

# PIVSKO VEDENJE V SLOVENIJI IN ZDRAVSTVENE POSLEDICE: MEDNARODNA PRIMERJAVA SLOVENIJE TER PRISTOPI ZA OBVLADOVANJE PROBLEMATIKE

Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič

**POVZETEK.** Alkohol se glede na škodo, ki jo povzroča posamezniku in družbi, uvršča na prvo mesto človeku najbolj škodljivih drog. Povzroča več kot 200 bolezenskih stanj, zastrupitev in poškodb. Čeprav le polovica svetovnega prebivalstva pije alkohol, je tretji vodilni vzrok boleznim in prezgodnje umrljivosti v svetu. Evropska regija Svetovne zdravstvene organizacije (ER SZO) spremlja porabo alkohola, problematične pивske navade in breme umrljivosti zaradi škodljive rabe alkohola. V Sloveniji, ki se uvršča v ER SZO, sta poraba alkohola in umrljivost zaradi alkohola večji od mednarodnega povprečja. V Sloveniji čezmerno pije alkohol eden od desetih prebivalcev, polovica se kdaj opije visoko tvegano. Čeprav je povezava med alkoholom in rakom znana že 30 let, to veda le 2/3 prebivalcev Slovenije, eden od štirih pa v to povezavo sploh ne verjame. Kljub temu da je alkohol rakotvoren, smo tako posamezniki kot družba pripravljene tvegati več in se alkoholu bistveno bolj izpostavljammo kot drugim znanim karcinogenom. Zbolewnost in umrljivost zaradi alkohola je možno učinkovito manjšati s sistemskimi ukrepi, ki so usmerjeni v omejevanje dostopa do alkohola in z uvedbo preventivnih programov.

## UVOD

Alkohol je psihoaktivna snov, zasvajajoča, toksična za vse organe in organske sisteme, teratogena in rakotvorna [1]. Izpostavljenost alkoholu (ko je alkohol edini ali dodatni vzrok) povzroča in/ali večja grožnja nastanka več kot 200 do danes identificiranih bolezenskih stanj, zastrupitev in poškodb, uvrščenih v Mednarodno klasifikacijo boleznim in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB 10) [2, 3]. Alkohol se glede na škodo, ki jo povzroča posamezniku in družbi, uvršča na prvo mesto človeku najbolj škodljivih drog [4, 5].

Škodljiva raba alkohola je eden glavnih in preprečljivih dejavnikov tveganja boleznim, manjše zmogljivosti, invalidnost ter (prezgodnje) umrljivosti [3, 6–8]. Je vse pomembnejši dejavnik tveganja globalnega bremena umrljivosti zaradi nenalezljivih kroničnih boleznim na svetu [9], saj je na tretjem mestu (5 milijonov smrti), takoj za hipertenzijo (9,4 milijonov smrti) in kajenjem tobaka (vključno s pasivnim kajenjem; 6,3 milijonov smrti) [10].

Evropska regija (ER)<sup>1</sup> Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki vključuje Slovenijo, se sooča z največjo porabo alkohola na svetu in s problematičnimi pivskimi navadami, zato pa tudi z največjim bremenom boleznim in umrljivosti zaradi škodljive rabe alkohola. Svetovno povprečje močno presegajo tudi

---

<sup>1</sup> Vključuje države EU, Norveško in Švico.

alkoholu pripisljivi delež smrti, izgubljena zdrava let življenja in breme umrljivosti za alkoholnimi raki [8, 11, 12]. Slovenija se uvršča v sam vrh držav članic EU in držav ER SZO tako po porabi alkohola kot tudi po zdravstvenih posledicah zaradi škodljive rabe alkohola [13, 14].

## PIVSKÉ NAVADE PREBIVALCEV SLOVENIJE

Podatke o pivskih navadah prebivalcev pridobivamo z anketami, ki temeljijo na subjektivnih ocenah sodelujočih anketirancev, ki so seveda odvisni tudi od sprejemljivosti alkohola v anketirani populaciji. objektivnih metod, s katerimi bi merili dejanske pivske navade, žal ni.

Po podatkih iz anket velika večina odraslih prebivalcev Slovenije pije alkohol v mejah manjšega tveganja. Od 10 prebivalcev Slovenije v starosti 25–64 let jih je v letu 2016 7 pilo alkohol v mejah manj tveganega pitja, dva sta v letu prej abstinirala, eden pa je alkohol pil čezmerno<sup>2</sup>. Vsak drugi prebivalec Slovenije se je visoko tvegano opil [15]. Moški manj abstininirajo, pijejo alkohol pogosteje in bolj kot ženske (Tabeli 1 in 2).

