	4,9	5,3
I čistega alkohola v obliki žgane pijače	0,8	0,9	0,9

Izračun RPA je pokazal, da je v povprečju v letu 2016 poraba znašala 87 l piva, 48,4 l vina in 2,1 l žganih pijač na odraslega prebivalca Slovenije (Tabela 9.2.)

Tabela 9.2. Registrirana poraba alkohola na odraslega prebivalca (15+) v litrih po posamezni alkoholni pijači, Slovenija, 2014- 2016

Registrirana poraba alkohola na prebivalca starejšega od 15 let v litrih alkoholne pijače ¹² , Slovenija			
	2014	2015	2016
I piva	107,4	114,6	87,0
I vina	43,0	44,5	48,4
I žgane pijače	2,0	2,2	2,1

¹¹ Viri: SURS, Pridelava grozdja v vinogradih
SURS, Uvoz/Izvoz alkoholnih pijač (s posli oplemenitenja)
SURS, Industrijska in kmetijska proizvodnja alkoholnih pijač
NIJZ, Registrirana poraba alkohola
OECD, <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30126>
OECD, Health at a glance Europe

Po izračunih NIJZ je RPA na vsakega prebivalca Slovenije v letu 2016 8,9 l čistega alkohola in se je v primerjavi z letom prej znižala za 0,9 l, za vino se je zvišala za 0,3 l, za pivo znižala za 1,2 l, medtem, ko za žgane pijače ni bilo spremembe (Tabela 9.3).

Tabela 9.3. Registrirana poraba alkohola na vsakega prebivalca v litrih čistega (100%) alkohola skupno in po posamezni vrsti alkoholnih pijač, Slovenija, 2014- 2016

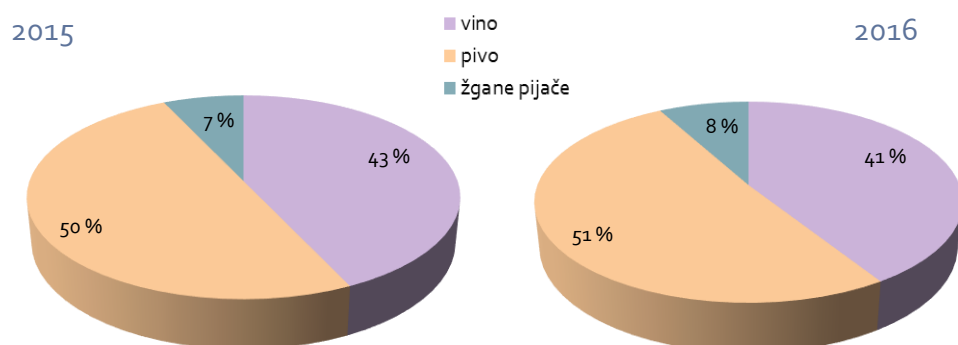
Registrirana poraba alkohola na vsakega prebivalca v litrih čistega alkohola ⁴ , Slovenija			
	2014	2015	2016
I čistega alkohola, vse alkoholne pijače skupno	9,3	9,8	8,9
I čistega alkohola v obliki piva	4,6	4,9	3,7
I čistega alkohola v obliki vina	4,0	4,2	4,5
I čistega alkohola v obliki žgane pijače	0,7	0,7	0,7

Izračun RPA je pokazal, da je v povprečju v letu 2016 na vsakega prebivalca Slovenije poraba izražena v litrih alkoholnih pijač znašala: 74,1 l piva, 41,2 l vina in 1,8 l žgane pijače (Tabela 9.4.)

Tabela 9.4. Registrirana poraba alkohola na vsakega prebivalca v litrih po alkoholni pijači, Slovenija, 2014- 2016

Registrirana poraba alkohola na vsakega prebivalca v litrih alkoholne pijače ⁴ , Slovenija			
	2014	2015	2016
I piva	91,6	97,6	74,1
I vina	36,7	37,9	41,2
I žgane pijače	1,7	1,8	1,8

Povprečen odrasel Slovenec je v letu 2016 količinsko popil največ vina (leto prej več piva), sledili so pivo in žgane pijače, najvišji delež RPA je predstavljalo vino (51 %, leto prej 43%), najnižji pa žgane pijače (8 %) (Slika 9.1).



Slika 9.1. Delež registrirane porabe alkohola glede na vrsto alkoholne pijače v Sloveniji, 2015 in 2016 (Vir: ZPC, NIJZ).

ZDRAVSTVENI
KAZALNIKI TVEGANE
IN ŠKODLJIVE RABE
ALKOHOLA
V SLOVENIJI

10. ZDRAVSTVENI KAZALNIKI TVEGANE IN ŠKODLJIVE RABE ALKOHOLA V SLOVENIJI

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Namen poročila je s pomočjo epidemioloških podatkov prikazati breme z alkoholom povezanih zdravstvenih posledic, prikazanih s pomočjo analize umrljivosti in hospitalizacij zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov (ANPV; bolezni in zastrupitve, ki nastanejo izključno zaradi pitja alkohola) (1-3) v Sloveniji v letu 2016.

V nadaljevanju izpostavljamo umrljivost zaradi ANPV, sledi področje hospitalizacij zaradi ANPV.

V Sloveniji zdravstvene posledice tvegane in škodljivega uživanja alkohola spremljamo predvsem z uradnimi statističnimi zbirkami podatkov, ki jih upravlja NIJZ: »Zdravniška poročila o umrlih osebah¹²« (Baza umrlih) in »Evidenca bolezni, poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici« (BOLOB), kjer so zajeti vsi umrli prebivalci Slovenije oziroma prebivalci, hospitalizirani v eni od slovenskih bolnišnic v opazovanem obdobju (1,3). Pri hospitalizacijah za leto 2016 se je kot podatkovni vir uporabil Spremljanje bolnišničnih obravnav istega tipa (SPP).

V analizi ANPV smo združili diagnoze Desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10) (3), ki so neposredno (stoodstotno) pripisljive alkoholu. V nadaljevanju poročila govorimo o boleznih in zdravstvenih stanjih, ki so stoodstotno pripisljive alkoholu. ANPV so naslednji¹³ (1-3):

- duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10.0–F10.9),
- degeneracija živčevja zaradi alkohola (G31.2),
- alkoholna polinevropatija (G62.1),
- alkoholna miopatija (G72.1),
- alkoholna kardiomiopatija (I42.6),
- alkoholni gastritis (K29.2),
- alkoholna bolezen jeter (K70),
- kronični alkoholni pankreatitis (K86.0),
- oskrba matere zaradi poškodbe plodu zaradi alkohola (O35.4),
- plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega uživanja alkohola (Po4.3),
- fetalni alkoholni sindrom (Q86.0),
- prisotnost alkohola v krvi (R78.0),
- toksični učinki alkohola (T51.0, T51.1, T51.9),
- izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim (X45, X65, Y15).

¹² Zbirke podatkov o umrlih osebah (IVZ46)

¹³ Pri vzrokih smrti X45, X65, Y15 se preveri še drug vzrok smrti: v primeru, da ima taka smrt zabeleženo še katero od kod F10.0–F10.9, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70.0–K70.9, K86.0, O35.4, Po4.3, Q86.0, R78.0, T51.0, T51.1, T51.9, se te primere upošteva le 1-krat (kot zunanji vzrok smrti, da ne pride do podvajanj)

Kronične bolezni jeter in ciroza zajemajo naslednje kode MKB-10 (2,3):

- alkoholna bolezen jeter (K70),
- kronični hepatitis, ki ni uvrščen drugje (K73)
- fibroza in ciroza jeter (K74)

V nadaljevanju smo za prikaz bremena z alkoholom povezanih zdravstvenih posledic v Sloveniji izbrali naslednje kazalnike (1-3):

- Starostno standardizirana stopnja umrljivosti¹⁴ (SSSU) zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev¹⁵
- SSSU zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več¹⁶
- SSSU zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več¹⁷
- Potencialna leta izgubljenega življenja¹⁸ zaradi ANPV smrti na 1000 prebivalcev, starih 0-64 let¹⁹
- Potencialna leta izgubljenega življenja zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze na 1000 prebivalcev, starih 0-64 let²⁰
- Starostno standardizirana stopnja hospitalizacije (SSSH) (oziroma odpustov iz bolnišnic) zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več²¹
- SSSH (oziroma odpustov iz bolnišnic) zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več²²

Poleg prikaza zdravstvenih kazalnikov tvegane in škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2016, smo prikazali trende zdravstvenih kazalnikov tvegane in škodljive rabe alkohola v Sloveniji v obdobju 2011-2016.

Izračune je pripravil Zdravstveno podatkovni center (ZPC) iz NIJZ. Pri izračunih za umrljivost je kot vire podatkov uporabil Bazo umrlih (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46) in podatke o prebivalcih (Statistični urad Republike Slovenije - SURS; za leto 2016 pri standardizaciji uporabljena ESP 1976, za obdobje 2011 - 2016 pa za standardno populacijo vzeta slovenska populacija 2014H2), pri izračunih za hospitalizacije pa Spremljanje bolnišničnih obravnav (SBO) in podatke o prebivalcih

¹⁴ Starostno standardizirana stopnja umrljivosti je teoretična stopnja, pri kateri predpostavimo, da je starostna struktura opazovane populacije taka kot v standardni populaciji – pove nam torej, kakšna bi bila groba stopnja v opazovani populaciji, če bi bila starostna struktura te populacije enaka, kot je v standardni populaciji. Zdravstveno podatkovni center (ZPC) je pri standardizaciji uporabil evropsko standardno populacijo (ESP) 1976.

¹⁵ Metodološka obrazložitev (imenovalec, števec): imenovalec= število prebivalcev, vse starosti; števec= število umrlih zaradi ANPV smrti preračunano na 100.000 prebivalcev

¹⁶ Metodološka obrazložitev (imenovalec, števec): imenovalec= število prebivalcev, starih 15 let in več; števec= število umrlih zaradi ANPV smrti preračunano na 100.000 prebivalcev

¹⁷ Metodološke obrazložitve (imenovalec, števec): imenovalec= število prebivalcev, starih 15 let in več, števec= število umrlih zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze preračunano na 100.000 prebivalcev

¹⁸ Izgubljena leta potencialnega življenja predstavljajo leta življenja, ki jih izgubijo osebe, ki umrejo pred dopolnjenim 65. letom starosti.

¹⁹ Metodološke obrazložitve (imenovalec, števec): imenovalec= število prebivalcev, starih 0-64 let, števec= število izgubljenih let življenja do dopolnjenega 65. leta starosti zaradi ANPV smrti preračunano na 1000 prebivalcev

²⁰ Metodološke obrazložitve (imenovalec, števec): imenovalec= število prebivalcev, starih 0-64 let, števec= število izgubljenih let življenja do dopolnjenega 65. leta starosti zaradi smrti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze preračunano na 1000 prebivalcev

²¹ Metodološke obrazložitve (imenovalec, števec): imenovalec= število prebivalcev, starih 15 let in več, števec= število primerov hospitalizacije zaradi ANPV preračunano na 100.000 prebivalcev

²² Metodološke obrazložitve (imenovalec, števec): imenovalec= število prebivalcev, starih 15 let in več, števec= število umrlih zaradi ANPV smrti preračunano na 100.000 prebivalcev

(SUR5; za obdobje 2011 - 2016 za standardno populacijo vzeta slovenska populacija 2014H2). Kazalniki so v nadaljevanju prikazani po spolu in po statističnih regijah²³.

Literatura

1. Lovrečič M, Lovrečič B. Ocena zdravstvenih posledic tvegane in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2000-2010. V: Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Kerstin Petrič V, Radoš Krnel S, Lovrečič M, Lovrečič B. Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013, str. 48-61.
2. Centers for disease control and prevention. Alcohol and Public Health: Alcohol-Related Disease Impact (ARDI). Alcohol-Related ICD Codes. Atlanta: Centers for disease control and prevention, 2004. Pridobljeno s spletne strani 2.2.2017 http://nccd.cdc.gov/DPH_ARDI/Info/ICDCodes.aspx
3. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija (1. knjiga, 2. izdaja). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.

²³ Sprememba uredbe NUTS – s 01.01.2015 uvedene teritorialne spremembe nekaterih statističnih regij.

11. UMRLJIVOST ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V SLOVENIJI V LETU 2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja

Po podatkih Statističnega urada RS je v letu 2016 v Sloveniji skupno umrlo 19.689 prebivalcev, 9.673 moških in 10.016 žensk. V letu 2016 smo v Sloveniji imeli 18,1 % oseb, ki so umrle pred svojim 65. letom starosti (prezgodnja umrljivost), med moškimi je bil delež prezgodnje umrljivosti višji v primerjavi z ženskami (v 2016 je za moške znašal 25,7 %, za ženske 10,8 %) (1).

V letu 2016 smo v Sloveniji beležili skupno 826 primerov smrti (686 moških in 140 žensk) zaradi ANPV, od tega jih je 54 % umrlo pred 65. letom starosti. Stopnja umrljivosti zaradi AVPV je bila 40,0 smrti na 100.000 prebivalcev. Vsak dan sta v povprečju umrli najmanj dve osebi zaradi vzrokov izključno in stoddostno povezanih z alkoholom, smrti zaradi ANPV pa so predstavljale 4,2 % vseh smrti v državi (7,1 % pri moških in 1,4% pri ženskah). V letu 2016 je umrlo povprečno 54 prebivalcev na dan (1), od tega več kot 2 osebi zaradi zdravstvenih posledic stoddostno pripisljivih alkoholu.

Glede na 5 letne starostne skupine do starosti 85 in več let število smrti zaradi ANPV z višanjem starosti narašča do starosti 60-64 let, po tej starosti pa z naraščanjem starosti upada (tako pri moških kot ženskah).

Stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev (iste starostne skupine) z višanjem starosti narašča do starosti 69 let, nato z naraščanjem starosti upada. Stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev (iste starostne skupine) je najvišja v starostni skupini 65-69 let in znaša 113,3 smrti na 100.000 prebivalcev iste starostne skupine. Največ oseb 140 (16,9%) je umrlo v starosti 60-64 let, sledi 136 (16,5%) oseb v starosti 65-69 let ter 121 (14,6%) oseb v starosti od 55-59 let. 3 osebe so umrle v starosti od 15-19 let, 4 osebe v starosti 20-24 let, še 5 oseb v starosti 25-29 let, do 39. leta starosti je bilo tako 32 smrti, do 49. leta starosti 97 smrti, do 59. leta starosti 304 smrti, do 69. leta starosti pa 580 smrti.

Najpogostejši vzrok smrti je bila alkoholna bolezen jeter (372 primerov), kar je predstavljalo 45,0% vseh smrti, ki so bili alkoholu neposredno pripisljivi, sledile so duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (329 primerov ali 39,8 % vseh smrti), oba vzroka smrti sta skupaj predstavljala 84,8 % vseh vzrokov smrti, ki so bili alkoholu neposredno pripisljivi, manj kot eno petino pa so predstavljali vsi preostali vzroki smrti, ki so bili alkoholu neposredno pripisljivi, skupaj (Tabela 11.1.).

Tabela 11.1. in tabela 11.2 prikazujeta število smrti po posameznih ANPV (diagnoze po MKB-10).

Tabela 11.1. Število smrti po posameznih ANPV (diagnoze MKB-10), po spolu, Slovenija, 2016

ANPV smrti, diagnoze po MKB-10	Moški	Ženske	SKUPAJ
F10.0–F10.9 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	287	42	329
G31.2 Degeneracija živčevja zaradi alkohola	0	0	0
G62.1 Alkoholna polinevropatija	0	0	0
G72.1 Alkoholna miopatija	0	0	0
I42.6 Alkoholna kardiomiopatija	47	4	51
K29.2 Alkoholni gastritis	0	0	0
K70.0–K70.9 Alkoholna bolezen jeter	286	86	372
K86.0 Kronični alkoholni pankreatitis	11	0	11
O35.4 Oskrba matere zaradi poškodbe plodu zaradi alkohola	0	0	0
P04.3 Plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega uživanja alkohola	0	0	0
Q86.0 Fetalni alkoholni sindrom	0	0	0
R78.0 Prisotnost alkohola v krvi	0	0	0
Toksični učinki alkohola (T51.0, T51.1, T51.9)	43	5	48
Izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim (X45, X65, Y15)	12	3	15
SKUPAJ	686	140	826

Vir: ZPC, NIJZ²⁴

²⁴Vir - Zdravniško poročilo o umrli osebi (NIJZ 46)

Tabela 11.2: Število smrti po posameznih ANPV, po statistični regiji, Slovenija, 2016

Alkoholu neposredno pripisljivi vzroki smrti	SLOVENIJA	Pomurska	Podravska	Koroška	Savinjska	Zasavska	Posavska	JV Slovenija	Osrednjeslovenska	Gorenjska	Primorsko-notranjska	Goriška	Obalno-kraška
F10.0–F10.9 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	329	23	68	17	45	17	15	31	59	16	8	15	15
G31.2 Degeneracija živčevja zaradi alkohola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G62.1 Alkoholna polinevropatija	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G72.1 Alkoholna miopatija	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I42.6 Alkoholna kardiomiopatija	51	2	8	1	7	0	5	4	11	2	4	3	4
K29.2 Alkoholni gastritis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K70.0–K70.9 Alkoholna bolezen jeter	372	33	78	15	54	5	25	41	51	27	5	16	22
K86.0 Kronični alkoholni pankreatitis	11	0	5	0	1	0	1	2	0	2	0	0	0
O35.4 Oskrba matere zaradi poškodbe plodu zaradi alkohola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P04.3 Plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega uživanja alkohola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q86.0 Fetalni alkoholni sindrom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R78.0 Prisotnost alkohola v krvi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toksični učinki alkohola (T51.0, T51.1, T51.9)	48	3	9	1	6	1	2	0	14	5	0	5	2
Izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim (X45, X65, Y15)	15	1	1	0	2	0	0	1	5	4	0	1	0
SKUPAJ	826	62	169	34	115	23	48	79	140	56	17	40	43

Vir: ZPC, NIJZ²⁵

Literatura

1. Statistični urad RS. Umrli, Slovenija, 2016. Povprečna starost umrlih moških v letu 2016 prvič dosegla 73 let, 4,5 leta več kot v 2006. Pridobljeno 9.7.2018 s spletne strani: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6751>

²⁵Vir -Baza umrlih, Zdravniško poročilo o umrli osebi (NIJZ 46)

12. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI (VSE STAROSTI) ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V LETU 2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja

Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (SSSU)²⁶ zaradi ANPV smrti je bila v letu 2016 29,5 smrti na 100.000 prebivalcev (vse starosti), pri moških 52,1 smrti/100.000 prebivalcev, kar je 6 krat več kot pri ženskah (Tabela 12.1, Slika 12.1.).

