

EDITORIALS

Marko Kolšek  
Life is joy, not mere pleasure (4)

Thomas F. Babor  
Slovenia, public health and the problems of addiction (7)

ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

*Marijetka Hovnik-Keršmanc, Alenka Hafner, Eva Stergar*  
ESPAD survey on the use of tobacco, alcohol and other drugs among adolescents in the Gorenjska region (11)

*Rade Iljaž, Milka Kramar*  
Can we predict tenure in methadone maintenance treatment?  
Initial ten years of services provided by the Brežice Centre for Prevention and Treatment of Illicit Drug Addiction (23)

*Miloš Židanič, Daniela Mrzlekar-Svetel*  
Reasons for drop out of out-patient treatment of alcohol dependence (32)

*Janko Kersnik, Lijana Gantar-Žura*  
Measurement of patient satisfaction with primary care emergency room services (37)

REVIEW ARTICLE

*Vojteh Urbančič*  
Legal aspects of donation and transplantation of organs (45)

CONTENTS BY AUTHORS IN ALPHABETICAL ORDER - Zdravstveno varstvo 2005 (52)

CODEN ZDVAFY • UDK 613 / 614 + 628 • ISSN 0351 - 0026



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA  
REPUBLIKE SLOVENIJE

ZDRAV VAR 2006 • LETNIK 45 • ŠTEVILKA 1

UVODNIKA

Marko Kolšek  
Življenje je radost, ne le užitek (1)

Thomas F. Babor  
Slovenija, javno zdravje in problemi odvisnosti (9)

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANKI

*Marijetka Hovnik-Keršmanc, Alenka Hafner, Eva Stergar*  
Razširjenost tobaka, alkohola in drugih drog med gorenjskimi mladostniki na podlagi raziskave ESPAD (11)

*Rade Iljaž, Milka Kramar*  
Ali lahko napovemo čas vzdrževalnega zdravljenja z metadonom?  
Pregled 10-letnega dela Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPOZD) Brežice (23)

*Miloš Židanič, Daniela Mrzlekar-Svetel*  
Vzroki za osip v ambulantni obravnavi odvisnih od alkohola (32)

*Janko Kersnik, Lijana Gantar-Žura*  
Merjenje zadovoljstva bolnikov z ambulantno nujne medicinske pomoči (37)

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK

*Vojteh Urbančič*  
Pravni vidiki darovanja in presaditve organov (45)

ABECEDNO KAZALO PO AVTORJIH - Zdravstveno varstvo 2005 (52)



**Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije**  
IVZ RS Institute of Public Health of the Republic of Slovenia

**Glavni urednik/Editor-in-Chief:**  
Igor Švab

**Odgovorni urednik/Responsible Editor:**  
Andrej Marušič

**Urednika/Deputy Editors:**  
Tit Albreht, Marija Seljak

**Tehnična urednica/Technical Editor:**  
Petruša Miholič

**Izdajatelj/Publisher:**  
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

**Uredniški odbor/Editorial Board:**  
Tit Albreht, Marjan Bilban, Ivan Eržen, Janko Kersnik, Niek Klazinga, Mitja Kos, Alenka Kraigher, Boris Kramberger, Richard Madeley, Jan de Maeseneer, Vesna Kerstin Petrič, Rado Pišot, Helena Ribič, Marija Seljak, Eva Stergar, Mirjana Ule

**Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:**  
Marija Bahun

**Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:**  
Jože Faganel

**Lektor za angleščino/Reader for English:**  
Maja Dolanc

**UDK gesla in ključne besede/UDC and Key words:**  
Petruša Miholič

**Naslov uredništva/Address of the Editorial Office:**  
Zdravstveno varstvo - Slovenian Journal of Public Health, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, p.p. 260,  
tel.: 01 5205 784, faks: 01 244 15 17

**Elektronski naslov uredništva/E-mail Address:**  
Zdrav.Var@ivz-rs.si

**Domača stran na internetu/Internet Home Page:**  
<http://www.ivz.si/ivz>

**Transakcijski račun/Current Account:**  
01100-6030926242, UJP

Zdravstveno varstvo izhaja praviloma štirikrat letno v nakladi 500 izvodov. Naročino zaračunavamo z računom za predplačilo v začetku leta. Upoštevamo le pisne odpovedi do 1. decembra za naslednje leto. Vsako spremembo naslova sporočite uredništvu pravočasno.

Naročnina z DDV/Subscription Rates with taxes included:  
delovne organizacije/institutions: 9000 SIT  
študenti/students: 4500 SIT  
tujina/for abroad: 50 EUR

Gradivo navaja predvsem poglede avtorjev za katere ni nujno, da se ujemajo z načelnimi stališči stroke oziroma uredniškega odbora.

Naklada: 500  
Likovna oprema ovitka: Jurij Kocbek  
Tisk: Tiskarna Knjigoveznica Radovljica d.o.o.