*Tabela 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 in 2016*

Stopnje pitja alkoholnih pijač – kategorije po spolu	Odstotni deleži po letih				
	2001	2004	2008	2012	2016
<b>Manj tvegani pivci</b>					
moški	69	72	70	70	72
ženske	75	73	73	68	69
<b>Abstinenti</b>					
moški	8	10	13	14	13
ženske	19	22	24	27	25
<b>Čezmerni pivci</b>					
moški	22	18	16	15	15
ženske	6	5	3	5	5

Vir: Z zdravjem povezani vedenjski slog – CINDI, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016

<sup>2</sup> Čezmerno pitje: pri ženskah 10 g ali več, pri moških pa 20 g ali več čistega alkohola dnevno. Manj od teh količin popijejo t.i. *manj tvegani pivci*. *Abstinenti*: v zadnjem letu niso pili alkohola.

Delež čezmernih pivcev je bil v letu 2016 večji med moškimi kot med ženskami, največji v starostni skupini 55–64 let in med tistimi s poklicno izobrazbo. Delež tistih, ki so se visoko tvegano opijali, je bil večji med moškimi kot med ženskami, največji v starostni skupini 25–39 let in med tistimi s srednješolsko izobrazbo. Čezmerno pitje alkohola se s starostjo veča, medtem ko se visoko tvegano opijanje s starostjo manjša [15, 16].

V letu 2016 se je v primerjavi z letom 2012 odstotni delež abstinentov in tistih, ki so se visoko tvegano opili, statistično značilno zmanjšal, delež čezmernih pivcev pa značilno zvečal [15, 16].

*Tabela 2. Odstotni deleži (%) visoko tveganega opijanja vsaj enkrat letno med prebivalci Slovenije, starihi od 25 do 64 let po spolu, v letih 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016*

Visoko tvegano opijanje/leto po spolu	2001	2004	2008	2012	2016
Moški	55	54	53	62	60
Ženske	32	31	29	38	37

Vir: Z zdravjem povezani vedenjski slog – CINDI, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016

## **REGISTRIRANA PORABA ALKOHOLA V SLOVENIJI ŽE DESETLETJA NAD MEDNARODNIM POVPREČJEM**

Registrirana poraba alkohola se spremlja s pomočjo uradnih statističnih podatkov o lokalni proizvodnji, prodaji, uvozu in izvozu, z upoštevanjem zalog in domače proizvodnje, kjer je ta podatek na voljo.

ER SZO (vanjo sodi tudi Slovenija) spremlja porabo alkohola na svetu, breme bolezni in umrljivosti, ki so posledica škodljive rabe alkohola; 40 % bolezni ter prezgodnje umrljivosti povzročajo trije preprečljivi dejavniki: kajenje tobaka, škodljiva raba alkohola in prometne nezgode (za katere je pogosto vzrok prav opitost z alkoholom) [12, 17].

ER SZO v zadnjih 30 letih zaznava trend upadanja registrirane<sup>3</sup> porabe alkohola, kljub temu pa je registrirana poraba alkohola vseskozi večja od svetovnega povprečja. Po podatkih SZO ima Slovenija obdobju 2004–2014 (razen v letih 2004 in 2013) večjo registrirano porabo alkohola, kot je v ER SZO in EU [17].

<sup>3</sup> V litrih čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več.

V Sloveniji SO poleg velike registrirane porabe alkohola problematični tudi izrazito velika dostopnost do alkohola in odnos družbe, ki je pretirano strpen do alkohola in opijanja v javnosti, ter pivske navade, ki so slabše kot v nekaterih drugih državah, kjer je registrirana poraba alkohola sicer velika, a imajo prebivalci ustrežnejše pivske navade (npr. mediteranski vzorec pitja alkoholnih pijač – kakšen kozarec vina ob obrokih, do opijanja v javnosti pa niso družbeno strpni [17, 18].

V Sloveniji je v letu 2016 znašala registrirana poraba alkohola v povprečju 10,5 litra čistega alkohola na prebivalca Slovenije, starejšega od 15 let [16], kar je sicer liter čistega alkohola manj na prebivalca (15+) kot letm prej. Registrirana poraba alkohola se je v obdobju 2005–2013 v Sloveniji zmanjšala za 30 %, vendar še vedno presega mejo, ko finančna škoda zaradi posledic v državi presega koristi od prodaje alkohola [1, 16].