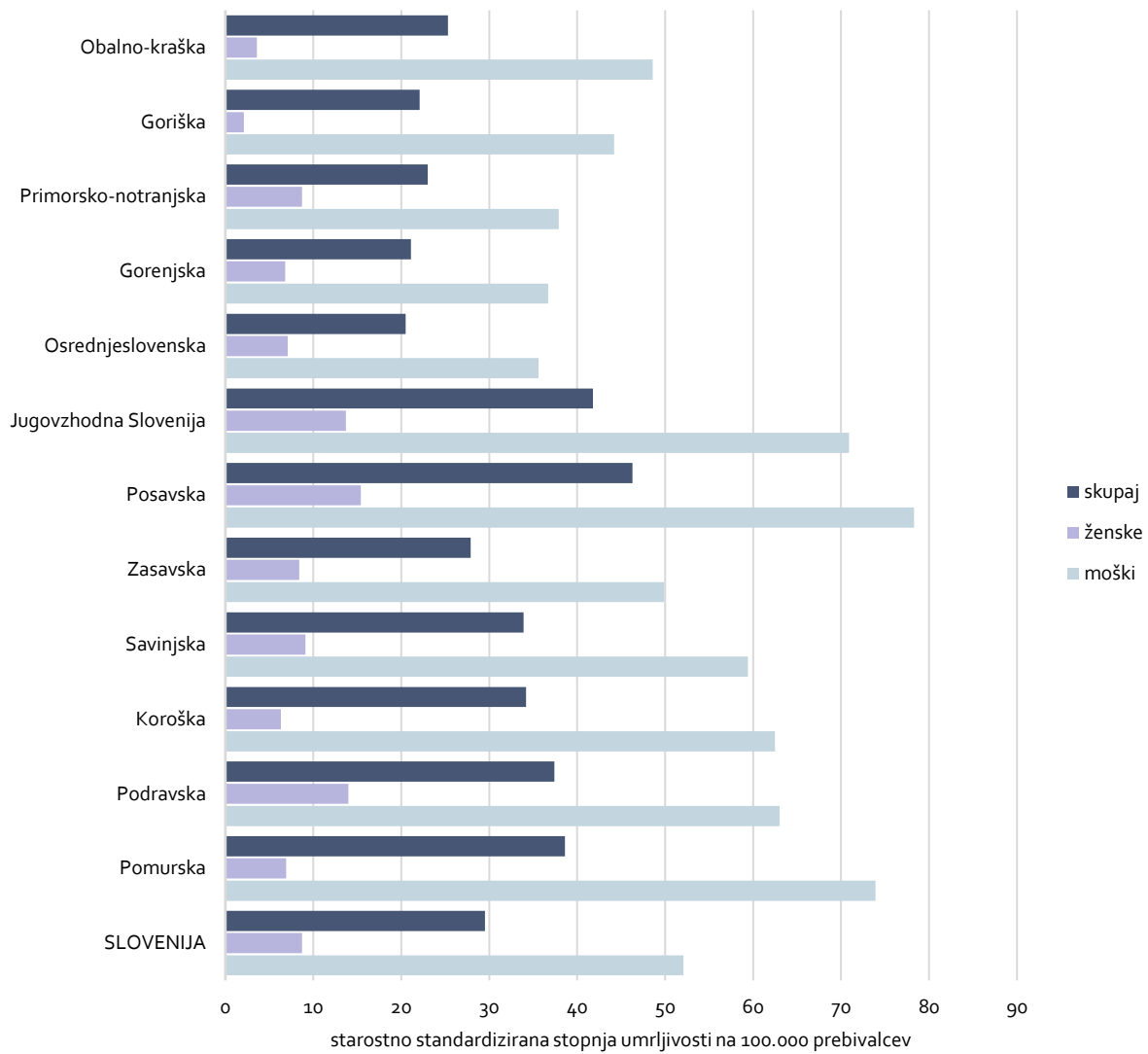
Najvišja SSSU je bila zabeležena v Posavski, najnižja v Osrednjeslovenski regiji. Pregled SSSU zaradi ANPV smrti po statističnih regijah in po spolu kaže, da so moški največ umirali v statističnih regijah Posavska in Pomurska, ženske pa v statističnih regijah Posavska in Podravska. Najnižja umrljivost je bila pri moških v Osrednjeslovenski statistični regiji in Gorenjski, pri ženskah Goriški in Obalno-kraški (Tabela 12.1, Slika 12.1).

Tabela 12.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016

Regija	Moški	Ženske	SKUPAJ
SLOVENIJA	52,1	8,7	29,5
Pomurska	73,9	6,9	38,6
Podravska	63,0	14,0	37,4
Koroška	62,5	6,3	34,2
Savinjska	59,4	9,1	33,9
Zasavska	49,9	8,4	27,9
Posavska	78,3	15,4	46,3
Jugovzhodna Slovenija	70,9	13,7	41,8
Osrednjeslovenska	35,6	7,1	20,5
Gorenjska	36,7	6,8	21,1
Primorsko-notranjska	37,9	8,7	23,0
Goriška	44,2	2,1	22,1
Obalno-kraška	48,6	3,6	25,3

Vir: ZPC, NIJZ

²⁶ za leto 2016 pri standardizaciji uporabljena ESP 1976.



Slika 12.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016 (Vir: ZPC, NIJZ)

13. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI (STAREJŠI OD 15 LET) ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V LETU 2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja

SSSU²⁷ zaradi ANPV smrti je bila v letu 2016 37,9 smrti na 100.000 prebivalcev starejših od 15 let, pri moških 66,7 smrti/100.000 prebivalcev (15+), kar je 5,9 krat več kot pri ženskah (11,2 smrti/100.000 prebivalcev starejših od 15 let).

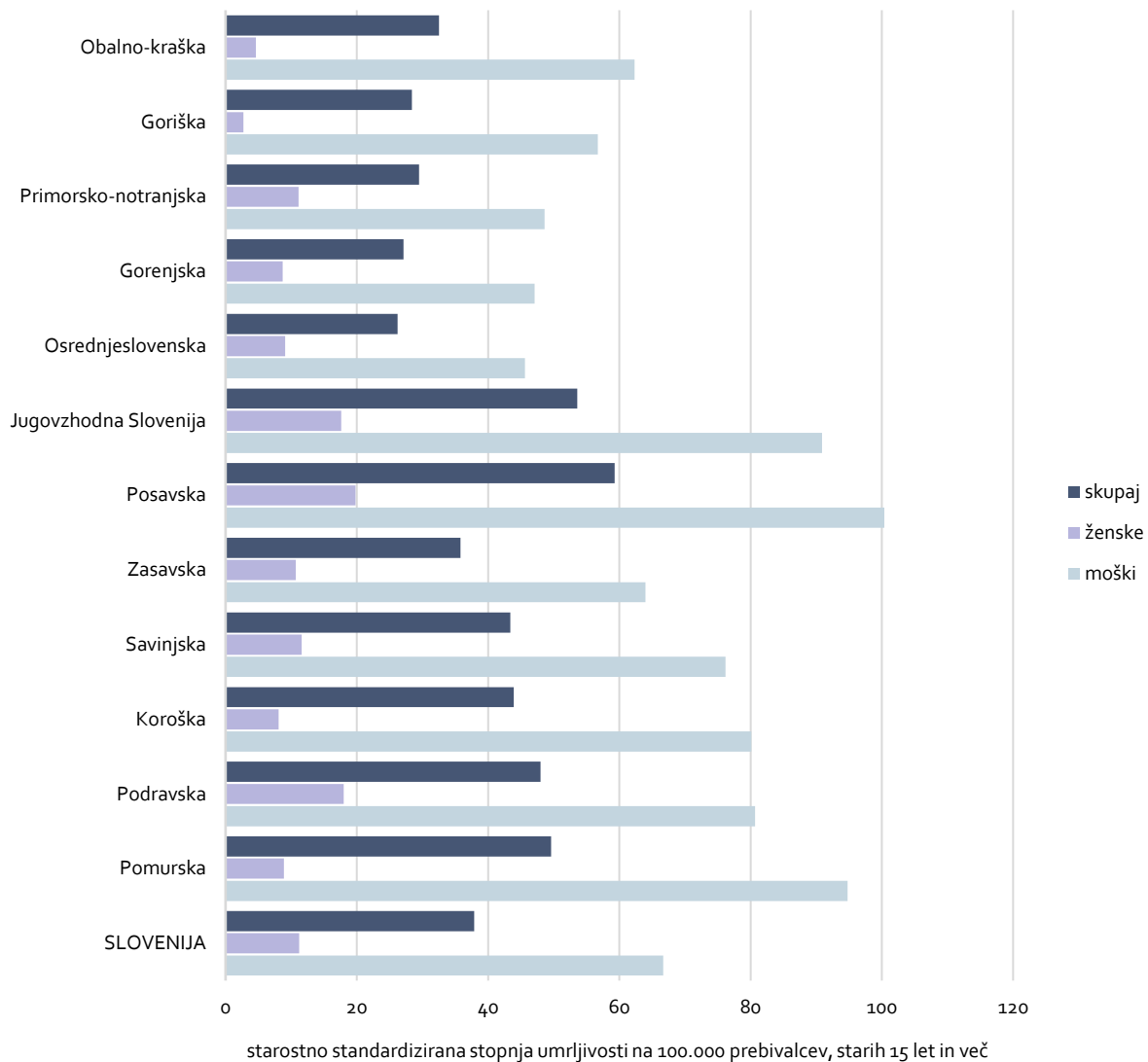
Najvišja SSSU je bila zabeležena v Posavski, najnižja pa v Osrednjeslovenski statistični regiji. Pregled SSSU (starejši od 15 let) zaradi ANPV smrti po statističnih regijah in po spolu kaže, da so moški največ umirali v statističnih regijah Posavska in Pomurska, ženske pa v Posavski in Podravski statistični regiji. Najnižja SSSU je bila pri moških v statističnih regijah Osrednjeslovenska in Gorenjska, pri ženskah Goriška in Obalno-kraška (Tabela 13.1., Slika 13.1.).

Tabela 13.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, starejših od 15 let, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016

Regija	Moški	Ženske	SKUPAJ
SLOVENIJA	66,7	11,2	37,9
Pomurska	94,8	8,9	49,6
Podravska	80,7	18,0	48,0
Koroška	80,1	8,1	43,9
Savinjska	76,2	11,6	43,4
Zasavska	64,0	10,7	35,8
Posavska	100,4	19,8	59,3
Jugovzhodna Slovenija	90,9	17,6	53,6
Osrednjeslovenska	45,6	9,1	26,2
Gorenjska	47,1	8,7	27,1
Primorsko-notranjska	48,6	11,1	29,5
Goriška	56,7	2,7	28,4
Obalno-kraška	62,3	4,6	32,5

Vir: ZPC, NIJZ

²⁷ za leto 2016 pri standardizaciji uporabljena ESP 1976

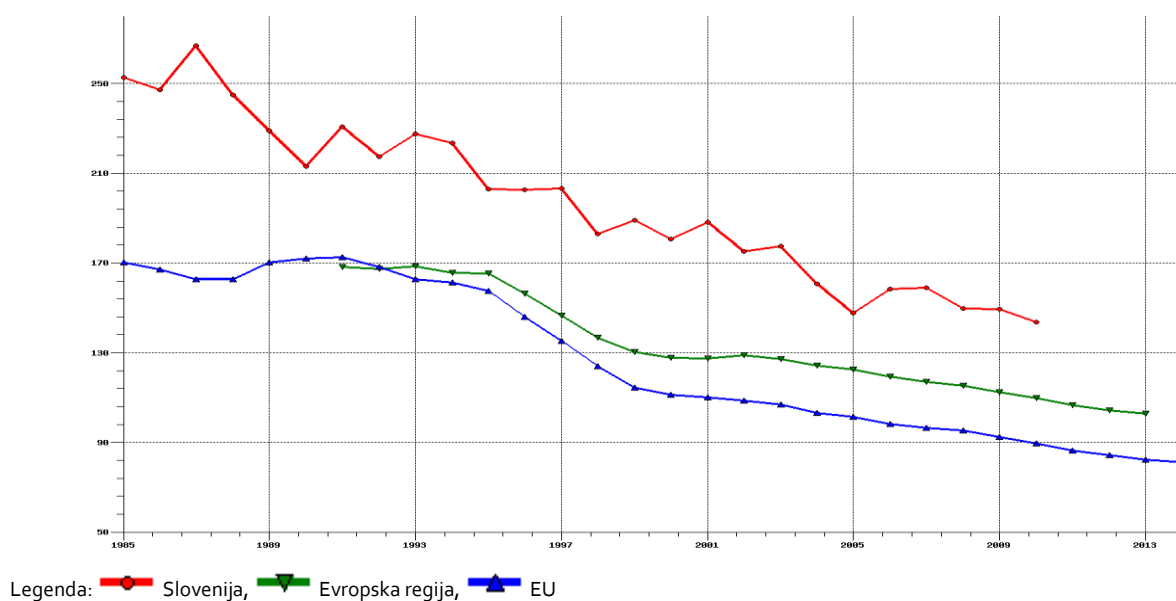


Slika 13.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016 (Vir: ZPC, NIJZ)

14. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI ZARADI IZBRANIH ALKOHOLU PRIPISLJIVIH VZROKOV: SLOVENIJA NAD POVPREČJEM EU IN EVROPSKE REGIJE SZO

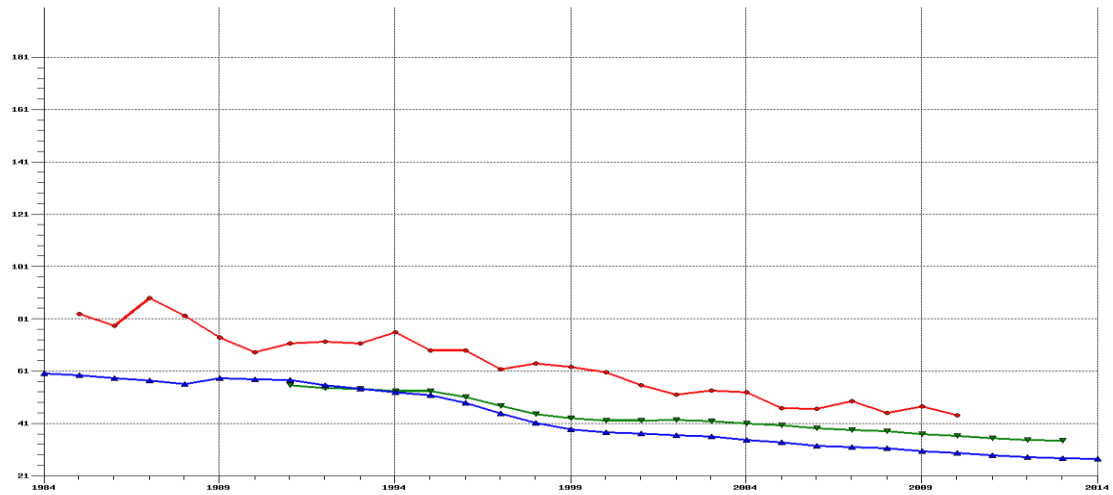
Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Po podatkih SZO, SSSU zaradi izbranih²⁸ alkoholu pripisljivih vzrokov, tako v svetu, v EU in v Sloveniji v zadnjih desetletjih upada, vendar je v Sloveniji umrljivost zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov veskozi visoko nad povprečjem EU in tudi nad povprečjem evropske regije SZO, kjer je poraba alkohola višja od svetovnega povprečja, tako pri moških kot pri ženskah (Slika 14.1., slika 14.2.). Po SSSU zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov se Slovenija z 90,95 smrtmi na 100.000 prebivalcev uvršča na 6. mesto med državami EU za Litvo, Latvijo, Madžarsko, Romunijo in Estonijo. Umrljivost zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov smrti je povsod višja med moškimi v primerjavi z ženskami (leto 2010 - vir: HFA-db).