## **SLOVENIJA JE ŽE DESETLETJA PO ZDRAVSTVENIH POSLEDICAH ŠKODLJIVE RABE ALKOHOLA NAD MEDNARODNIM POVREČJEM**

V letu 2016 je v Sloveniji zaradi alkoholu neposredno pripisljivih<sup>4</sup> vzrokov smrti umrlo kar 826 ljudi (686 moških in 140 žensk). To pomeni 4,2 % vseh smrti v državi (7,1 % pri moških in 1,4% pri ženskah). V letu 2016 je v Sloveniji v povprečju umrlo 54 prebivalcev na dan [19], od tega vsaj 2 osebi zaradi zdravstvenih posledic, ki so v celoti pripisljive alkoholu [16]. V obdobju 2011–2016 je bilo v Sloveniji skupno 5192 primerov smrti (4104 moških in 1088 žensk) zaradi vzrokov, ki so izključno in v celoti povezani z alkoholom [16].

Statistika alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov smrti ne zajema tistih primerov, kjer je alkohol posredni oziroma eden od dejavnikov tveganja bolezni, ki je vzrok smrti (npr. rak, povezan z rabo alkohola). Vse smrti zaradi alkohola bi lahko preprečili že s pitjem alkohola v mejah manj tveganega pitja.

Zdravstveno breme zaradi škodljive rabe alkohola v Sloveniji je večje od mednarodnega povprečja. Po podatkih SZO se v EU in v Sloveniji v zadnjih desetletjih se starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi izbranih<sup>5</sup>, alkoholu pripisljivih vzrokov, postopno manjša, vendar je v Sloveniji vseskozi visoko nad povprečjem EU in nad povprečjem ER SZO, kjer je poraba alko-

---

<sup>4</sup> Vključuje: duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, degeneracijo živčevja zaradi alkohola; alkoholne: polinevropatijo, miopatijo, kardiomiopatijo, gastritis, bolezen jeter, kronični alkoholni pankreatitis; oskrbo matere zaradi alkoholne poškodbe ploda, plod ali novorojenčka, prizadetega zaradi materinega uživanja alkohola, fetalni alkoholni sindrom, alkohol v krvi, toksične učinke alkohola, izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim.

<sup>5</sup> Vključuje: rak grla in požiralnika, sindrom odvisnosti od alkohola, kronično jetrno bolezen in cirozo, vse zunanje vzroke.

hola večja od svetovnega povprečja. Po umrljivosti zaradi izbranih, alkoholu pripisljivih vzrokov se Slovenija z 91 smrtmi na 100.000 prebivalcev uvršča na 6. mesto med državami EU (za Litvo, Latvijo, Madžarsko, Romunijo in Estonijo). Umrljivost zaradi teh izbranih vzrokov smrti je povsod večja med moškimi kot med ženskami [17].

Po podatkih SZO se tudi starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi kronične bolezni jeter in jetrne ciroze v svetu, v EU in v Sloveniji v zadnjih desetletjih manjša, vendar je v Sloveniji veskozi visoko nad povprečjem EU in nad povprečjem ER SZO. Po starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi kronične jetrne ciroze je Slovenija na 4. mestu za Romunijo, Madžarsko in Litvo [17].

Kljub temu, da le polovica svetovnega prebivalstva pije alkohol, je le-ta tretji vodilni vzrok bolezni in prezgodnje umrljivosti v svetu, takoj za nizko porodno težo in nezaščitenimi spolnimi odnosi (tudi v teh primerih je alkohol dejavnik tveganja), in presega breme tobaka, zato preprečevanje zdravstvenih posledic škodljive rabe alkohola ostaja javnozdravstvena prioriteta v ER SZO [12].

## **ALKOHOL LAHKO PRIZADENE ZDRAVJE IN JE DOKAZANO RAKOTVOREN**

Posledice čezmerne rabe alkohola se kažejo kot slabšanje pivčevega zdravja zaradi prizadetosti raznih organov, npr. živčevja (sindrom odvisnosti, epileptični napadi, psihoze ipd.), prebavil (alkoholna okvara jeter, vnetje trebušne slinavke ali želodca), srčnožilnega sistema (npr. bolezni srca, zvišani krvni tlak, motnje srčnega ritma) ali nekaterih vrst raka, izpostavljenost še nerojenega otroka alkoholu pa moti njegov telesni in duševni razvoju [6, 9]. Prizadeti so lahko tudi svojci in širša družba (težave v družini, delovnem ter lokalnem okolju in družbi, nasilje različnih oblik, samomori, nezgode doma, na delu, v prometu in drugod) [6, 9]. Iz izsledkov nekaterih raziskav se zdi, da določeni vzorci pitja alkohola lahko ščitijo pred ishemično boleznijo [20, 21] in diabetesom tipa 2 [22], vendar je še to omejeno le na posamezne podskupine.

Zadnjih 30 let je znana povezava med alkoholom in rakom [23]. Mednarodna agencija za raziskovanje raka<sup>6</sup> je alkohol<sup>7</sup> uvrstila v 1. skupino snovi, ki so rakotvorne za človeka; v isto skupino je uvrščen tudi tobak [24]. Izpostavljenost alkoholu je tveganje za nastanek nekaterih vrst rakavih bolezni: raka ustne votline in žrela, grla in požiralnika, raka jeter, debelega črevesa, danke

---

<sup>6</sup> International Agency for Research on Cancer – IARC

<sup>7</sup> Acetaldehid, etanol in alkoholne pijače

in dojk, ki ga povezujejo predvsem s čezmernim pitjem alkohola [25, 26]. V Evropi 10 % vseh primerov raka pri moških in 3 % vseh primerov raka pri ženskah pripisujejo alkoholu [11]. Ne poznamo količine alkohola ali pivske navade, ki bi bila varna z vidika tveganja raka; tudi ljudje, ki alkohol pijejo zmerno oziroma v mejah manj tveganega pitja, so namreč z raki bolj ogroženi kot tisti, ki ga sploh ne pijejo. Tveganje raka je povezano s pivskimi navadami in količino zaužitega alkohola: večja količina alkohola in pogostejše pitje alkohola večata tveganje raka. Po oceni Mednarodne agencije za raziskovanje raka se tveganje raka večja z vsako zaužito alkoholno pijačo in je podobno za različne vrste alkoholnih pijač, saj je v vseh etanol [26, 27]. Tveganje najbolj zmanjša abstinenca. Evropski kodeks proti raku priporoča omejitve vnosa vseh alkoholnih pijač [25, 28].

Rakotvorni učinek tobaka in tobačnih izdelkov<sup>1</sup> je splošno znan, rakotvorni učinek alkohola<sup>2</sup> pa manj [24, 29]. Za področje tobaka in tobačnih izdelkov so v pravilniku [30] opredeljena besedilna zdravstvena opozorila, teh je 14 pisnih, ki so obvezna na embalaži – tudi glede rakotvornosti – vključno s knjižnico slik, za alkohol pa zakonodaja narekuje zgolj splošno<sup>3</sup> zdravstveno opozorilo le ob oglaševanju alkoholnih pijač [31]. V primeru alkohola se zdi bolj prioriteta razprava glede informiranja o hranilnih in kaloričnih vrednosti kot rakotvornem vplivu, alkoholne pijače pa imajo v prosti prodaji mesto med ostalimi prehranskimi izdelki [17].

## **Z VIDIKA TVEGANJA ZA ZDRAVJE SO DRUŽBA IN POSAMEZNIKI PRI ALKOHOLU BOLJ POPUSTLJIVI**

Alkohol je toksičen in rakotvoren, a so se tako posamezniki kot družba pripravljani v primeru alkohola bistveno bolj izpostavljati in tvegati več v škodo zdravja kot v drugih primerljivih okoliščinah (npr. druge nevarne in rakotvorne snovi iz okolja), ker je nevarnost za zdravje povezana s škodljivo rabo alkohola še vedno bolj sprejemljiva [32]. Tista tvegana vedenja, kjer posameznik ogroža sebe so, razumljivo, bolj tolerirana kot tista kjer ogroža tudi druge (npr. udeležba vinjenih voznikov v prometu, ko alkoholizirane osebe povzročajo škodo, trpljenje, poškodbe ali celo smrt drugih), ko so praviloma ljudje in družba bolj kritični in manj permisivni [32]. Pripravljenost sprejemati tako veliko tveganje za zdravje gre deloma pripisati

---

<sup>1</sup> Npr. formaldehid, policiklični aromatski ogljikovodiki npr. benzo-a-piren, arzen, nikelj, polonij-210, berilij, šestvalentni krom, kadmij, aromatični amini, vključno z 2-naftilaminom in 4-aminobifenilom, 1,3-butadien, benzen, vinilklorid, etilenoksid ipd.

<sup>2</sup> Alkohol, etanol, acetaldehid.