Slika 14.1. Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev - moški, 1984-2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje) (Vir: WHO/Europe, European HFA Database)

²⁸ Pri izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov smrti so vključeni naslednji vzroki: rak grla in požiralnika, sindrom odvisnosti od alkohola, kronična jetrna bolezen in ciroza, vsi zunanji vzroki.



Legenda: ● Slovenija, ▼ Evropska regija, ▲ EU

Slika 14.2. Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev - ženske, 1984-2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje) (Vir: WHO/Europe, European HFA Database)

15. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI (STAREJŠI OD 15 LET) ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI JETER IN CIROZE V LETU 2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja

Za spremljanje umrljivosti zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze, pri nastanku katerih ima pomembno etiološko vlogo tudi škodljiva raba alkohola, izpostavljamo Starostno standardizirano stopnjo umrljivosti (SSSU²⁹) zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze.

SSSU zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze je v letu 2016 v Sloveniji znašala 16,5 smrti na 100.000 prebivalcev, starejših od 15 let, pri moških je bila 4 krat višja kot pri ženskah (pri moških 27,1 in pri ženskah 6,7 smrti na 100.000 prebivalcev starejših od 15 let) (Tabela 15.1.).

Najvišja SSSU zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze pri starejših od 15 let so v letu 2016 v Sloveniji beležili v Podravske regiji, za moške v Posavski regiji, za ženske Jugovzhodna Slovenija. Najnižjo umrljivost so beležili tako v Primorsko-notranjski regiji, pri moških v Zasavska, pri ženskah pa v Obalno-kraški regiji (Tabela 15.1.).

Tabela 15.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016

Regija	Moški	Ženske	SKUPAJ
SLOVENIJA	27,1	6,7	16,5
Pomurska	47,0	6,5	25,6
Podravska	34,0	9,6	21,2
Koroška	30,6	5,3	17,5
Savinjska	30,7	8,3	19,0
Zasavska	10,2	6,3	8,6
Posavska	51,7	10,7	30,8
Jugovzhodna Slovenija	42,9	13,9	28,5
Osrednjeslovenska	13,5	5,2	9,2
Gorenjska	22,7	3,6	13,0
Primorsko-notranjska	11,9	4,5	8,1
Goriška	19,5	2,7	10,2
Obalno-kraška	30,9	2,6	16,1

Vir: ZPC, NIJZ

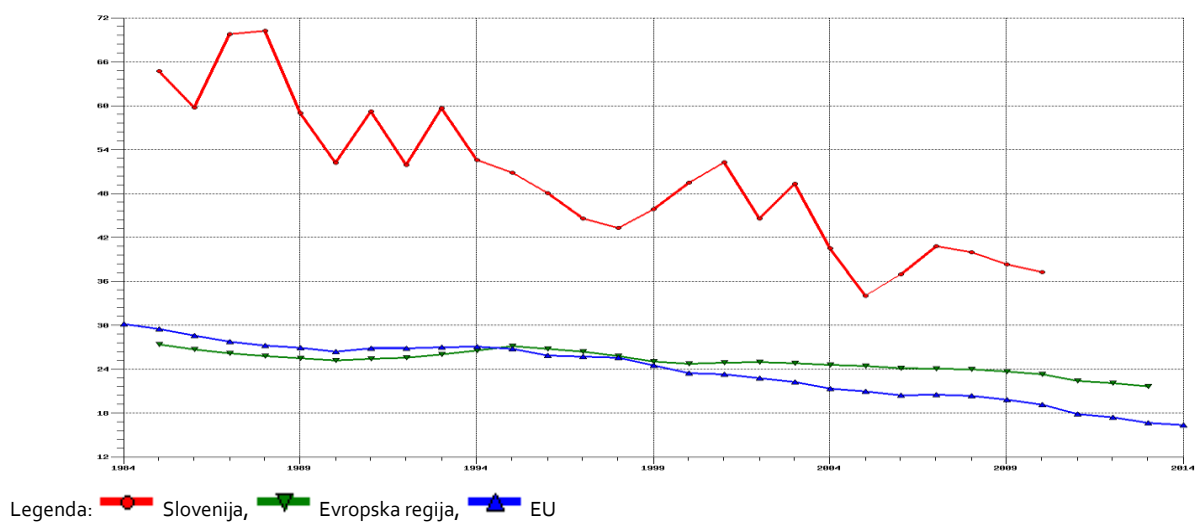
²⁹ za leto 2015 pri standardizaciji uporabljena ESP 1976

16. UMRLJIVOST ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI JETER IN JETRNE CIROZE: SLOVENIJA NAD POVPREČJEM EU IN EVROPSKE REGIJE SZO

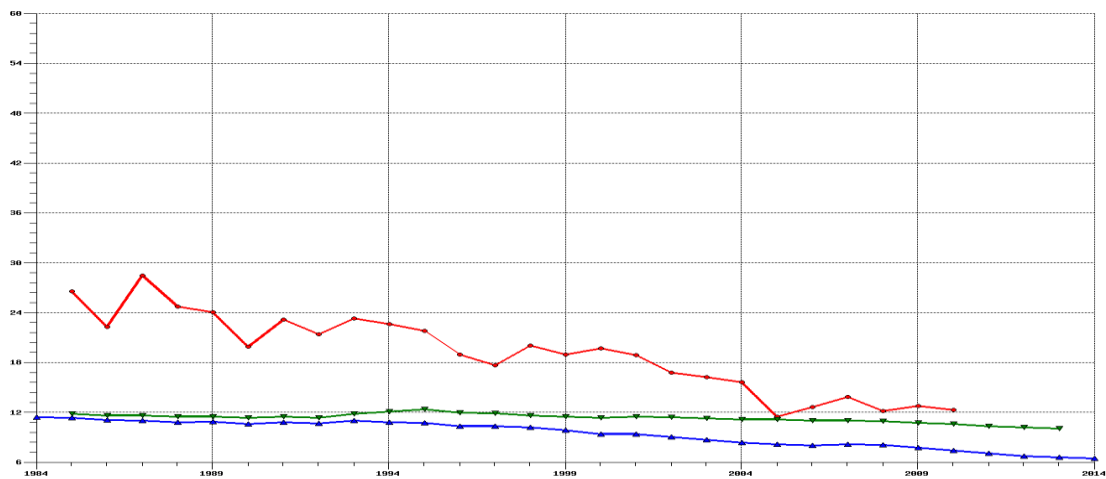
Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Po podatkih SZO, SSSU zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze, ki je v veliki meri posledica škodljive rabe alkohola tako v svetu, v EU in v Sloveniji, v zadnjih desetletjih upada, vendar je v Sloveniji vseskozi visoko nad povprečjem EU in tudi nad povprečjem evropske regije SZO, tako pri moških kot pri ženskah (Slika 16.1, slika 16.2.).

Po SSSU zaradi kronične jetrne ciroze je Slovenija na 4. mestu za Romunijo, Madžarsko in Litvo (leto 2010 – vir: HFA-db).



Slika 16.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze na 100.000 prebivalcev - moški, 1984-2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje) (Vir: WHO/Europe, European HFA Database)



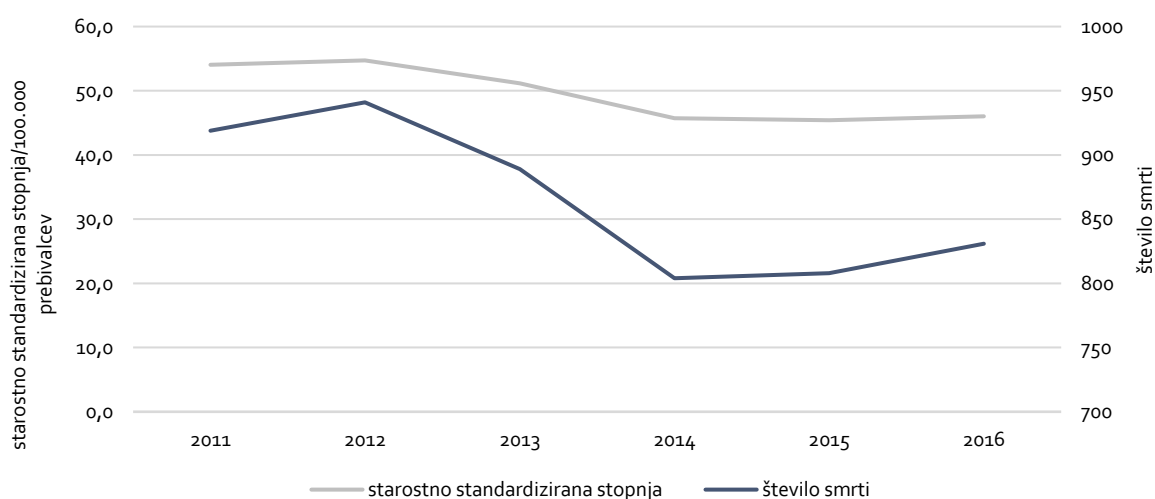
Legenda: ● Slovenija, ▼ Evropska regija, ▲ EU

Slika 16.2. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze na 100.000 prebivalcev - ženske, 1984-2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje) (Vir: WHO/Europe, European HFA Database)

17. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA UMRLJIVOSTI (STAREJŠI OD 15 LET) ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V OBDOBJU 2011–2016 V SLOVENIJI

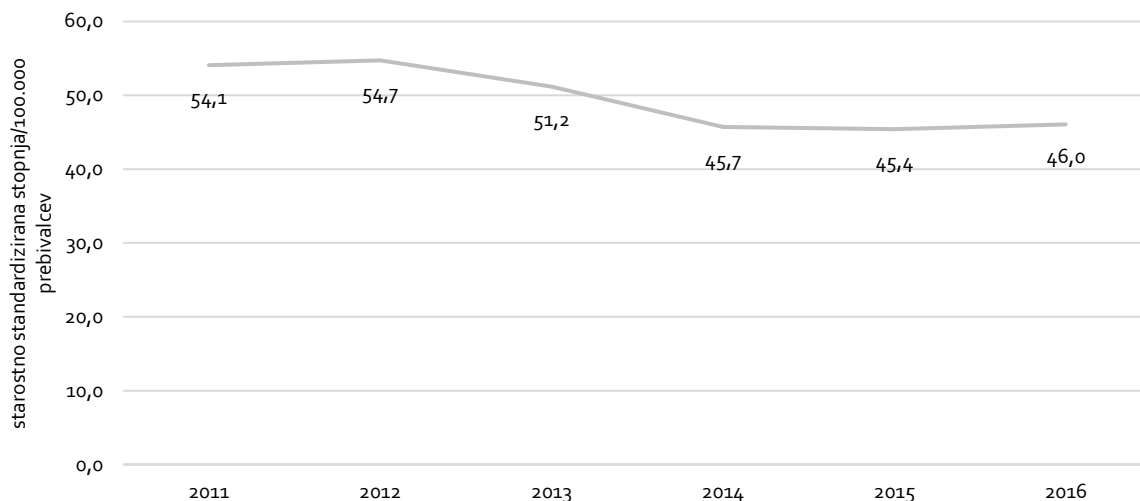
Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec

V obdobju 2011-2016 smo imeli v Sloveniji skupno 5192 smrti zaradi ANPV, od tega 4104 moških in 1088 žensk. SSSU³⁰ (starejši od 15 let) zaradi ANPV na 100.000 prebivalcev se je v obdobju 2011-2016 zmanjševala od leta 2012, a je bila v letu 2016 višja v primerjavi z letom prej, tako smo imeli leta 2016 46 smrti zaradi ANPV na 100.000 prebivalcev, leta 2015 pa 45 smrti zaradi ANPV na 100.000 prebivalcev (Slika 17.1., Slika 17.2.). Pri ženskah je v obdobju 2011-2016 SSSU (starejši od 15 let) zaradi ANPV na 100.000 prebivalcev v celotnem opazovanem obdobju vseskozi padala, pri moških se je zmanjševala do leta 2012, po letu 2014 pa je naraščala (Slika 17.3.).

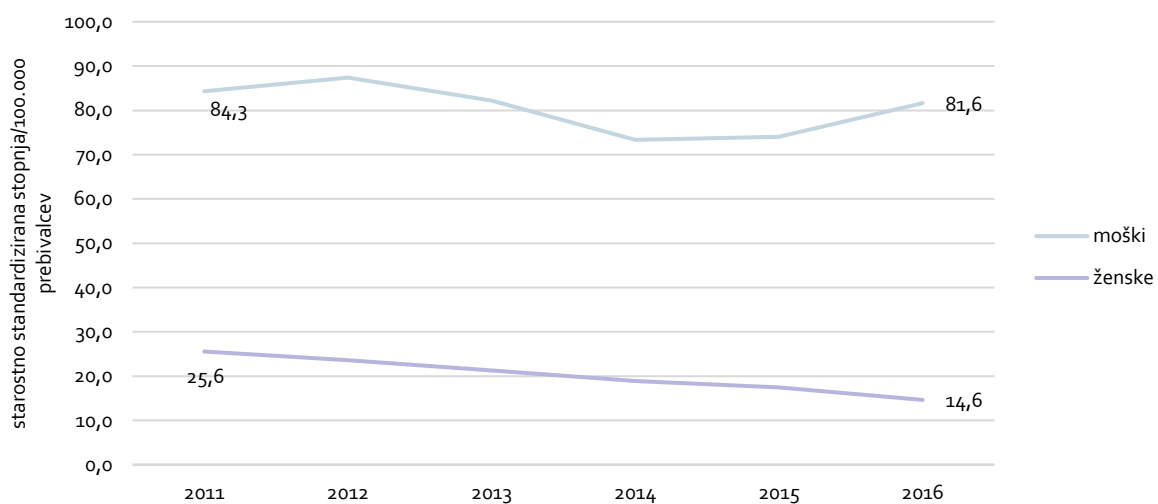


Slika 17.1. Število smrti in starostno standardizirana stopnja umrljivosti (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, Slovenija, 2011-2016 (Vir: NIJZ)

³⁰ za obdobje 2011–2016 za standardno populacijo vzeta slovenska populacija 2014Hz



Slika 17.2. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, Slovenija, 2011-2016 (Vir: NIJZ)



Slika 17.3. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev po spolu, Slovenija, 2011-2016 (Vir: NIJZ)

18. POTENCIALNA LETA IZGUBLJENEGA ŽIVLJENJA ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV SMRTI V LETU 2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja

Leta 2016 je v Sloveniji zaradi ANPV pred svojim 65. letom starosti (prezgodnja umrljivost) umrlo 444 oseb (389 moških in 55 žensk). V Sloveniji smo zaradi ANPV smrti v letu 2016 beležili 2,8 potencialnih let izgubljenega življenja³¹ na tisoč prebivalcev v starosti od 0-64 let. Skupno smo v Sloveniji v letu 2016 zaradi smrti, ki so bile stodontno pripisljive izključno alkoholu izgubili najmanj 4655 let potencialnega življenja³², 4132,5 let pri moških kar je v primerjavi z ženskami 7,9 krat več (522,5 let pri ženskah).

Potencialna leta izgubljenega življenja zaradi ANPV smrti na 1000 prebivalcev v starosti 0-64 let so bila v Sloveniji v letu 2016 8 krat višje pri moških kot pri ženskah (4,8 vs. 0,6 izgubljenih let potencialnega življenja). Največ potencialnih let izgubljenega življenja na 1000 prebivalcev (0-64 let) so beležili v Pomurski in Posavski regiji, najmanj pa v Primorsko-notranjski. Pri moških je bilo največ potencialnih let izgubljenega življenja na 1000 prebivalcev v Pomurski, najmanj pa v Primorsko-notranjski regiji. Pri ženskah je bilo največ potencialnih let izgubljenega življenja v Posavski regiji, najmanj pa v Obalno-kraški regiji (Tabela 18.1).

V Sloveniji smo v letu 2016 zaradi ANPV smrti izgubili 10,5 let potencialnega življenja na umrlo osebo, največ 13,8 let na umrlega v Gorenjski regiji in najmanj 7,5 v Obalno-kraški regiji. Pri moških je bilo najvišje število potencialnih let izgubljenega življenja na umrlo osebo v Gorenjski in najnižje v Obalno-kraški regiji, pri ženskah pa najvišje v Gorenjski regiji in najnižje v Obalno-kraški regiji (brez primera) (Tabela 18.1).

³¹ Izgubljena leta potencialnega življenja (YPLL) predstavljajo leta življenja, ki jih izgubijo osebe, ki umrejo pred dopolnjenim 65. letom starosti.