<sup>3</sup> Splošno zdravstveno pisno opozorilo le ob oglaševanju: »Minister za zdravje opozarja: Uživanje alkohola lahko škoduje zdravju!« ali »Minister za zdravje opozarja: Prekomerno pitje alkohola škoduje zdravju«.

samemu psihoaktivnemu učinku alkohola, nepoznavanju problematike, nepopolnim ali zavajajočim informacijam in nepoučenosti, precenjevanju pozitivnih učinkov, ki naj bi jih alkohol imel na zdravje ljudi, a tudi dejstev, da alkohol kot zasvojljiva psihoaktivna snov ni mednarodno regulirana za razliko od tobaka, prepovedanih drog ali zdravil [17, 32].

## **PREBIVALCI EU IN SLOVENIJE DOBRO POZNAJO TVEGANJE ZA BOLEZNI JETER, MANJ PA ZA RAKAVE BOLEZNI**

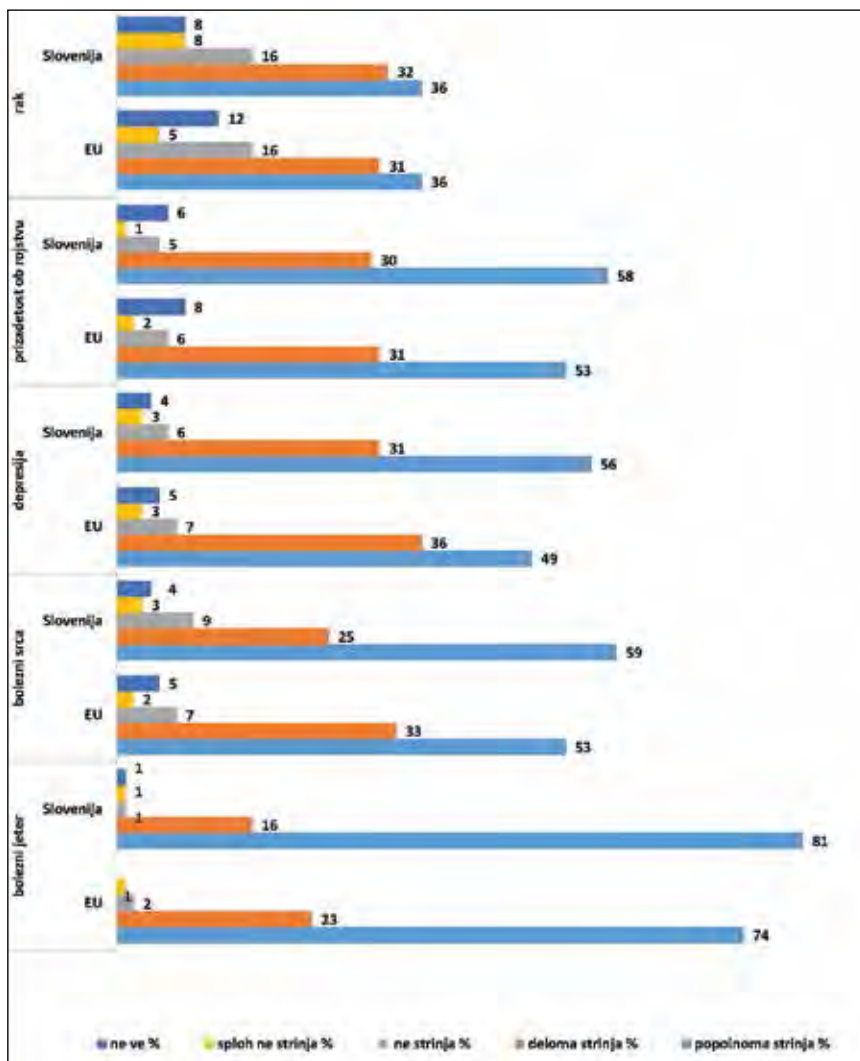
Izsledki Eurobarometra iz leta 2009 so pokazali, da prebivalci tako EU kot Slovenije najboljše poznajo tveganje bolezni jeter in najmanj tveganje raka [33]. 97 % prebivalcev (EU in Slovenije) je poznalo tveganje za bolezni jeter pri izpostavljenosti alkoholu, a le 2/3 prebivalcev je poznalo tveganje za nastanek raka. Poznavanje glede tveganja raka je bilo enako med respondenti iz EU kot iz Slovenije, a je med prebivalci Slovenije večji delež tistih, ki ne verjame v povezavo med alkoholom in rakom [33, 34]. Vsak deseti prebivalec EU ne pozna povezave, vsak peti prebivalec EU in vsak četrti prebivalec Slovenije pa ne verjame v povezavo med alkoholom in rakom [33, 34] (Slika 1).