³² Število izgubljenih let potencialnega življenja na 1000 prebivalcev 0-64 let - absolutno

Tabela 18.1. Število potencialnih let izgubljenega življenja zaradi ANPV, po statističnih regijah in po spolu, Slovenija, 2016

Regija	Število potencialnih let izgubljenega življenja na 1000 prebivalcev 0–64 let			Število potencialnih let izgubljenega življenja na umrlo osebo		
	M	Ž	S	M	Ž	S
SLOVENIJA	4,8	0,6	2,8	10,6	9,5	10,5
Pomurska	8,2	0,5	4,5	11,5	7,5	11,1
Podravska	6,4	1,5	4,0	12,0	11,6	11,9
Koroška	6,6	0,3	3,6	8,6	7,5	8,5
Savinjska	5,6	0,7	3,2	9,3	6,1	8,8
Zasavska	3,6	0,7	2,1	8,5	7,5	8,3
Posavska	6,6	2,0	4,4	11,7	11,5	11,6
Jugovzhodna Slovenija	6,5	0,5	3,7	11,5	7,5	11,1
Osrednjeslovenska	3,2	0,3	1,8	10,8	9,6	10,7
Gorenjska	3,5	0,7	2,2	13,6	15,0	13,8
Primorsko-notranjska	2,7	0,1	1,5	10,0	2,5	8,9
Goriška	3,0	0,2	1,6	9,1	7,5	9,0
Obalno-kraška	3,5	0,0	1,8	7,5	0,0	7,5

Vir: ZPC, NIJZ

V Sloveniji smo v obdobju 2013 - 2016 v povprečju na letni ravni izgubili 10,5 (pri moških 10,7 in pri ženskah 9,3) potencialnih let življenja na vsako osebo, ki je umrla zaradi ANPV pred svojim dopolnjenim 65. letom starosti. V enakem obdobju smo v povprečju izgubili 2,9 potencialnih let izgubljenega življenja na tisoč prebivalcev v starosti od 0-64 let (Tabela 18.2).

Tabela 18.2. Število potencialnih let izgubljenega življenja zaradi ANPV na 1000 prebivalcev 0–64 let in na umrlo osebo, po spolu, Slovenija, 2013–2016

Leto	Število potencialnih let izgubljenega življenja na 1000 prebivalcev 0–64 let			Število potencialnih let izgubljenega življenja na umrlo osebo		
	M	Ž	S	M	Ž	S
2013	5,5	1,1	3,3	10,9	10,7	10,8
2014	4,3	0,8	2,6	10,1	8,0	9,8
2015	5,0	0,8	3,0	11,3	8,8	10,9
2016	4,8	0,6	2,8	10,6	9,5	10,5

19. POTENCIALNA LETA IZGUBLJENEGA ŽIVLJENJA ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI JETER IN CIROZE V LETU 2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Miloš Kravanja

Potencialna leta izgubljenega življenja predstavljajo leta življenja, ki jih izgubijo osebe, ki umrejo pred dopolnjenim 65. letom starosti.

V Sloveniji smo v letu 2016 zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze imeli 178 smrti (148 moških in 30 žensk) pred 65.letom starosti, tako smo skupno izgubili 1540 let potencialnega življenja, pri moških 1315 ter pri ženskah 225 let.

Potencialna leta izgubljenega življenja zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze v Sloveniji so v letu 2016 znašala 0,9 let na 1000 prebivalcev starih od 0 do 64 let, pri moških 5- krat več kot pri ženskah (1,5 vs. 0,3/1000 prebivalcev, starih do 64 let). Največ potencialnih let izgubljenega življenja zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze smo imeli v regiji Jugovzhodna Slovenija in Posavski regiji, najmanj pa v Osrednjeslovenski regiji. Pregled po statističnih regijah in po spolu kaže da so bila izgubljena potencialna leta življenja pri moških najvišja v regiji Jugovzhodna Slovenija, za ženske v Posavski regiji. Najnižja izgubljena potencialna leta življenja pri moških so bila v Zasavski regiji, pri ženskah ni bilo primerov smrti zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze pred 65. letom starosti v Koroški, Primorsko-notranjski, Obalno-kraški in Gorenjski regiji (Tabela 19.1.).

Število potencialnih let izgubljenega življenja na osebo umrlo zaradi kroničnih boleznijeter in ciroze je v Sloveniji v letu 2016 znašalo 8,9, pri moških 8,9 in pri ženskah 7,5 let. V Primorsko-notranjski regiji so zabeležili največ 17,5 let potencialnih let izgubljenega življenja na umrlo osebo, najmanj 5,6 let pa v Koroški regiji.

Pri moških je bilo najvišje število potencialnih let izgubljenega življenja na umrlo osebo v Primorsko-notranjski regiji (17,5 let), najnižje v Koroški regiji (5,6 let). Pri ženskah pa najvišje v Zasavski regiji (12,5), v Koroški, Primorsko-notranjski in Obalno-kraški regiji ni bilo zabeleženih izgubljenih potencialnih let življenja (Tabela 19.1).

Tabela 19.1. Število prezgodnjih smrti in potencialna leta izgubljenega življenja zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze*, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016

Regija	Število potencialnih let izgubljenega življenja na 1000 prebivalcev 0–64 let			Število potencialnih let izgubljenega življenja na umrlo osebo		
	M	Ž	S	M	Ž	S
SLOVENIJA	1,5	0,3	0,9	8,9	7,5	8,6
Pomurska	3,4	0,2	1,9	10,8	5,0	10,2
Podravska	1,9	0,6	1,3	9,1	10,0	9,3
Koroška	1,5	0,0	0,8	5,6	0,0	5,6
Savinjska	1,2	0,5	0,9	5,8	6,9	6,0
Zasavska	0,5	0,5	0,5	12,5	12,5	12,5
Posavska	2,9	0,9	2,0	10,3	9,2	10,0
Jugovzhodna Slovenija	3,7	0,2	2,0	12,0	5,0	11,3
Osrednjeslovenska	0,6	0,1	0,3	6,5	5,0	6,3
Gorenjska	1,5	0,0	0,8	11,6	2,5	10,8
Primorsko-notranjska	0,8	0,0	0,4	17,5	0,0	17,5
Goriška	0,6	0,2	0,4	7,5	7,5	7,5
Obalno-kraška	1,8	0,0	0,9	9,2	0,0	9,2

Vir: ZPC, NIJZ

Legenda: * Vključene so naslednje kode: K70, K73, K74

20. HOSPITALIZACIJE ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV V SLOVENIJI V LETU 2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Irena Zupanc

Po podatkih ZPC je v letu 2016 bilo v Sloveniji skupno zabeleženih 3.594 (2.756 moških, 838 žensk) primerov hospitalizacij³³ oziroma odpustov iz bolnišnic po zdravljenju zaradi ANPV, v povprečju je tako bilo zabeleženih vsakodnevno vsaj 10 odpustov iz bolnišnic zaradi ANPV ali povedano drugače, v povprečju je bila vsake 2 uri in pol iz bolnišnic odpuščena ena oseba, ki se je zdravila zaradi bolezni in stanj, ki so bile stoodstotno pripisljive alkoholu.

Najpogostejši vzrok za hospitalizacije so bile duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10.0–F10.9) 2.543 primerov (1.947 moški, 596 žensk), kar je predstavljalo 70,8 % vseh primerov hospitalizacij zaradi vseh ANPV. Sledila je alkoholna bolezen jeter (K70.0–K70.9) z 918 primeri hospitalizacij (716 moški, 202 žensk), kar je predstavljalo 25,6 % vseh primerov hospitalizacij zaradi vseh ANPV. Oba najpogostejša vzroka skupaj sta predstavljala 96,4 % vseh primerov hospitalizacij zaradi vseh ANPV.

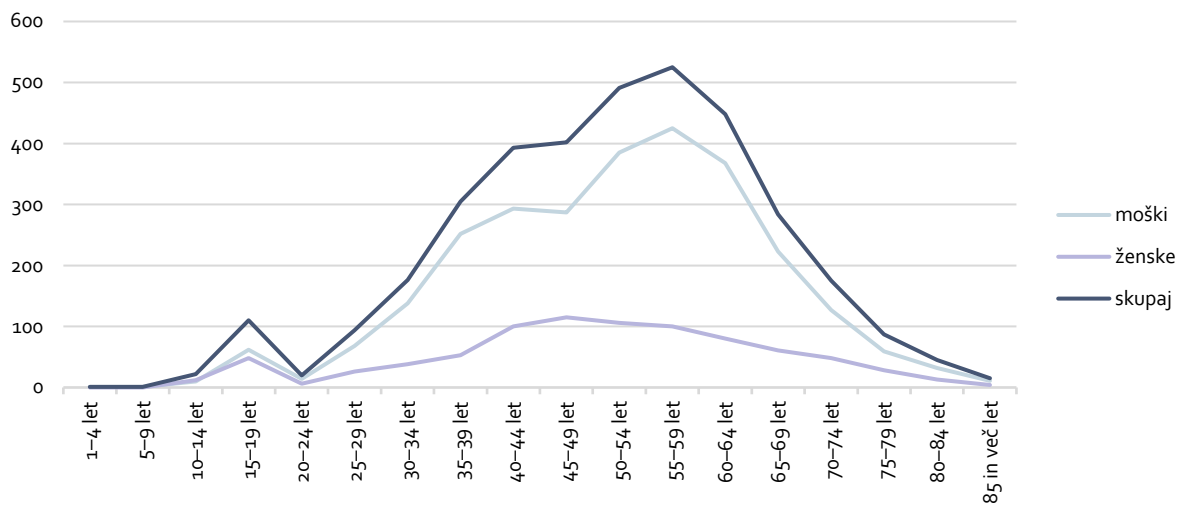
Število hospitalizacij zaradi ANPV po 5 letnih starostnih skupinah za leto 2016 kaže, da je prvi vrh hospitalizacij oz. najvišje število hospitalizacij do 19. leta starosti v starostnem razredu 15-19 let (110 primerov). V letu 2016 je bilo v Sloveniji zaradi ANPV bolnišnično obravnavanih 134 primerov oseb starih do 19 let, 74 dečkov in 60 deklic. Število hospitalizacij je sicer po 20. letu s starostjo naraščalo, najvišje število hospitalizacij je bilo v starostni skupini 55-59 let (525 primerov oseb), nato je s starostjo upadalo (Tabela 20.1., Slika 20.1).

³³ Vzroki hospitalizacij so glavne diagnoze

Tabela 20.1. Število hospitalizacij zaradi ANPV po 5-letnih starostnih skupinah in po spolu, Slovenija, 2016

Starostna skupina (5 letne)	Moški	Ženske	SKUPAJ
1–4 let	1	0	1
5–9 let	1	0	1
10–14 let	10	12	22
15–19 let	62	48	110
20–24 let	14	6	20
25–29 let	68	26	94
30–34 let	138	38	176
35–39 let	252	53	305
40–44 let	293	100	393
45–49 let	287	115	402
50–54 let	385	106	491
55–59 let	425	100	525
60–64 let	368	80	448
65–69 let	223	61	284
70–74 let	127	48	175
75–79 let	59	28	87
80–84 let	32	13	45
85 in več let	11	4	15

Vir: ZPC, NIJZ-Spremljanje bolnišničnih obravnav istega tipa (SPP)



Slika 20.1. Število hospitalizacij zaradi ANPV po 5-letnih starostnih skupinah in po spolu, Slovenija, 2016 (Vir: ZPC, NIJZ)

21. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA HOSPITALIZACIJ ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV NA 100.000 PREBIVALCEV, STARIH 15 LET IN VEČ, V LETU 2016 V SLOVENIJI

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Irena Zupanc

Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij (SSSH)³⁴ zaradi ANPV v Sloveniji je v letu 2016 znašala 195 primerov na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, pri moških 295 kar je 3,2 krat višja stopnja kot pri ženskah (93,5 na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več) (Tabela 21.1).

Pregled po statističnih regijah kaže da je bila SSSH zaradi ANPV najvišja v Gorenjski regiji, najnižja pa v Primorsko-notranjski regiji. Najvišja SSSH pri moških je bila v Gorenjski regiji, pri ženskah pa v Posavski regiji. Najnižja stopnja hospitalizacije je bila tako pri moških kot pri ženskah v Primorsko-notranjski regiji (Tabela 21.1).

Tabela 21.1. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, zaradi ANPV po spolu, Slovenija in statistične regije, 2016

Regija	Moški	Ženske	SKUPAJ
SLOVENIJA	295,4	93,5	194,9
Pomurska	323,2	83,8	201,8
Podravska	305,2	78,1	193,1
Koroška	252,5	96,5	176,4
Savinjska	241,1	71,2	156,8
Zasavska	293,9	104,1	199,0
Posavska	298,5	143,4	222,6
Jugovzhodna Slovenija	299,7	88,5	196,2
Osrednjeslovenska	277,1	103,3	189,6
Gorenjska	407,3	134,6	269,9
Primorsko-notranjska	210,1	46,0	132,0
Goriška	355,0	90,4	225,4
Obalno-kraška	250,0	73,2	161,6

Vir: ZPC, NIJZ

Groba stopnja hospitalizacije zaradi ANPV leta 2016 je v Sloveniji znašala 174,1 na 100.000 prebivalcev, pri moških 269,3, kar je bilo 3,3 krat več kot pri ženskah (80,5 na 100.000 prebivalcev).

SSSH (za vse starosti) zaradi ANPV je v Sloveniji v letu 2016 znašala 153,8 na 100.000 prebivalcev, pri moških 232,1, kar je 3,1 krat višja kot pri ženskah (74,8 na 100.000 prebivalcev).

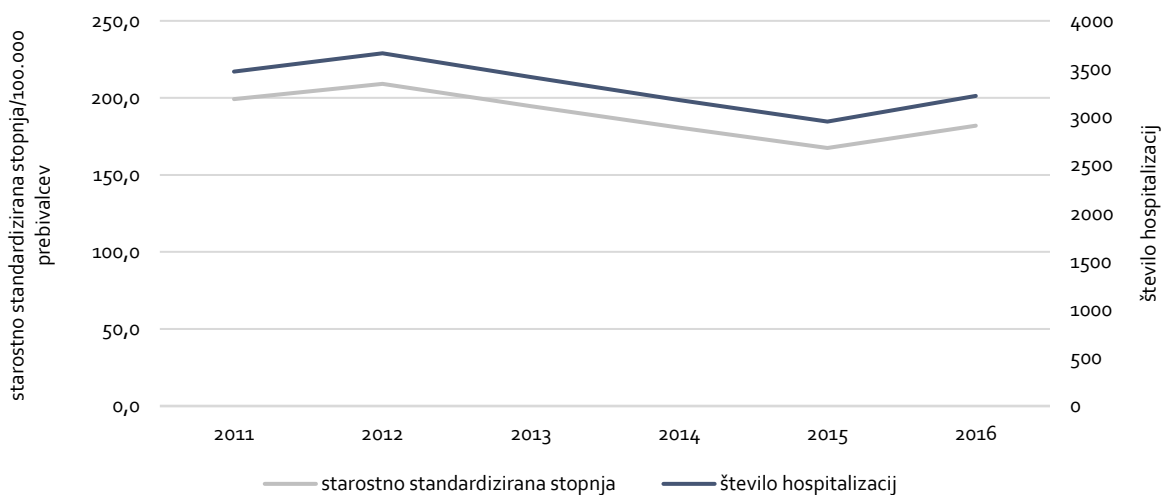
³⁴ Pri standardizaciji je uporabljena ESP 1976

22. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA HOSPITALIZACIJ ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV NA 100.000 PREBIVALCEV, STARIH 15 LET IN VEČ, V OBDOBJU 2011–2016 V SLOVENIJI

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec

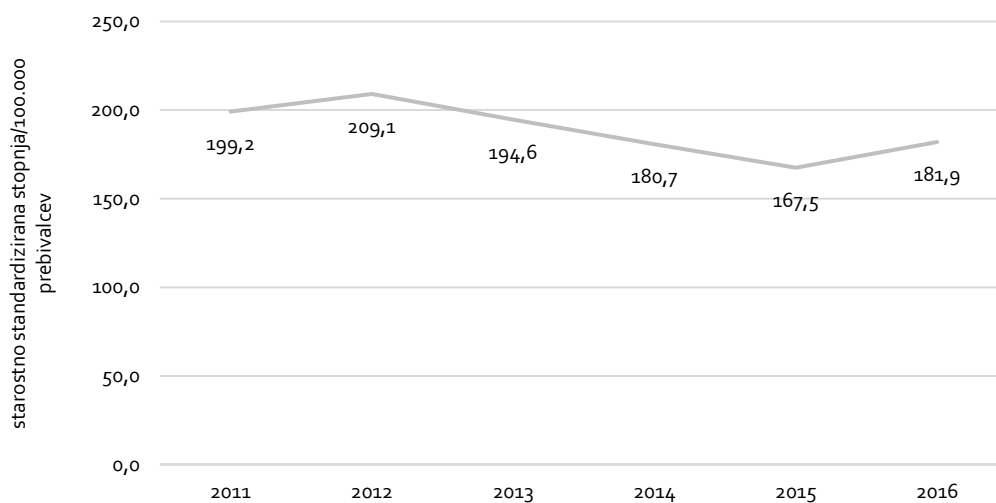
V obdobju 2011–2016 smo imeli v Sloveniji skupno 19904 primerov hospitalizacij zaradi ANPV na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več. Letno število primerov hospitalizacij zaradi ANPV na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, je v obdobju 2012–2015 postopoma upadalo, a je ponovno porastlo v letu 2016. Višje letno število primerov hospitalizacij v letu 2016 v primerjavi z letom prej smo beležili tako pri moških kot pri ženskah (Slika 22.1.).

SSSH³⁵ zaradi ANPV na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, se je v opazovanem obdobju 2011–2016 zmanjševala od leta 2012 do 2015. Pri ženskah je vseskozi padala od 2011 dalje, pri moških se je zmanjševala od leta 2012 naprej, a se je v letu 2016 SSSH (starejši od 15 let) zaradi ANPV na 100.000 prebivalcev zvišala v primerjavi z letom prej, tako pri moških kot pri ženskah (Slika 22.1., Slika 22.2., Slika 22.3.).

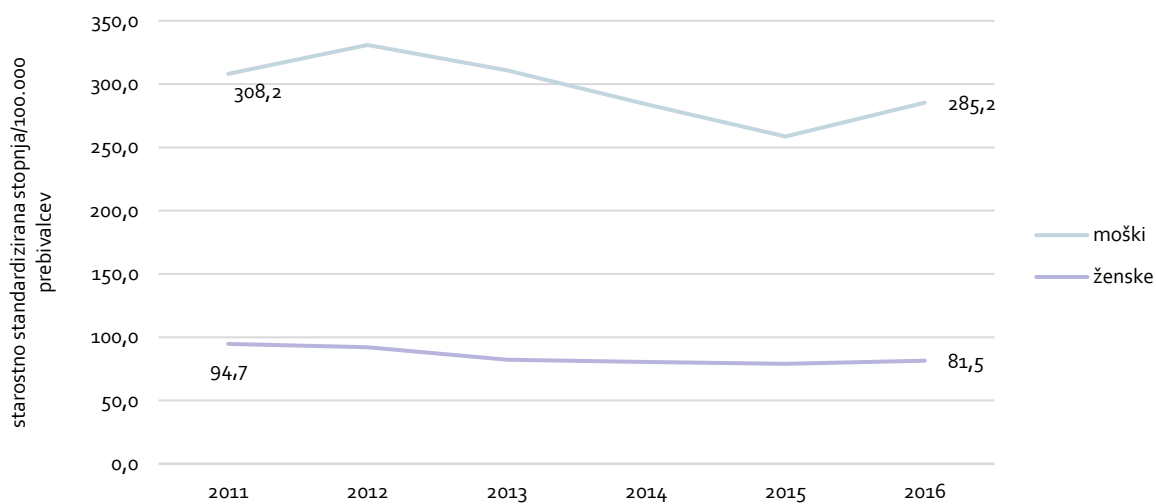


Slika 22.1. Število hospitalizacij in starostno standardizirana stopnja hospitalizacij (starih 15+) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, Slovenija, 2011–2016 (Vir: ZPC, NIJZ)

³⁵ za standardno populacijo vzeta slovenska populacija 2014H2



Slika 22.2. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, Slovenija, 2011–2016 (Vir: ZPC, NIJZ)



Slika 22.3. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, po spolu, Slovenija, 2011–2016 (Vir: ZPC, NIJZ)

23. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA HOSPITALIZACIJE ZARADI DUŠEVNIH IN VEDENJSKIH MOTENJ ZARADI UŽIVANJA ALKOHOLA NA 100.000 PREBIVALCEV, STARIH 15 LET IN VEČ V LETU 2016

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Irena Zupanc

SSSH³⁶ zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola v Sloveniji je v letu 2016 znašala 143 primerov na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, pri moških 214 kar je 3 krat višja stopnja kot pri ženskah (69 na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več) (Tabela 23.1).

Pregled po statističnih regijah kaže da je bila SSSH zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola najvišja v Gorenjski regiji, najnižja pa v Obalno-kraški regiji. Najvišja SSSH pri moških in pri ženskah je bila v Gorenjski regiji. Najnižja stopnja hospitalizacije pri moških je bila v Obalno-kraški, pri ženskah pa v Posavski regiji (Tabela 23.1).

Tabela 23.1. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev starih 15 let in več zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola po spolu, Slovenija in statistične regije, 2016

Regija	Moški	Ženske	SKUPAJ
SLOVENIJA	214,3	69,3	142,8
Pomurska	174,6	47,4	112,1
Podravska	212,1	52,8	134,1
Koroška	187,0	73,0	131,4
Savinjska	162,8	58,7	111,6
Zasavska	239,8	93,9	166,5
Posavska	201,6	33,4	122,0
Jugovzhodna Slovenija	209,5	58,0	135,7
Osrednjeslovenska	228,6	84,0	156,8
Gorenjska	310,0	106,2	207,2
Primorsko-notranjska	166,4	35,6	104,4
Goriška	280,3	79,1	183,2
Obalno-kraška	130,5	56,9	93,6

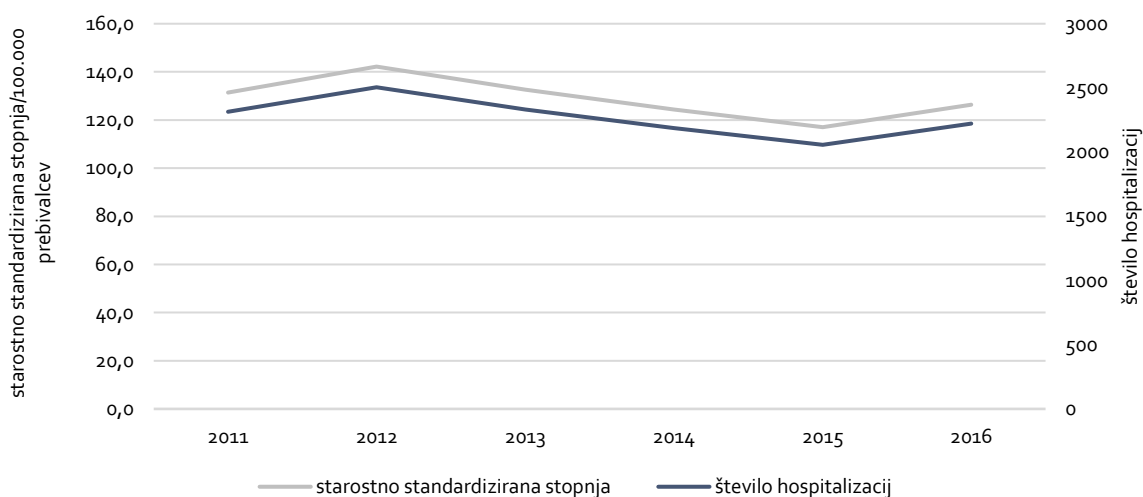
Vir: ZPC, NIJZ

³⁶ Pri standardizaciji je uporabljena ESP 1976

24. STAROSTNO STANDARDIZIRANA STOPNJA HOSPITALIZACIJE ZARADI DUŠEVNIH IN VEDENJSKIH MOTENJ ZARADI UŽIVANJA ALKOHOLA NA 100.000 PREBIVALCEV, STARIH 15 LET IN VEČ, V OBDOBJU 2011–2016 V SLOVENIJI

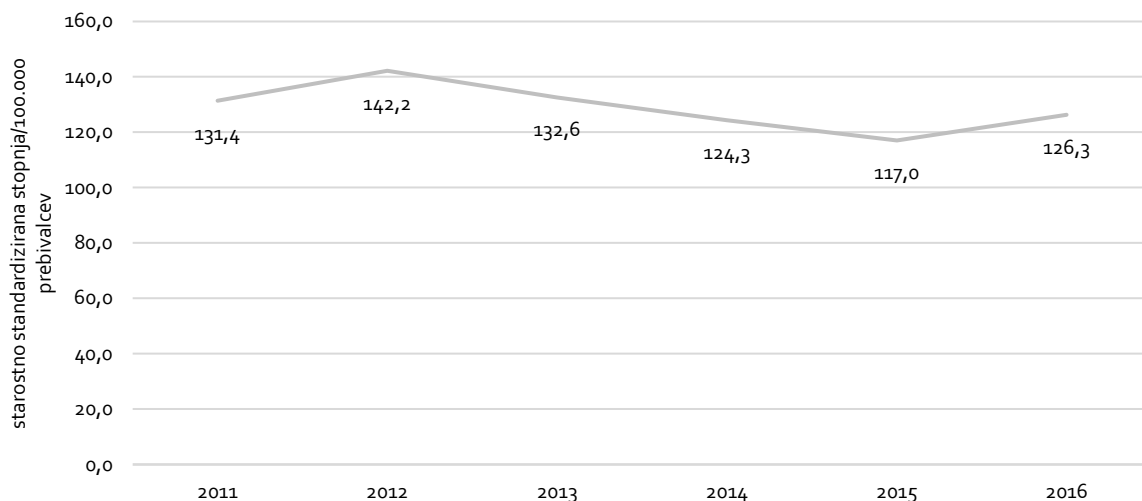
Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Aleš Korošec

Letno število primerov hospitalizacij zaradi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola se je od 2012 do 2015 zmanjševalo, v letu 2016 pa se je v primerjavi z letom prej zvišalo. Enaka dinamika gibanja se kaže tudi za SSSH³⁷ (oziroma odpustov iz bolnišnic) zaradi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola na 100.000 prebivalcev starih 15 let in več, v obdobju 2012 -2015 se je zmanjševala, a se je leta 2016 v primerjavi z letom prej zvišala, pri moških bolj kot v primerjavi z ženskami (Slika 24.1., Slika 24.2., Slika 24.3.).

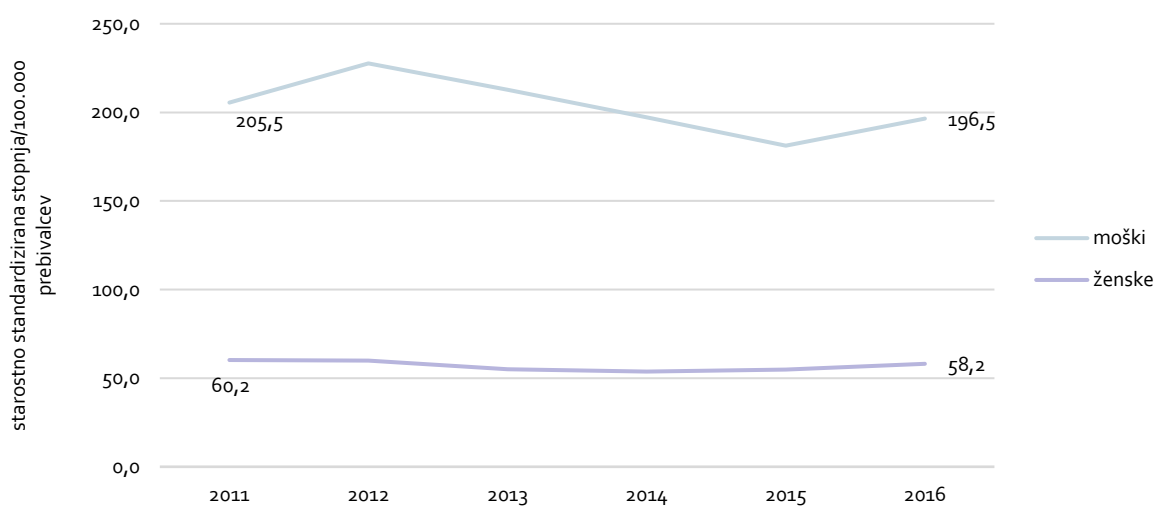


Slika 24.1. Število hospitalizacij in starostno standardizirana stopnja hospitalizacij zaradi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola/100.000 prebivalcev (starih 15 let in več), Slovenija, 2011-2016 (Vir: ZPC, NIJZ)

³⁷ za standardno populacijo vzeta slovenska populacija 2014H2



Slika 24.2. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij zaradi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola/100.000 prebivalcev (starih 15 let in več), Slovenija, 2011-2016 (Vir: ZPC, NIJZ)



Slika 24.3. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij zaradi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola/100.000 prebivalcev (starih 15 let in več), po spolu, Slovenija, 2011-2016 (Vir: ZPC, NIJZ)

25. NOSEČNOST IN DOJENJE BREZ ALKOHOLA

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Zdrav življenjski slog je pomemben za ohranjanje in krepitev zdravja za vsakogar izmed nas. Še posebej je to pomembno v obdobju nosečnosti. Nosečnica se z otrokom poveže tako čustveno kot tudi telesno preko posteljice in popkovine, kar pomeni da vse, kar zaužije sama, zaužije tudi njen otrok.

Posledice izpostavljenosti alkoholu pred rojstvom (telesne, nevrološke in/ali duševne ter vedenjske motnje) so pri otroku trajne, lahko pa jih v celoti preprečimo. Zmotno je splošno prepričanje, da se otrok s tovrstnimi težavami lahko rodi le ženski, ki ima sindrom odvisnosti od alkohola, je pa verjetnost za poškodbe zarodka večja ob pogostejšem pitju alkohola in ob ponavljajočem pitju večjih količin alkohola ob eni priložnosti - popivanju. Vsaka izpostavljenost alkoholu pred rojstvom lahko negativno vpliva na kakovost življenja in zdravje otroka.

Obseg posledic zaradi izpostavljenosti alkoholu pred rojstvom se od posameznika do posameznika razlikuje, odvisno je od več različnih dejavnikov, od tega, kdaj v nosečnosti je mati pila alkohol, od količine zaužitega alkohola, pogostosti pitja, presnove, ranljivosti ploda oziroma kombinacije več dejavnikov. Zapleti in posledice zaradi alkohola se lahko kažejo že med samo nosečnostjo, ob porodu in ali pa kasneje. Možni učinki in posledice dlje trajajočega pitja alkoholnih pijač v obdobju nosečnosti se kažejo med potekom nosečnosti (lahko pride do spontanega splava, odmrtja ploda ali prezgodnjega poroda), ob rojstvu (prenizka telesna teža, podpovprečna rast, fetalni alkoholni sindrom (FAS), abstinenčni sindrom otroka (npr. razdražljivost, nespečnost, otrok se trese in ima krče), lahko nastopi celo nenadna smrt dojenčka, ali pa so posledice opazne kasneje ob razvoju otroka in odraščanju: spekter fetalnih alkoholnih motenj (SFAM), slabše kognitivne, govorne, motorične in socialne sposobnosti, vedenjske motnje, učne težave.

Alkohol je teratogen, kar pomeni, da povzroča nepravilen razvoj organov ali delov organa pri zarodku (najpogosteje gre za prizadetost možganov, pa tudi srca, jeter, ledvic, kosti ipd.), ki je zaradi materinega pitja alkohola v nosečnosti izpostavljen alkoholu. Alkohol se v človeškem telesu presnavlja v acetaldehid, ki je toksičen in škodljiv za vse organe ter sisteme v telesu. Pri zarodku in otroku so ti še na začetku razvoja. Poleg tega ima alkohol rakotvoren učinek in tudi psihoaktiven učinek. Slednje pomeni, da deluje na osrednji živčni sistem in ob dolgotrajni izpostavljenosti tudi vodi v sindrom odvisnosti od alkohola. Otroci, ki se rodijo nosečnici s sindromom odvisnosti od alkohola, razvijejo odtegnitveni sindrom ali neonatalni abstinenčni sindrom, otrok je lahko razdražljiv, nespečen, se trese in ima krče. Otroci, ki so bili pred rojstvom izpostavljeni alkoholu, so izpostavljeni tveganju za težave zaradi alkohola že ob rojstvu ali kasneje v življenju.

Alkohol prehaja v otroka skozi posteljico v nosečnosti in skozi materino mleko med dojenjem. Zarodek in še nerojen otrok ne moreta razgraditi alkohola kot odrasla oseba, zato se koncentracija alkohola v njegovi krvi večja in je lahko višja od koncentracije alkohola v krvi matere in taka ostane tudi dlje časa. To otežuje tudi dotok hranljivih snovi in kisika, ki ga zarodek in otrok nujno potrebujeta za zdrav razvoj. Posledice pri otroku lahko zanesljivo preprečimo, če v času celotne

nosečnosti ne pijemo alkohola. Zato svetujemo, da ne pijete alkohola če ste noseči, če menite, da bi lahko bili noseči ali če želite zanositi.

Izpostavljenost alkoholu pred rojstvom lahko škodljivo vpliva na razvoj in rast zarodka oziroma ploda in tako povzroča nepopravljive, trajne poškodbe pri še nerojenem otroku, kar lahko privede do različnih prirojenih telesnih, duševnih, vedenjskih motenj in/ali učnih težav, poznanih pod imenom spekter fetalnih alkoholnih motenj (SFAM). Poznamo več različnih oblik fetalnih alkoholnih motenj, od blažjih, ki se pogosto odražajo kot vedenjske motnje, do najtežje oblike oziroma fetalnega alkoholnega sindroma (FAS). Osebe s FAS imajo lahko prirojene napake in okvare (možgani, srce, ledvica, jetra, kostne okvare ipd ter zdravstvene težave), duševno manjrazvitost (manjši, delno razviti možgani), prizadet sluh, vid, govor, težave s sledenjem navodilom in učenjem preprostih stvari, motnje spanja, pozornosti, spomina, učenja in govora, motnje vedenja (impulzivnost, hiperaktivnost, kljubovalnost), značilen videz obraza, zaradi svojih težav prekinejo ali opustijo šolanje, nezmožni so samostojnega življenja, imajo dodatne psihične težave ali duševne motnje, večje tveganje za odvisnost od alkohola in drugih drog. Osebe s FAS pogosto potrebujejo doživljenjsko asistenco in pomoč ter kontinuirano zdravljenje in zdravstveno oskrbo, njihova pričakovana življenjska doba pa je pogosto krajša. Vse oblike SFAM so doživljenjske in trajne.

Čeprav je preprečevanje FAS in SFAM enostavno in stodontno učinkovito, predstavlja alkohol še vedno enega glavnih vzrokov za duševno manjrazvitost v razvitem svetu. Po nekaterih ocenah tretjina žensk v nosečnosti pije alkohol in nekateri otroci se bodo rodili s SFAM. Nosečnicam in doječim materam svetujemo naj takoj prenehajo s pitjem alkohola, če same ne zmorejo prenehati pa svetujemo, da takoj poiščejo strokovno pomoč, lahko se obrnejo na svojega izbranega osebnega zdravnika, ginekologa ali porodničarja.