Kljub velikemu deležu osveščenosti glede tveganja jetrnih bolezni, avtorji raziskave opozarjajo, da ta še ne odraža nujno tudi poznavanja in razumevanja vzročne povezave med pitjem alkohola (količine alkohola, pивske navade) in jetrnimi boleznimi [33, 34].

Po drugi strani prebivalci Slovenije bolje poznajo in so bolj občutljivi za nezaželene socialne kot za zdravstvene posledice, medtem ko prebivalci EU prepoznavajo tako škodljive učinke na zdravje kot nezaželene socialne posledice, ki nastopijo zaradi škodljive rabe alkohola [14].

## **RELATIVNO MANJ TVEGANO PITJE**

Tveganje prezgodnje smrti zaradi vzrokov, pripisljivih alkoholu, se linearno veča z dosmrtno količino zaužitega alkohola, varnih količin alkoholnih pijač ne poznamo, pri čezmernem pitju alkohola zmanjšanje količin zaužitega alkohola na manj kot 10 g čistega alkohola dnevno zmanjša letno in dosmrtno tveganje smrti zaradi vzrokov povezanih z alkoholom [29] in zdi se, da tudi v primerih manj tveganega pitja alkohola zmanjšan vnos alkohola prinaša koristi [35–37].



Slika 1. Primerjava Slovenije in EU pri odstotnih deležih odgovorov na vprašanja »ali se strinjate, da pitje alkohola zveča tveganje raka in jetrnih bolezni?« Vir: Eurobarometer 331/Wave 72.3

Relativno manj tvegano pitje alkohola je opredeljeno glede na spol, starost, zdravstveno stanje posameznika, na količino zaužitega alkohola na dan in na teden ter na pivsko priložnost in pивske navade [17]. Pri tem je pomembno,



da v primeru pitja alkohola med tednom slednjega vsaj dan do dva alkohola sploh ne zaužijemo (pozorni smo tudi na količino alkohola ob pivski priložnosti, ki se všteje v dnevno in tedensko količino). Meje manj tveganega pitja temeljijo na opredelitvi enote alkohola in so za moške in ženske različne. Ženske so zaradi svojih genetskih in telesnih značilnosti bolj občutljive na učinke in posledice alkohola, v povprečju so manjše kot moški, imajo v primerjavi z moškimi manjša jetra, manj mišične mase, manj vode v organizmu ter manj encima, ki razgrajuje alkohol. Tako je ob zaužitju enakih količin alkohola koncentracija alkohola v krvi žensk večja kot pri moških. Posebna previdnost je potrebna tudi pri starejših osebah (zaradi svoje presnove občutljivejši za alkohol, pogosto prejemajo zdravila, imajo druge zdravstvene težave, npr. zvišan krvni tlak). Meje relativno manj tveganega pitja alkohola ne veljajo za osebe s sindromom odvisnosti od alkohola; v teh primerih je priporočena vzpostavitev in vzdrževanje abstinence. Tudi pri nosečnicah, doječih materah, otrocih in mladostnikih se odsvetuje vsako pitje alkoholnih pijač [17].

## **PRISTOPI K OBVLADOVANJU RAZŠIRJENOSTI IN POSLEDIC ŠKODLJIVE RABE ALKOHOLA**

Škodljiva raba alkohola v Sloveniji je ključni javnozdravstveni problem. Značilnosti problematike glede na razsežnosti posledic, ki se odražajo na zdravstvenem, socialnem in družbenem področju, narekujejo potrebo po širšem družbenem konsenzu glede ukrepov, ker skupnega bremena alkohola ni mogoče zmanjšati samo v okviru zdravstvenega sistema [38].

V okviru zdravstvenega sistema, pri problematiki alkohola, velja enak pristop kot pri obvladovanju vseh kroničnih nenalezljivih bolezni, kjer z obravnavo in zdravljenjem bolezenskih stanj poskušamo vplivati na prihodnje trende z zmanjševanjem škode, zato so pomembne vse ravni preventive, pomembno je vzpostavljati tudi mreženje zdravstvene službe z drugimi službami pomoči [38].