Ocene glede razširjenosti problematike SFAM v svetu in EU kažejo, da je problematika podcenjena in prikrita. Podobno je tudi v Sloveniji (Tabela 25.1.).

Tabela 25.1. Prepoznana prizadetost otroka ob rojstvu zaradi materinega pitja alkohola v obdobju 1997-2016 in prepoznani sindrom odvisnosti od alkohola pri porodnicah v obdobju 2013 – 2015, Slovenija

Prepoznana prizadetost otroka ob rojstvu zaradi materinega pitja alkohola, 1997–2016, Slovenija	Prepoznani sindrom odvisnosti od alkohola pri porodnicah, 2013–2015, Slovenija
<ul style="list-style-type: none">rodilo se je 20 otrok, pri katerih je bila takoj ob rojstvu prepoznana prizadetost zaradi materinega pitja alkohola, med njimi 13 z diagnozo FAS	V porodnišnicah so pri 141 ženskah (2,3 na 1000 porodnic) ob porodu zabeležili sindrom odvisnosti od alkohola.

Vir: Perinatalni informacijski sistem RS na NIJZ in NIJZ. Nosečnost brez alkohola - najboljša in najučinkovitejša zaščita še nerojenih otrok pred izpostavljenostjo alkoholu. <http://www.nijz.si/sl/nosecnost-brez-alkohola-najboljsa-in-najucinkovitejsa-zascita-se-nerojenih-otrok-pred>

V Sloveniji obeležujemo mednarodni dan ozaveščanja o posledicah izpostavljenosti otroka alkoholu pred rojstvom. Dan fetalnega alkoholnega sindroma obeležujemo 9. 9. ob 9:09. Štiri devetice (9 minut čez 9. uro 9. dne v 9. mesecu v letu) simbolizirajo 9 mesecev nosečnosti, saj ves čas nosečnosti obstaja tveganje za doživljenjske posledice zaradi izpostavljenosti alkoholu še nerojenega otroka. V

nosečnosti ni varne alkoholne pijače, ni varne količine alkohola in ni varnega obdobja nosečnosti za pitje alkohola. To pomeni, da vsaka alkoholna pijača, v vsaki količini in v vsakem obdobju nosečnosti predstavlja zdravstveno tveganje za zarodek ali še nerojenega otroka. Zato na NIJZ spodbujamo in podpiramo nosečnost brez alkohola.

ALKOHOL NOSEČNOST

 Nosečnice in doječe matere ter njihovi otroci so posebej ogrožene skupine za posledice izpostavljenosti alkohola

Kje vse se lahko nahaja alkohol?

-  V vinu, šampanjcu, pivu, žganju, vodki, rumu, likerjih.
-  V mešanih alkoholnih gaziranih pijačah, mešanicah piva, limonade, oranžade.
-  V nekaterih »brezalkoholnih« pivih in sladicah ter posameznih zdravilih.

Miti in resnice o alkoholu med nosečnostjo

V nosečnosti je dobro spiti kozarec vina.
Ne drži. Ravno nasprotno, alkohol je toksičen in teratogen.

Med dojenjem pitje alkohola (npr. piva) pomaga pri dojenju.
Ne drži. Alkohol preko materinega mleka prehaja na otroka in mu škodi.

Za slabokrvnost pomaga rdeče vino.
Ne drži. Ravno nasprotno, dolgotrajno alkohol povzroča slabokrvnost.



Vir: NIJZ. Mednarodni dan FAS: Ne izpostavljati še nerojenih otrok alkoholu. <http://www.nijz.si/sl/mednarodni-dan-fetalnega-alkoholnega-sindroma-ne-izpostavljati-se-nerojenih-otrok-alkoholu>

Priporočila glede alkohola za nosečnice, ženske v rodnem obdobju in doječe matere:

- Brez alkohola v nosečnosti ne more priti do spektra alkoholnih fetalnih motenj pri otroku! Zato se izogibajte alkoholu ves čas nosečnosti.
- Če morda pijete alkoholne pijače, prenehajte s pitjem alkohola takoj, ko izveste za nosečnost ali menite, da bi lahko bili noseči.
Nikoli ni prepozno prenehati s pitjem alkohola v nosečnosti, vendar prej ko prekinete, bolje bo za vašega otroka.
- Izogibajte se alkoholu v rodnem obdobju, če ste spolno aktivni in brez zaščite pred nosečnostjo.
Mnogo nosečnosti je nenačrtovanih.
Škoda, ki jo povzroči alkohol, lahko nastopi zaradi izpostavljenosti tudi v najzgodnejšem obdobju, t.j. v prvih tednih nosečnosti oziroma takrat, ko nosečnost še ni prepoznana.
- Če imate težave z opustitvijo pitja alkohola, poiščite pomoč.
- Izogibajte se alkoholu tudi če dojite, alkohol prehaja z materinim mlekom na otroka in mu škodi.

Vir: NIJZ. FAS 2018 - Spodbujajmo in podprimo nosečnost brez alkohola. <http://www.nijz.si/sl/fas-2018-spodbujajmo-in-podprimo-nosecnost-brez-alkohola>

Alkohol IN Nosečnost

Kadar nosečnica popije alkoholno pijačo,

z zamikom ene minute alkohol zaužije tudi njen otrok. Ta ima v krvi **enako ali celo višjo koncentracijo** alkohola kot njegova mati, pa tudi **DLJE časa**.

35 %

nosečnic vsaj enkrat med nosečnostjo pije alkoholne pijače.

V NOSEČNOSTI:

- ni varne alkoholne pijače,
- ni varne količine alkohola,
- ni varnega obdobja za pitje alkohola.

Najbolje je, da:

- NE PIJETE ALKOHOLA, ČE POSKUŠATE ZANOSTI, STE NOSEČI ALI V OBDOBJU, KO DOJITE.
- SE USTREZNO ZAŠČITITA PRED NOSEČNOSTJO, ČE STA SPOLNO AKTIVNA IN PIJETA ALKOHOL.
- SVOJO ŽENO / PARTNERKO PODPRETE PRI ODLOČITVI, DA NE BO PILA ALKOHOLA, najbolje s tem, da tudi vi ne pijete alkohola.

Kaj vemo o alkoholu in nosečnosti?

Pitje alkohola v nosečnosti škodljivo vpliva na otroka. Alkohol lahko povzroča nepravilen razvoj organov ali delov organa pri zarodku in ima toksičen oziroma strupen učinek. Povzroči lahko spontani splav, smrt še nerojenega otroka, prezgodnje rojstvo ali druge posledice, ki se pri otroku kažejo kot telesne, duševne, vedenjske motnje in / ali učne težave, so pa nepopravljive in trajajo vse življenje.

Zloženska in video sta objavljena na spletni strani www.nijz.com.

NIJZ inštitut za javno zdravje

Vir: NIJZ. Nosečnost brez alkohola - najboljša in najučinkovitejša zaščita še nerojenih otrok pred izpostavljenostjo alkoholu.
<http://www.nijz.si/sl/nosecnost-brez-alkohola-najboljsa-in-najucinkovitejsa-zascita-se-nerojenih-otrok-pred>

Literatura

NIJZ. Mednarodni dan FAS: Ne izpostavljati še nerojenih otrok alkoholu. <http://www.nijz.si/sl/mednarodni-dan-fetalnega-alkoholnega-sindroma-ne-izpostavljati-se-nerojenih-otrok-alkoholu>

NIJZ. Nosečnost brez alkohola - najboljša in najučinkovitejša zaščita še nerojenih otrok pred izpostavljenostjo alkoholu. <http://www.nijz.si/sl/nosecnost-brez-alkohola-najboljsa-in-najucinkovitejsa-zascita-se-nerojenih-otrok-pred>

NIJZ. Za nosečnost brez alkohola in zaščito še nerojenih otrok pred škodljivimi učinki alkohola. <http://www.nijz.si/sl/za-nosecnost-brez-alkohola-in-zascito-se-nerojenih-otrok-pred-skodljivimi-ucinki-alkohola>

NIJZ. FAS 2018 - Spodbujajmo in podprimo nosečnost brez alkohola. <http://www.nijz.si/sl/fas-2018-spodbujajmo-in-podprimo-nosecnost-brez-alkohola>

Dodatne povezave:

Video »Nosečnost brez alkohola« <http://www.nijz.si/sl/nosecnost-brez-alkohola-najboljsa-in-najucinkovitejsa-zascita-se-nerojenih-otrok-pred>

Zloženska »Za najboljši začetek« http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/za_najboljsi_zacetek.pdf

Plakat »Za naju brez alkohola, prosim!« http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uzivanje_alkohola_med_nosecnostjo.pdf

PROJEKT RARHA

Sandra Radoš Krnel

Zmanjševanje škode zaradi uživanja alkohola (RARHA: Reducing alcohol related harm – prvi projekt skupnega ukrepanja držav članic EU na področju alkohola) povzeto po publikaciji *Intervencije ozaveščanja javnosti, intervencije v šolskem okolju in zgodnje intervencije za zmanjševanje z alkoholom povezane škode*²

Uvod

V letu 2016 se je zaključil triletni projekt Zmanjševanje škode zaradi uživanja alkohola (RARHA: Reducing alcohol related harm), ki je bil prvi in do sedaj edini projekt skupnega ukrepanja držav članic Evropske unije (EU) na področju alkohola. Pri projektu je sodelovalo 31 pridruženih partnerjev in 28 sodelujočih partnerjev. V skupini pridruženih partnerjev je bilo 28 držav članic EU vključno z Islandijo, Norveško in Švico. Skupina sodelujočih partnerjev je med drugim vključevala Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA), Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO), skupino Pompidou Group in Organizacijo za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD).

Glavni namen RARHA je bila podpora državam članicam EU pri nadaljevanju dela na skupnih prednostnih nalogah, v skladu s strategijo EU. Projekt je skozi različne delovne pakete spodbujal države k sodelovanju na področju obvladovanja problematike alkohola v EU.

Ključna področja dela:

- ustvarjanje bolj primerljivih podatkov pri državah članicah EU o vzorcih uporabe in škodi povezani z alkoholom
- razumevanje znanstvenih temeljev za rabo smernic za manj tvegano pitje alkohola
- izmenjava dobrih praks s področja zgodnjih intervencij, intervencij ozaveščanja in intervencij v šolskem okolju.

Cilj skupnega ukrepanja je torej spodbujanje izmenjave informacij med javnozdravstvenimi organizacijami držav članic in zagotavljanje podpore pri uporabi na dokazih temelječih pristopov za zmanjševanje škode zaradi uživanja alkohola.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je imel pri projektu vidno vlogo, saj smo prevzeli vodenje enega izmed treh vsebinskih delovnih paketov, v okviru katerega smo na ravni EU zbrali in analizirali dobre prakse preprečevanja škodljivega pitja alkohola in jih predstavili v obliki zbirke orodij, ki bo pomagala državam članicam pri uspešnem načrtovanju in implementaciji intervencij za zmanjševanje škode zaradi uživanja alkohola.

Področje alkohola vključuje širok nabor ukrepov in intervencij za zmanjševanje škode zaradi alkohola. SZO je ukrepanje na področju alkoholne politike razdelila na deset področji^{2,3,4}

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

V projektu RARHA smo bili sodelujoči raziskovalci in predstavniki Držav članic EU na povabilo Direktorata za javno zdravje in potrošnike usmerjeni v pripravo pregleda dobrih praks za zmanjševanje škode zaradi alkohola, ki so namenjene obveščanju in podajanju informacij in spadajo predvsem v prvo skupino področji ukrepanja. Med temi ukrepi smo s pomočjo Odbora za nacionalne alkoholne politike in ukrepe (CNAPA – ang. Committee on National Alcohol Policy and Action) izbrali tri prednostna področja dela: **zgodnje intervencije, intervencije ozaveščanja javnosti in intervencije v šolskem okolju.**

Najbolj vidni avtorji, ki delujejo na področju alkohola zagovarjajo izvajanje predvsem najučinkovitejših ukrepov za zmanjševanje škodljivih posledic rabe alkohola: večja obdavčitev, prepoved dostopa do alkohola in prepoved oglaševanja, saj obstajajo obsežni dokazi, da povpraševanje in skupna poraba alkohola upade po dvigu cen (zmerna elastičnost cen).^{5,6} Tudi med raziskovalci je veliko večja zainteresiranost za aktivnosti, ki vključujejo najbolj učinkovite ukrepe na področju alkoholne politike. Med vsemi tremi pristopi, ki smo jih ocenili v projektu RARHA, so zgodnje intervencije (npr. motivacijski intervju) že nekaj časa med najbolj uglednimi zaradi celostno prikazane učinkovitosti in uspešnosti, kot to uspeva intervencijam v šolstvu in kampanjam ozaveščanja javnosti. Zakaj smo torej omejili našo izbiro ukrepov na število dejavnosti, ki so včasih relativno neučinkovite v primerjavi z zakonodajnimi ukrepi? RARHA je skupna iniciativa držav članic EU ter Islandije, Norveške in Švice. Obdavčitev in mnogi zakonodajni ukrepi so v pristojnosti državnih vlad in segajo dlje od pooblastila Skupnega ukrepa. Prav tako je za deležnike izobraževanje v šolah in v kampanjah ozaveščanja javnosti zelo pomembno. Državne vlade imajo etična pooblastila, da obvestijo vse državljane o zdravstvenih tveganjih. Kampanje ozaveščanja javnosti lahko stimulirajo javno debato in pripravijo izvedbo novih politik. Čeprav so intervencije na nekaterih področjih manj učinkovite kot celoviti zakonodajni ukrepi, učinkovitost posamezne intervencije navsezadnje ni določena s kategorijo, v katero spada. Tudi če določena kategorija v splošnem smislu morda ne predloži ugodnih dokazov o učinkovitosti, lahko posamezna intervencija deluje povsem dobro. V nasprotju s tem je lahko metodološki pristop z dokazano učinkovitostjo pri splošni javnosti

manj empirično podprt pri določenih populacijah, kot je primer pri kratkih intervencijah v šolskem okolju.⁷ Vpliv kampanj javnega ozaveščanja je majhen, toda njihov doseg je velik in intervencije v šolskem okolju odpirajo lažji dostop do ciljne populacije oziroma se lahko približajo na bolj osebni ravni.

Kaj je to »dobra praksa«?

Obstaja več različnih razlag kaj je to dobra praksa, mnoge so nastale v okvirju mednarodnih organizacij (SZO, EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) ali sodelovanj, iniciativ in različnih projektov, ki jih je sofinancirala EU.^{8,9,10,11,12,13,14,15,16,17} Za namen naše raziskave smo po pregledu literature pripravili definicijo pojma dobre prakse. Dobra praksa je preventivna intervencija (aktivnost /metoda dela/ projekt/ program/ storitev), ki je bila učinkovita pri doseganju svojih ciljev pri zmanjševanju z alkoholom povezane škode. Taka intervencija je bila ovrednotena s sistematičnim pregledom razpoložljivih dokazov in/ali mnenja strokovnjakov in/ali z vsaj eno evalvacijo rezultatov. Prav tako je bila uporabljena v resničnem okolju in tako se je lahko ovrednotila praktičnost in morebitna stroškovna učinkovitost intervencije.

Merila za vrednotenje primerov dobrih praks

Pri preventivi na področju alkohola obstaja širok prepad med pričakovanji strokovnjakov s področja preventive, ki so redko zadovoljni s čim drugim kot z randomiziranimi kontroliranimi raziskavami (RCT – ang. randomised-controlled trials), in realnostjo preventive v resničnosti – resničnost, kjer večina intervencij ni ovrednotenih. Da bi zmanjšali ta prepad in pripravili praktične in neposredne nasvete za izvajalce in oblikovalce politike smo razvili enostavna merila za ocenjevanje (preglednica 1), ki temeljijo na nizozemskem klasifikacijskem sistemu za evalvacijo intervencij na področju zdravja Nacionalnega inštituta za javno zdravje in okolje.¹⁸

Preglednica 1: Merila za vrednotenje

1. Podan je zelo dober opis intervencije

Problem	<ul style="list-style-type: none">• Tveganje ali motiv sta obširno in jasno opisana (npr. opis narave, resnosti in možnih posledic problema).
Cilji	<ul style="list-style-type: none">• Jasno opisani, če je to potrebno, tudi ustrezno porazdeljeni v glavne cilje in podcilje.
Ciljna skupina	<ul style="list-style-type: none">• Jasno opisana na podlagi ustreznih lastnosti
Pristop	<ul style="list-style-type: none">• Zasnova intervencije je jasno opisana (frekvenca, jakost, trajanje, časovna opredelitev dejavnosti, način pridobivanja udeležencev in kraj izvajanja).

2. Intervencija se izvaja v resničnem okolju/je izvedljiv/je prenosljiv

Zadovoljstvo udeležencev	<ul style="list-style-type: none">• Udeleženci so sprejeli intervencijo.
Predpogoji za implementacijo	<ul style="list-style-type: none">• Podrobna in pregledna opredelitev potrebnih stroškov in/ali ur, porabljenih za delo na intervenciji.• Podan je opis posebnih znanj in poklicnega usposabljanja strokovnjakov, ki izvajajo intervencijo; seznam oseb za podpiranje intervencije ter opis načina za pridobitev te podpore.• Podan je izvedbeni ali akcijski načrt.• Razpoložljivost priročnika z navodili z dejanskimi opisi aktivnosti (če je potrebno).• Podan je obširen opis metodologije in orodij, ki so didaktično zanesljiva.

3. Intervencija ima teoretično osnovo

Teoretična osnova	<ul style="list-style-type: none">• Intervencija temelji na programu, ki je temelji na teoretično dobro zastavljenih izhodiščih, ali na dokazanih in splošno sprejetih teorijah (npr. meta analize, recenzije literature, študije implicitnega znanja).• Podani in upravičeni so učinkoviti elementi pristopa (ali tehnike ali načela) v okvirjih modela spremenljivosti ali intervencijske teorije, ali glede na rezultate predhodno opravljene raziskave.
-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Intervencija je bil evalvirana

Evalvacija	<ul style="list-style-type: none">• Podana je metoda evalvacije.• Rezultati so ustrezni glede na postavljene cilje, teorijo programa in ciljne skupine intervencije.• Prepoznani in podani so možni negativni učinki.• Na voljo so informacije o stopnji osipa
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pregled treh skupin intervencij:

1. Zgodnje intervencije

Zgodnje intervencije so terapevtske strategije, ki navadno vključujejo ali kombinirajo dva elementa: zgodnje prepoznavanje tvegane in škodljive rabe alkohola in/ali drugih drog ter kratke intervencije ali obravnave vključenih.¹⁹

Zgodnje prepoznavanje je pristop, ki omogoča prepoznavanje dejanskega ali potencialnega problema z alkoholom s klinično presojo ali s presejalnimi orodji, kot so standardizirani vprašalniki. Presejalna orodja so navadno samoocenjevalni vprašalniki z obsegom od enega do deset vprašanj.²⁰ Zgodnje prepoznavanje naj bi vodilo k nadaljnji evalvaciji, krajšim intervencijam in posebnim obravnavam, če je to potrebno. Na primer, vprašalnik o rabi alkohola AUDIT (ang. Alcohol Use Disorders Identification Test), ki ga je razvila SZO, ocenjuje pogostost in intenzivnost rabe alkohola ter prepoznava posameznike, ki imajo težave z rabo alkohola.²¹

- tvegano pitje je vzorec rabe alkohola, ki povečuje tveganje za škodljive posledice za uporabnika in okolico;
- škodljivo pitje se nanaša na rabo alkohola, ki že vpliva na fizično in duševno zdravje;
- odvisnost od alkohola je zbir vedenjskih, kognitivnih in fizioloških pojavov, ki se lahko razvijejo po ponavljajoči rabi alkohola.

Kratke intervencije so krajša svetovalna ali izobraževalna srečanja in psihološko svetovanje, ki so večinoma na voljo v zdravstvenih ustanovah, včasih pa tudi na oddelkih urgentne oskrbe, intenzivni negi, akutni bolnišnični oskrbi, v porodnišnicah, na klinikah za spolno zdravje, v lekarnah in v službah kazenskega pravosodja.²² Kratka intervencija lahko vključuje povratno informacijo in strukturiran nasvet (ki temelji na sistemu načel FRAMES (glej spodaj) ali načelih motivacijskega intervjuja), ki sta podprta z izročki.

Enostavna kratka intervencija traja približno 5 minut in sestoji iz naslednjih načel:²³

- povratna informacija (ang. Feedback): o stopnji bolnikovega tveganja za težave povezane z alkoholom;
- Odgovornost (ang. Responsibility): sprememba je odgovornost bolnika;
- Nasvet (ang. Advice): jasen nasvet, ko je ta potreben;
- Možnosti (ang. Menu): kakšne so možnosti za spremembo;
- Empatija (ang. Empathy): topel, refleksiven in razumevajoč pristop; in
- Samoučinkovitost (ang. Self-efficacy): povečanje optimizma glede vedenjske spremembe.

Izvedba kratkih intervencij za zmanjšanje škodljive rabe alkohola vključuje naslednje elemente:²⁴

- razpoložljivost kliničnih smernic za zgodnje prepoznavanje in kratke svetovalne intervencije,
- zagotavljanje programov usposabljanja za zaposlene v primarnem zdravstvenem varstvu na temo zgodnjega odkrivanja in intervencij s kratkim svetovanjem,
- sistemizacija in nadzor kakovosti zgodnjega prepoznavanja in krajših svetovalnih intervencij ter
- nudenje finančne podpore za izvajanje zgodnjega prepoznavanja in krajših svetovalnih intervencij.

Vedno več je dokazov o **učinkovitosti kratkih intervencij** v storitvah primarnega zdravstvenega varstva, na oddelkih urgentne oskrbe, intenzivni negi, akutni bolnišnični oskrbi, v porodnišnicah, na klinikah za spolno zdravje, v lekarnah in v službah kazenskega pravosodja.^{25,26,27,28,29} V drugih okoljih, kot npr. socialne službe, delovno okolje in spletno okolje nekateri dokazi nakazujejo na možnost učinkovite rabe kratkih intervencij vendar je potrebno podrobneje raziskati te možnosti.^{30,31,32,33}

V projektu RARHA smo prepoznali 11 zgodnjih intervencij, ki so ustrezale merilom za dobre prakse. Podrobni opisi teh intervencij se nahajajo v elektronski publikaciji Intervencije ozaveščanja javnosti, intervencije v šolskem okolju in zgodnje intervencije za zmanjševanje z alkoholom povezane škode, ki je objavljena na spletni strani NIJZ.¹

2. Intervencije ozaveščanja javnosti

Intervencije ali kampanje ozaveščanja javnosti lahko označimo kot namenske poskuse informiranja in vplivanja na vedenje množice znotraj določenega časovnega obdobja z uporabo organiziranih komunikacijskih dejavnosti in vključevanjem nabora posredovanih sporočil po več kanalih, da bi v splošnem smislu dosegli nekomercialne koristi za posameznike in družbo.^{34,35}

Socialni marketing je uveljavljen in učinkovit pristop v promociji zdravja in preventivi.^{36,37} Je nabor dokazov in konceptov na podlagi izkušenj ter načel, ki črpajo iz področja marketinga in omogočajo sistematičen pristop. Ta pristop zbira podatke o verovanjih, odnosih in vedenjih, vedenjski teoriji in izkustvenih dokazih, o tem kaj deluje in kaj ne deluje v spreminjanju vedenj, z namenom razvijanja intervencij javnega zdravja.

Glede na Andreasenovo definicijo mora intervencija za ozaveščanje javnosti vsebovati naslednje vidike, da bi jo lahko označili za socialni marketing:³⁸

- uporabljati tehnologijo komercialnega marketinga,
- za končni cilj mora imeti vpliv na prostovoljno vedenje ter
- predvsem iskati koristi za posameznike/družine v širšem družbenem smislu in ne za samo marketinško organizacijo.

Za uspešno izvajanje kampanj za ozaveščanje javnosti so pomembni naslednji dejavniki:^{39,40} strateško načrtovanje, izbira ciljev in ciljne skupine, razvoj pristopa, ki je prilagojen ciljni skupini, določanje ključnih koristi, izogibanje zastraševanju, izbira komunikacijskih kanalov, izvajanje formativne raziskave in evalvacija.

Prilagojene in dobro izvedene kampanje ozaveščanja imajo majhen do zmeren vpliv na znanje, prepričanja, odnos in vedenje.⁴¹ Na področju zmanjševanja škode zaradi alkohola imajo kampanje za zmanjševanje vožnje pod vplivom alkohola najbolj močne dokaze o **učinkovitosti**.⁴²

V projektu RARHA smo prepoznali 7 intervencij ozaveščanja javnosti, ki so ustrezale merilom za dobre prakse. Podrobni opisi teh intervencij se nahajajo v elektronski publikaciji Intervencije ozaveščanja javnosti, intervencije v šolskem okolju in zgodnje intervencije za zmanjševanje z alkoholom povezane škode, ki je objavljena na spletni strani NIJZ.¹

3. Intervencije v šolskem okolju

Osnovni element vseh intervencij v šolskem okolju je ta, da šolsko okolje deluje kot orodje, ki približa mladim osebam promocijo zdravega življenja. Intervencije v šolskem okolju se lahko razlikujejo v vsebini, pristopu, trajanju itn., toda skupno jim je okolje izvedbe (šola) in ciljne skupine (šolska skupnost: učenci, učitelji, starši).

Cilji teh intervencij so zelo raznoliki: od preventive na področju alkohola, širjenja znanja o alkoholu/drogah/tobaku, pogovora o prvi uporabi, vplivanja na socialne norme, odnose in pričakovanja v zvezi s snovmi, izobraževanja o različnih odklonitvenih pristopih do osredotočanja na "izobraževanje o življenjskih veščinah". Mnoge intervencije vključujejo usposabljanje učiteljev, drugi pa potekajo v kombinaciji z intervencijami v družinskem okolju.

Za uspešno izvajanje intervencij v šolskem okolju morajo intervencije temeljiti na izobraževalnih praksah, ki so dokazano učinkovite in vsebovati naslednje elemente:

- razvoj intervencije v sodelovanju tako z učitelji kot s člani ciljne skupine,
- interaktivnost in razvijanje veščin,
- postavljanje ciljev za spremembe v vedenju,
- ponovno organiziranje spodbujevalnih srečanj v prihodnjih letih,
- vključevanje informacij, ki imajo za mlade osebe takojšnjo praktično vrednost in
- določanje ustreznih usposabljanj za učitelje.

Babor in dr. poudarjajo, da je mnogo intervencij za preventivo na področju alkohola, ki so postavljeni v šolsko okolje, **učinkoviti pri izboljšanju znanja** in včasih tudi spreminjanja odnosa do rabe alkohola, toda le nekaj intervencij je učinkovitih pri spreminjanju dejanskega vedenja na področju rabe alkohola.^{44,43} Drugi avtorji trdijo, da na podlagi kontrolnih preizkusov obstajajo zadostna dokazila, da lahko pazljivo oblikovane preventivne intervencije izboljšajo zdravje mladostnikov, tako da spreminjajo njihovo vedenje.⁴⁵

Vključevanje širše okolice (politika, cene, spreminjanje konteksta pitja, urejanje fizične dostopnosti alkohola, preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, omejitve pri oglaševanju ter storitve zgodnjih intervencij) poveča možnosti za učinkovitost.

V projektu RARHA smo prepoznali 8 intervencij v šolskem okolju, ki so ustrezale merilom za dobre prakse. Podrobni opisi teh intervencij se nahajajo v elektronski publikaciji Intervencije ozaveščanja javnosti, intervencije v šolskem okolju in zgodnje intervencije za zmanjševanje z alkoholom povezane škode, ki je objavljena na spletni strani NIJZ.¹

Priporočila za pristope dobrih praks

Za zmanjševanje z alkoholom povezane škode je bil razvit širok nabor preventivnih intervencij, ki pa se med seboj razlikujejo tako po ciljnih skupinah in ključnih elementih izvedbe intervencije tako tudi po stopnji učinkovitosti pri doseganju zastavljenih ciljev in zmanjševanja škode zaradi alkohola.

Spodaj so naštetna poglobljena načela za razvoj in diseminacijo preventivnih intervencij:

1. Uporabite preverjene in učinkovite teoretične okvirje

V zvezi z intervencijami zdravstvene preventive obstaja vrsta teorij in modelov. Kljub temu pa je le nekaj takih, ki so se uveljavile in se še danes pogosto uporabljajo v raziskavah.⁴⁶ Še vedno pa so načrtovalci promocije zdravja postavljeni pred izziv, kateri teoretični okvir uporabiti, da bi dosegli zastavljene cilje.

2. Natančno načrtujte intervencije

V svoji raziskavi so Nation in sodelavci definirali 9 načel učinkovitih intervencij:⁴⁷

- razumljivost,
- vključevanje različnih metod poučevanja,
- zagotovitev zadostne količine intervencij,
- utemeljitev na teoriji,
- omogočanje priložnosti za pozitivne odnose,
- ustrezna časovna razporeditev,
- upoštevanje sociokulturnega vidika,
- evalvacija rezultatov in
- ustrezna usposobljenost osebja.

3. Evalvacijo načrtujte vzporedno z razvojem intervencije

Pogosto evalvacijo razumemo kot nekaj, kar sledi končanemu procesu. Posledično se tudi izvajalci intervencij pri načrtovanju pogosto spomnijo na evalvacijo šele, ko intervencija že poteka.⁴⁸ Pri zasnovi intervencij in načrtovanju evalvacije pa gre pravzaprav za interaktiven proces. Evalvacijska ekipa bi morala izbrati ustrezen tip evalvacije, določiti parametre ocenjevanja, ki se skladajo s cilji in nameni, ter opredeliti, kateri podatki se bodo zbirali in na kakšen način.

Obstaja več vrst evalvacije, vsaka pa ima svoj namen in je zato ustrezna v različnih fazah zasnove intervencije. Namen **formativne evalvacije** je ugotoviti, že pred začetkom intervencije, ali je posamezen element intervencije uresničljiv, primeren in pomemben za ciljno skupino.⁴⁸ **Procesna evalvacija** je namenjena nadzoru intervencij, zagotavljanju, da intervencija sledi osnovnemu načrtu ter podajanju predlogov za popravke, kadar so ti potrebni. **Evalvacija rezultatov** je definirana kot sistematično zbiranje in analiziranje končnih podatkov z ocenjevanjem napredka pri doseganju rezultatov, zadanih v intervenciji. **Evalvacija učinkov** je namenjena ocenjevanju učinkovitosti intervencije pri doseganju glavnih ciljev, torej če so bili doseženi vedenjski in okoljski cilji (zagotavlja dokaze, ki so uporabni pri odločanju o politikah in financiranju).

4. Pripravite razumljivo diseminacijo

Ker se diseminacija izvaja na koncu projekta, obstaja možnost, da smo porabili že vsa finančna sredstva. Zato je pomembno, da stroške diseminacije vključimo v finančni načrt. Diseminacija končnih ugotovitev ustvarja novo in včasih posplošeno znanje, ki je lahko uporabno za strokovnjake s področja javnega zdravja in za skupnost. Ko je intervencija zaključena, zato moramo informacije o intervenciji sporočiti ustreznim deležnikom. Natančno načrtovanje diseminacije torej zagotavlja, da prava ciljna skupina prejme relevantne informacije v ustreznem formatu. Pomembno je, da je vsebina diseminacije uporabniku razumljiva.

Zaključek

Do konca projekta RARHA je postalo jasno, da Evropska komisija prepozna potrebe strokovnjakov, ki delajo na področju javnega zdravja, po stalni izmenjavi na dokazih temelječih dobrih praks, ne samo na področju zmanjševanju škode zaradi alkohola ampak tudi na celotnem področju promocije zdravja in preventive. Tako je v prvi polovici leta 2018 prišlo obvestilo Evropske komisije, Direktorata za javno zdravje in potrošnike, da je na spletu dostopen EU Portal najboljših praks s področja promocije zdravja, preprečevanja bolezni in obvladovanja nenalezljivih bolezni. Na portalu so predstavljene dobre prakse, ki so bile zbrane v programih skupnega ukrepanja na različnih področjih: prehrana, telesna dejavnost, duševno zdravje, neenakosti na področju zdravja, zmanjšanje škode zaradi uživanja alkohola in celovita oskrba.^{49,50}

Ključni poudarki:

- Z dokazi podprte dobre prakse predstavljajo pomembno osnovo za politične odločitve in ukrepe v državah članicah na področju preventive, zmanjševanje škode in zdravljenja v povezavi z alkoholom.
- Pri izbiri in prenosu dobrih praks v drugo okolje ali državo je potrebno upoštevati vrednote, etiko in kontekst, ki so za preventivo na področju alkohola enako pomembni, kot je učinkovitost izbranega pristopa.
- Oblikovalci in izvajalci intervencij potrebujejo jasne smernice za načrtovanje z dokazi podprtih intervencij na področju alkohola, relativno enostavna merila za ocenjevanje intervencij in stalno izmenjavo izkušenj med posameznimi inštitucijami in državami.