Sistemske ukrepi, usmerjeni v omejevanje dostopa do alkoholnih pijač, so dokazano učinkoviti in za državo pomenijo prihranek. Posledice škodljive rabe alkohola zaradi posledic in stroškov v zdravstvu, prometu, socialnem varstvu in pravosodnem sistemu ter širše nosi celotna družba [18]. SZO med najuspešnejše ukrepe alkoholne politike, ki dokazano zmanjšujejo škodo zaradi alkohola, uvršča: davčne in cenovne ukrepe (cenovna politika alkohola, obdavčitev in trošarine), omejevanje dostopa (licenciranje, prepoved prodaje mladostnikom, določitev minimalne starosti za nakup alkohola), skrb za varnost v cestnem prometu (omejitev oziroma ničelna koncentracija alkohola v krvi za vse voznike, redna naključna testiranja voznikov), zdravljenje stanj in posledic škodljive rabe alkohola in kratke svetovalne programe

pri zgodaj prepoznanih tveganih pivcih [39]. Take ukrepe javnost večinoma podpira (npr. 77 % prebivalcev pri nas podpira ukrep 0,0 za vse voznike), ker jih prepoznava kot koristne za zaščito zdravja. Kljub temu se Slovenija po učinkovitih ukrepih alkoholne politike uvršča šele na 16. mesto med 29 evropskimi državami, medtem ko se po zdravstvenih posledicah škodljive rabe alkohola uvršča v sam vrh [18].

Sistemske ukrepi, usmerjeni v omejevanje dostopa do alkohola, imajo posredni in neposredni, takojšnji in dolgoročni učinek. S sistemskimi ukrepi, ki jih sprejema politika, lahko vplivamo tudi na izoblikovanje stališč in odnosa, še lažje pri mladih. Pri nas med izzivi ostaja tudi izoblikovanje bolj odgovornega odnosa do alkohola v družbi [17].

Izsledki raziskav kažejo, da že z zmanjševanjem vnosa količine alkohola na raven mej manj tveganega pitja alkohola lahko bistveno pripomoremo k preprečevanju zbolewnosti in umrljivosti prebivalstva zaradi alkohola. Kljub temu da so alkoholne pijače del naše kulture in del vsakdanjega življenja, o mejah manj tveganega pitja alkohola in zdravstvenih posledicah praviloma in v največji meri ozavešča in seznanja zdravstveni sistem, čeprav bi upravičeno lahko pričakovali, da je vsak potrošnik seznanjen tudi glede rakotvornosti. Nekateri strokovnjaki razmišljajo o možnosti označevanja embalaže alkoholnih pijač v prosti prodaji, npr. s standardnimi enotami in deležem, ki ga vaebuje embalaža alkoholne pijače glede na dnevni vnos, in mejo manj tvegane količine [17].

Leta 2012 je 53 evropskih držav članic evropske regije SZO, med njimi tudi Slovenija, *podprlo Akcijski načrt za zmanjševanje škodljive rabe alkohola 2012–2020 za ER SZO* [12]. Slovenija pa še nima strategije in/ali akcijskega načrta za zmanjševanje zdravstvenih posledic škodljive rabe, posebej prirejenimi specifično in izključno za področje alkohola; področje alkohola je deloma vključeno v *Resoluciji nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025* [40], pred tem pa v *Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013* [41].

## LITERATURA

1. 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.
2. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. 10. Revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, Geneva: WHO, 2014. Pridobljeno 4. avgusta 2018 na internetnem naslovu [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsr\\_2014\\_1.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1)
4. Nutt DJ, King LA & Phillips LD. Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010; 376: 1558–65.