Literatura

1. Radoš Krnel S, Mišič J et al. Intervencije ozaveščanja javnosti, intervencije v šolskem okolju in zgodnje intervencije za zmanjševanje z alkoholom povezane škode: publikacija za izmenjavo z dokazi podprtih primerov dobrih praks. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016
2. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO, 2010. Pridobljeno 30. 4. 2013 s spletne strani: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstragegy.pdf.
3. WHO. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: WHO, 2012.
4. WHO. Handbook for action to reduce alcohol related harm. Copenhagen: WHO, 2009.
5. Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* (London, England) 2009, 373(9682), 2234–2246. doi:10.1016/S0140-6736(09)60744-3.
6. Babor, T. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy (2nd ed.). Oxford; New York: Oxford University Press, 2010.
7. Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2016, (1):CD008969. doi:10.1002/14651858.CD008969.pub3 [doi].
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug prevention quality standards. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.
9. Best Practice. (n.d.) In *Business Dictionary*. Pridobljeno 20. 11. 2015 s spletne strani: <http://www.businessdictionary.com/definition/best-practice.html>
10. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013). Glossary of the Best Practice Portal. Pridobljeno 20. 11. 2015 s spletne strani: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/glossary>
11. Ferri, M., & Bo, A. (2013). EMCDDA Best Practice Promotion in Europe: an internet based dissemination tool. *Adicciones*, 25(1), 3.—6. Pridobljeno 20. 11. 2015 s spletne strani: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23487273>
12. World Health Organization. Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis. Pridobljeno 20. 11. 2015 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/216650/Best-practices-in-prevention,control-and-care-for-drugresistant-tuberculosis-Eng.pdf
13. Burkhart, G. Best practice definitions, 2010. Pridobljeno 20. 11. 2015 s spletne strani: http://ec.europa.eu/chafea/documents/projects/highlights/Addiction_Prevention_25-26_January_2010/003_EMCCDDA_Burkhart.pdf
14. Bogan, C. E., & English, M. J. *Benchmarking for Best Practices: Winning Through Innovative Adaptation*. New York: McGraw-Hill, 1994.
15. World Health Organization. *Towards Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Industrial and Other Enterprises*, 1999. Pridobljeno 20. 11. 2015 s spletne strani: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurgoodpractice.pdf
16. Kahan, B., & Goodstadt, M. The interactive domain model of best practices in health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion. *Health Promotion Practice* 2001, 2 (1), 43—67.
17. Bull F. C. *Review of Best Practice and Recommendations for Interventions on Physical Activity*. A report for the Premier's Physical Activity Taskforce on behalf of the Evaluation and Monitoring Working Group. Perth: Western Australia Government, 2003.
18. Hamberg-van Reenen, H. H., van Dale, D., van Gils, P. F., & van den Berg, M. *Good practice in the Field of Health Promotion and Primary Prevention*, The Netherlands 2014. Chrodís, Pridobljeno 27. 7. 2016 s spletne strani: <http://www.chrodís.eu/wp-content/uploads/2015/07/150708Netherlands-CHRODIS-final-draft-correctie-voor-website2.pdf>
19. Anderson P., & Baumberg, B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. United Kingdom: Institute of Alcohol Studies, 2006.

20. Assembly of European Regions, European Commission. Early identification and brief intervention in primary healthcare, 2010. Pridobljeno 5. 10. 2014 s spletne strani: <http://bc.ias.org.uk/pdfs/factsheets/wp8-interventions.pdf>
21. Babor, T. F., Higgins Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care (2nd ed.). Geneva: World Health Organization, 2001. Pridobljeno 27. 9. 2012 s spletne strani: http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf
22. Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006.
23. Miller, W., & Sanchez, V. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. V G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (str. 55–82). Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1994.
24. World Health Organization, Regional Office for Europe. Handbook for action to reduce alcohol-related harm, 2009. Pridobljeno 2.10.2014 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/Eg2820.pdf?ua=1
25. Wallace, P., Cutler, S., & Haines, A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal* 1988, 297, 663–668.
26. Bertholet, N., Daepfen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. Brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine* 2005, 165, 986–995.
27. D’Onofrio, G., & Degutis, L. C. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine* 2002, 9, 627–638.
28. Crawford, M. J., Patton, R., Touquet, R., Drummond, C., Byford, S., Barrett, B., Reece, B., Brown, A., & Henry, J. A. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet* 2004, 364, 1334–1339.
29. World Health Organization. Alcohol and Injury in Emergency Departments: summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2007. Pridobljeno 1. 2. 2016 s spletne strani: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injuries_final_report.pdf
30. Segura, L., Bruguera, C., Ibanez, N., & Colom, J. European workplace and alcohol good practice report and compilation of case studies. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia, 2013. Pridobljeno 3. 5. 2016 s spletne strani: http://www.euocare.org/eu_projects/ewa/deliverables/by_work_package/pilot_interventions
31. Dawson, J., Rodriguez Jareno, M. C., Segura, L., & Colom, J. European Workplace and Alcohol Toolkit for alcohol-related interventions in workplace settings. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia, 2013.
32. White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E., & Young, R. Online alcohol interventions: a systematic review. *J Med Internet Res* 2010, 12(5), 62.
33. Wallace, P., Murray, E., McCambridge, J., Khadjesari, Z., White, I. R., Thompson, S. G., Kalaitzaki, E., Godfrey, C., & Linke, S. Online randomized controlled trial of an internet based psychologically enhanced intervention for people with hazardous alcohol consumption. *PLoS One* 2011, 6(3): e14740. Pridobljeno 3. 5. 2016 s spletne strani: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21408060>
34. Rice, R. E., & Atkin, C. K. *Public communication campaigns* (4th ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publication, 2013.
35. Rogers, E. M., & Storey, J. D. *Communication Campaigns*. V C.R. Berger & S. H. Chaffee (Eds.), *Handbook of communication science*. Beverly Hills: SAGE Publications, 1987.
36. Gordon, R., McDermott, L., Stead, M., & Angus, K. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What’s the evidence? *Public Health* 2006, 120(12), 1133–1139.
37. Wettstein, D., Suggs, L. S., & Lellig, C. Social marketing and alcohol misuse prevention in German-speaking countries. *Journal of Social Marketing* 2012, 2(3), 187–206.
38. Andreasen, A. R. Social marketing: Its definition and domain. *Journal of Public Policy & Marketing* 1994, 13(1), 108–114.
39. Crano, W. D., & Burgoon, M. (Ur.). *Mass media and drug prevention: classic and contemporary theories and research*. Mahwah, New Jersey: L. Erlbaum Associates, 2002.

40. DeJong, W. The Role of Mass Media Campaigns in Reducing High-Risk Drinking among College Students. *Journal of Studies on Alcohol* 2002, 14, 182—192.
41. Noar, S. M. A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication* 2006, 11(1), 21—42.
42. Elder, R. W., Shults, R. A., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Thompson, R. S., & Rajab, W. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2004, 27(1), 57—65.
43. Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., et al. (). *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
44. Alcohol and Public Policy Group. *Alcohol: No ordinary commodity - A summary of the 2nd ed.* *Addiction* 2010, 105, 769—779.
45. Catalano, R. F., Fagon, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin Jr., C. E., Ross, D. A., & Shek, D. T. L. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet* 2012, 28; 379(9826): 1653–1664. Pridobljeno 25. 4. 2012 s spletne strani: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612602384>
46. Linke, S. E., Robinson, C. J., & Pekmezi, D. Applying psychological theories to promote healthy lifestyles. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2014, 8(1), 4—14.
47. Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. What Works in Prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist* 2003, 58(6/7), 449-456.
48. College Drinking Prevention. Steps for Effective prevention Planning and Evaluation, 2005. Pridobljeno 23. 9. 2015 s spletne strani: http://www.collegedrinkingprevention.gov/NIAACollegeMaterials/Handbook/Sect2_EffectiveSteps.aspx
49. European Commission, Directorate-general for health and food safety. Public health, country knowledge, crisis management, Health programme and chronic diseases. Criteria to select best practices in health promotion and chronic disease prevention and management in Europe. Pridobljeno (14. 7. 2017) s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/compass_bestpracticescriteria_en.pdf
50. European Commission, Directorate-general for health and food safety. Best Practices Portal. Pridobljeno 24. 8. 2018 s spletne strani: <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>.

SEZNAM SLIK IN TABEL

Seznam slik

<i>Slika 2.1. Delež (%) prebivalcev po stopnji pitja alkoholnih pijač, po spolu, Slovenija, 2016</i> (Vir: CINDI 2016, 25-74 let).....	12
<i>Slika 2.2. Delež čezmernih pivcev alkohola po starostnih skupinah in po spolu, Slovenija, 2016</i> (Vir: CINDI 2016, 25-74 let).....	13
<i>Slika 2.3. Delež čezmernih pivcev alkohola po izobrazbi in po spolu, Slovenija, 2016</i> (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)	13
<i>Slika 2.4. Delež čezmernih pivcev alkohola glede na zdravstveno regijo, Slovenija, 2016</i> (Vir: CINDI 2016, 25-74 let).....	14
<i>Slika 2.5. Delež prebivalcev glede na visoko tvegano opijanje vsaj enkrat letno, Slovenija, 2016</i> (Vir: CINDI 2016, 25-74 let).....	14
<i>Slika 2.6. Delež oseb, ki so se visoko tvegano opijale po starostnih skupinah in po spolu, Slovenija, 2016</i> (Vir: CINDI 2016, 25-74 let)..	15
<i>Slika 2.7. Delež oseb, ki so se visoko tvegano opijale po izobrazbi in po spolu, Slovenija, 2016</i> (Vir: CINDI 2016, 25-74 let).....	15
<i>Slika 2.8. Delež oseb, ki so se visoko tvegano opijale glede na zdravstveno regijo, Slovenija, 2016</i> (Vir: CINDI 2016, 25-74 let) ...	16
<i>Slika 3.1. Stopnje pitja alkoholnih pijač v odstotnih deležih med prebivalci Slovenije v starosti od 25 do 64 let, v letih 2001, 2004, 2008, 2012, 2016, Slovenija</i> (Vir: Z zdravjem povezan vedenjski slog - CINDI, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016).....	18
<i>Slika 3.2. Odstotni deleži (%) visoko tveganega opijanja vsaj enkrat letno med prebivalci Slovenije v starosti od 25 do 64 let, v letih 2001, 2004, 2008, 2012, 2016, Slovenija</i> (Vir: Z zdravjem povezan vedenjski slog - CINDI, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016).....	19
<i>Slika 3.3. Odstotni deleži (%) visoko tveganega opijanja vsaj enkrat letno med prebivalci Slovenije v starosti od 25 do 64 let, po spolu, v letih 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016, Slovenija</i> (Vir: Z zdravjem povezan vedenjski slog - CINDI, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016).....	19
<i>Slika 4.1. Poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca starejšega od 15 let, 2016, svet po regijah</i> <i>Svetovne zdravstvene organizacije</i> (Vir: WHO/Europe, European HFA Database http://apps.who.int/gho/data/view.main.1780).....	22
<i>Slika 4.2. Registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca starejšega od 15 let, 2004–2014, Evropska regija SZO in Slovenija</i> (Vir: WHO/Europe, European HFA Database, http://data.euro.who.int/hfad/)	23
<i>Slika 4.3. Registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca starejšega od 15 let, 2004–2014, EU in Slovenija</i> (Vir: WHO/Europe, European HFA Database, http://data.euro.who.int/hfad/)	23
<i>Slika 5.1. Registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca (15+) letno, skupaj in po vrsti alkoholne pijače, Slovenija, 2010–2016</i> (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)	26
<i>Slika 5.2. Registrirana poraba alkohola glede na vrsto alkoholne pijače v litrih čistega alkohola na prebivalca (15+) letno, Slovenija, 2010–2016</i> (Vir: ZPC-, NIJZ, SURS)	26
<i>Slika 6.1. Registrirana poraba vina v litrih čistega alkohola glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016</i> (Vir: ZPC NIJZ, SURS)	29
<i>Slika 6.2. Struktura registrirane porabe vina v litrih čistega alkohola iz vina na odraslega prebivalca (15+), glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016</i> (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)	30
<i>Slika 7.1. Registrirana poraba piva v litrih čistega alkohola glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016</i> (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)	32

<i>Slika 7.2. Registrirana poraba piva v litrih čistega alkohola na prebivalca (15 +), glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016</i> (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)	32
<i>Slika 8.1. Registrirana poraba žganih pijač v litrih čistega alkohola na prebivalca (15 +), glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016</i> (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)	34
<i>Slika 8.2. Registrirana poraba žganih pijač v litrih čistega alkohola na prebivalca (15 +), glede na postavke, uporabljene za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016</i> (Vir: ZPC- NIJZ, SURS)	34
<i>Slika 9.1. Delež registrirane porabe alkohola glede na vrsto alkoholne pijače v Sloveniji, 2015 in 2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ).	36
<i>Slika 12.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ)	45
<i>Slika 13.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ).....	47
<i>Slika 14.1. Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih alkoholov pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev - moški, 1984-2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje)</i> (Vir: WHO/Europe, European HFA Database).....	48
<i>Slika 14.2. Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih alkoholov pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev - ženske, 1984-2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje)</i> (Vir: WHO/Europe, European HFA Database).....	49
<i>Slika 16.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze na 100.000 prebivalcev - moški, 1984-2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje)</i> (Vir: WHO/Europe, European HFA Database)	51
<i>Slika 16.2. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze na 100.000 prebivalcev - ženske, 1984-2014, Slovenija, Evropska regija SZO in EU (povprečje)</i> (Vir: WHO/Europe, European HFA Database)	52
<i>Slika 17.1. Število smrti in starostno standardizirana stopnja umrljivosti (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, Slovenija, 2011-2016</i> (Vir: NIJZ)	53
<i>Slika 17.2. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, Slovenija, 2011-2016</i> (Vir: NIJZ).....	54
<i>Slika 17.3. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev po spolu, Slovenija, 2011–2016</i> (Vir: NIJZ).....	54
<i>Slika 20.1. Število hospitalizacij zaradi ANPV po 5-letnih starostnih skupinah in po spolu, Slovenija, 2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ).....	61
<i>Slika 22.1. Število hospitalizacij in starostno standardizirana stopnja hospitalizacij (starih 15+) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, Slovenija, 2011-2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ)	63
<i>Slika 22.2. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, Slovenija, 2011–2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ)	64
<i>Slika 22.3. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij (starejši od 15 let) zaradi ANPV/100.000 prebivalcev, po spolu, Slovenija, 2011–2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ)	64
<i>Slika 24.1. Število hospitalizacij in starostno standardizirana stopnja hospitalizacij zaradi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola/100.000 prebivalcev (starih 15 let in več), Slovenija, 2011-2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ)	66
<i>Slika 24.2. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij zaradi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola/100.000 prebivalcev (starih 15 let in več), Slovenija, 2011-2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ)	67
<i>Slika 24.3. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij zaradi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola/100.000 prebivalcev (starih 15 let in več), po spolu, Slovenija, 2011–2016</i> (Vir: ZPC, NIJZ).....	67

Seznam tabel

Tabela 3.1. Stopnje pitja alkoholnih pijač v odstotnih deležih med prebivalci Slovenije v starosti od 25 do 64 let, po spolu, v letih 2001, 2004, 2008, 2012, 2016, Slovenija	18
Tabela 5.1. Letna registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na odraslega prebivalca (15+), skupno in po vrsti alkoholne pijače, Slovenija, 2010–2016.....	26
Tabela 6.1. Registrirana poraba vina v litrih čistega alkohola na odraslega prebivalca (15+), po posameznih postavkah, uporabljenih za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016	28
Tabela 7.1. Registrirana poraba piva v litrih čistega alkohola na prebivalca (15+), po posameznih postavkah, uporabljenih za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016.....	31
Tabela 8.1. Registrirana poraba žganih pijač v litrih čistega alkohola na prebivalca (15+), po posameznih postavkah, uporabljenih za izračun kazalnika, Slovenija, 2010–2016.....	33
Tabela 9.1. Registrirana poraba alkohola na odraslega prebivalca (15+) v litrih čistega (100%) alkohola skupno in po posamezni vrsti alkoholnih pijač, Slovenija, 2014 – 2016	35
Tabela 9.2. Registrirana poraba alkohola na odraslega prebivalca (15+) v litrih po posamezni alkoholni pijači, Slovenija, 2014- 2016	35
Tabela 9.3. Registrirana poraba alkohola na vsakega prebivalca v litrih čistega (100%) alkohola skupno in po posamezni vrsti alkoholnih pijač, Slovenija, 2014- 2016.....	36
Tabela 9.4. Registrirana poraba alkohola na vsakega prebivalca v litrih po alkoholni pijači, Slovenija, 2014- 2016	36
Tabela 11.1. Število smrti po posameznih ANPV (diagnoze MKB-10), po spolu, Slovenija, 2016.....	42
Tabela 11.2: Število smrti po posameznih ANPV, po statistični regiji, Slovenija, 2016.....	43
Tabela 12.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016	44
Tabela 13.1. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi ANPV smrti na 100.000 prebivalcev, starejših od 15 let, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016.....	46
Tabela 15.1. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016	50
Tabela 18.1. Število potencialnih let izgubljenega življenja zaradi ANPV, po statističnih regijah in po spolu, Slovenija, 2016.....	56
Tabela 18.2. Število potencialnih let izgubljenega življenja zaradi ANPV na 1000 prebivalcev 0–64 let in na umrlo osebo, po spolu, Slovenija, 2013–2016.....	56
Tabela 19.1. Število prezgodnjih smrti in potencialna leta izgubljenega življenja zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze*, Slovenija in statistične regije in po spolu, 2016	58
Tabela 20.1. Število hospitalizacij zaradi ANPV po 5-letnih starostnih skupinah in po spolu, Slovenija, 2016	60
Tabela 21.1. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, zaradi ANPV po spolu, Slovenija in statistične regije, 2016.....	62
Tabela 23.1. Starostno standardizirana stopnja hospitalizacij na 100.000 prebivalcev starih 15 let in več zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola po spolu, Slovenija in statistične regije, 2016.....	65
Tabela 25.1. Prepoznana prizadetost otroka ob rojstvu zaradi materinega pitja alkohola v obdobju 1997-2016 in prepoznani sindrom odvisnosti od alkohola pri porodnicah v obdobju 2013 – 2015, Slovenija	69
Preglednica 1: Merila za vrednotenje	77

NIJZ

Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Telefon: + 386 1 2441 400

E-pošta: info@nijz.si

Gradivo je dostopno na:

<http://www.nijz.si>