5. van Amsterdam J, Nutt D, Phillips L, van den Brink W. European rating of drug harms. *J Psychopharmacol* 2015; 29 (6): 655–60.
6. OECD. Alcohol consumption among adults, in *Health at a Glance: Europe*, OECD Publishing, 2012. Pridobljeno 4. avgusta 2018 na internetnem naslovu <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-25-en>
7. World Health Organization. Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. Pridobljeno 4. avgusta 2018 na internetnem naslovu [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf)
8. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet* 2009; 373: 2223–33.
9. Rehm J, Shield KD. Alcohol and Mortality: Global Alcohol-attributable Deaths From Cancer, Liver Cirrhosis, and Injury in 2010. *Alcohol Re Curr Rev* 2014; 35 (2): 174–83.
10. 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.
11. World Health Organization Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks World Health Organization, Geneva: World Health Organization, 2009.
12. World Health Organization, Regional Office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012.
13. Lovrečič M, Lovrečič B. Umrljivost in hospitalizacije zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji v obdobju od leta 2000 do 2010. *ISIS* 2013; 22 (4): 60–5.
14. Lovrečič B, Lovrečič M. Poraba alkohola in pivske navade v obdobju 2000–2010: primerjava med EU in Slovenijo. *ISIS* 2013; 22: 70–5.
15. Lovrečič B, Lovrečič M. Pitje alkohola. In: Vinko M, Kofol Bric T, Korošec A, Tomšič S, Vrdelja M (editors). *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: NIJZ, 2018, 17–20. Pridobljeno 4. avgusta 2018 na internetnem naslovu <http://www.nijz.si/sl/publikacije/kako-skrbimo-za-zdravje>
16. Lovrečič M in Lovrečič B. Poraba alkohola in kazalniki tvegane in škodljive rabe alkohola v Sloveniji, 2016. Ljubljana: NIJZ, 2018. In print.
17. Lovrečič B, Lovrečič M. Zdravstvena problematika alkohola v Sloveniji. *ISIS* 2017; 26 (11): 32–7. Pridobljeno 5. avgusta 2018 na internetnem naslovu <https://www.zdravniska-zbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/publikacije-zbornice-isis/revija/isis-november-2017>
18. Lovrečič B. Slovenci in alkohol. *ISIS* 2015; 8–9: 50–53. Pridobljeno 5. avgusta 2018 na internetnem naslovu [https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/ISIS/2015/isis2015-08-09.pdf?sfvrsn=a502436\\_0](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/ISIS/2015/isis2015-08-09.pdf?sfvrsn=a502436_0)
19. 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 5. avgusta 2018 na internetnem naslovu: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6751>
20. Roerecke M and Rehm J. Alcohol intake revisited: Risks and benefits. *Curr Atherosclerosis Rep* 2012; 14: 556–62.
21. Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2012; 107 (7): 1246–60. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03780.x
22. Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H et al. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2009; 32 (11): 2123–32.

23. International Agency for Research on Cancer. Alcohol drinking. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon: IARC 1988; 44.
24. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Evropski kodeks proti raku. Pridobljeno 5. avgusta 2018 na internetnem naslovu <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/sl/12-nasvetov/alkohol/4063-koliksna-je-standardna-enota-pijace>.
25. International Agency for Research on Cancer. Alcohol consumption and ethyl carbamate. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon: IARC, 2010; 96.
26. International Agency for Research on Cancer. A review of human carcinogens. Part E: Personal habits and indoor combustions. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon: IARC, 2012; , 100.
27. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR, 2007.
28. Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron\_Ruault MC, et al. European Code against Cancer. 4th ed. Alcohol drinking and cancer, *Cancer Epidemiology*, 2016, Pridobljeno 5. avgusta 2018 na internetnem naslovu <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2016.09.011>
29. Rehm J, Zatonski W, Taylor B, Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction* 2011; 106 (Suppl 1): 11–19.
30. Pravilnik o zdravstvenih opozorilih za tobačne izdelke. Ur . RS, št. 23/17.
31. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS-A). Ur I RS, št. 42/02.
32. Rehm J, Lachenmeier DW, Room R. Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine* 2014;12: 189.
33. TNS Opinion & Social. Eurobarometer. EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331/Wave 72.3 – TNS Opinion & Social. Brussels: European Commission; 2010. Pridobljeno 5. avgusta 2018 na internetnem naslovu: [http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs\\_331\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf)
34. Lovrečič B. Alkohol in rak. 2016, *ISIS* 25 (4): 39–42. Pridobljeno 5. avgusta 2018 na internetnem naslovu [https://www.zdravniskazbornica.si/docs/defaultsource/ISIS/2016/isis2016-045bcf470ac984637fa585ff0000c39243.pdf?sfvrsn=634b2436\\_0](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/defaultsource/ISIS/2016/isis2016-045bcf470ac984637fa585ff0000c39243.pdf?sfvrsn=634b2436_0)
35. Scafato E, Silvia G, Lucia G, Claudia G. The implementation in Europe (EU) of the low risk drinking guidelines: results from the RARHA survey. *Addict Sci Clin Practice*. 2015; 10 (Suppl 2): P17.
36. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. *Lancet* 2015, 386 (10007): 1945–54.
37. Rehm J, Patra J. Different guidelines for different countries? On the scientific basis of low-risk drinking guidelines and their implications. *Drug Alcohol Rev* 2012, 31 (2): 156–61.
38. Albreht T. Alkohol kot eden ključnih javnozdravstvenih problemov—od zavedanja o njegovi pomembnosti do pravih poti rešitve. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 227–9.
39. World Health Organization. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009. Pridobljeno 5. avgusta 2018 na internetnem naslovu: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/43319/E92823.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf)
40. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25). Ur I RS, št. 25/16.
41. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). Ur I RS, št. 72/08.