# ŽIVLJENJE JE RADOST, NE LE UŽITEK

Marko Kolšek<sup>1</sup>

## Uvodnik

Ta številka Zdravstvenega varstva je namenjena zasvojenostim. Uporabljam izraz »zasvojenost«, čeprav mnogi uporabljajo izraz »odvisnost«. Pove namreč več in pušča manj dvoma o samem pojavu. Ljudje smo namreč fiziološko povsem odvisni od mnogih stvari (ne pa zasvojeni), včasih tudi od ljudi (npr. dojenček). Bivanjsko smo odvisni od hrane, tekočine, kisika in še marsičesa - brez vsega tega umremo. Bolnik s sladkorno boleznijo tipa 1 je odvisen od inzulina - brez njega ne bi preživel, ne moremo pa reči, da je zasvojen z inzulinom. Nekateri primerjajo zdravljenje z inzulinom dajanju metadona ljudem, odvisnim od opiatov, kar je v osnovi zgrešena primerjava.

Pri vseh zasvojenostih gre za povsem nekaj drugega. Nihče ne umre, če ne more zadovoljiti hrepenenja po tistem, s čimer je zasvojen (je nekaj malega izjem, npr. možni smrtni zapleti pri deliriumu tremensu). Zasvojenost je motnja, bolezen možganov, za katero so nekateri bolj dovzetni od drugih zaradi genetskih, osebnostnih, socialnih, kulturnih ali drugih vzrokov, večinoma gre za preplet več dejavnikov, ki jih lahko združimo v znano trojico: človek - okolje-agens.

Zakaj so ljudje v tisočletjih uporabljali različne snovi, za katere so iz izkušenj, zapisov modrecev ali pa izročila lahko vedeli, da jim povzročijo lahko težave in jih lahko zasvojijo? Zakaj so se ohranjale, čeprav so mnogim ljudem zmanjšale možnost za preživetje? Zakaj ljudje sploh iščejo snovi, ki vplivajo na njihovo počutje, doživljanje? Pa saj ne gre samo za psihotropne snovi, kajti nekatere zasvoji hrana ali določene dejavnosti (npr. računalniške igrice, gledanje TV, igre na srečo, nakupovanje), na nek način so nekateri lahko zasvojeni celo z odnosom do sočloveka.

V maternici dobi človek ponavadi vse, kar potrebuje. Vse se zgodi samo od sebe - brez njegovega truda. Ko pa se rodi človek, naenkrat niso več izpolnjene osnovne potrebe. Sedaj se mora sam potruditi in pokazati, da je lačen, žejen, moker, utrujen, osamljen. Če mu v družini ljubeče izpolnjujejo njegove potrebe, otrok pridobiva zaupanje do sveta, do drugih ljudi in do sebe. Odvisnost od ljubezni staršev in od stvari, potrebnih za življenje, lahko z leti spontano preide v spoznanje, da je s trdom in ljubeznijo življenje lepo, hkrati pa v spoznanje, da na svetu nisi sam in da zaradi tega obstajajo omejitve. Prvotna sebičnost, ki je v zgodnjem otroštvu potrebna

za preživetje, lahko postopoma preide v duhovno rast, ko prevlada svobodno odločanje o zadovoljitvi potreb (ali odložiti zadovoljitev ali celo ne izpolniti potrebo, če v tem vidi smisel) in občutek za sočloveka, razumevanje in sprejemanje drugih. Tako lahko starši prenesejo na otroka radost in veselje do življenja samega in do življenja z drugimi ljudmi.

Vsa živa bitja imamo v genih zapisano življenje in tudi smrt. A smrt pride vedno šele po življenju. Bistvo življenja je živeti, kot je zapisal Srečko Kosovel. Veselje do življenja je »biti«, ne imeti (1). Če si to, kar si s svojim bivanjem, ne pa to, kar imaš, si v bistvu svoboden. Ljudje v nacističnih koncentracijskih taboriščih niso imeli ničesar, a so vsi hoteli živeti - hoteli so »biti«, izpolniti svoj smisel. Kljub vsemu trpljenju so bili mnogi globoko v sebi radostni, kljub vsemu so videli smisel življenja in so svojo radostnost izražali na različne načine (2). Kot ugotavlja Viktor Frankl, je velika težava sedanje družbe pomanjkanje smisla, kar številne posameznike vodi do bega od aktivnosti za samouresničitev v pravo nasprotje človekovega bistva - v potrošništvo, pridobitništvo s kopičenjem materialnih dobrin in v iskanje kratkotrajnih užitkov, kar ne prinaša umirjenosti in pravega zadovoljstva. Zadovoljitev vseh človekovih individualnih potreb in številnih umetno ustvarjenih potreb ne izpolnjuje smisla človekovega bivanja, ampak nasprotno, vodi do bivanjske praznine, kar so mnogi misleci ugotavljali že v preteklosti (3).

Pomanjkanje smisla pa je dobra osnova za razvoj različnih zasvojenosti. Kot je zapisal bivši »zasvojenec«: »Ko sem imel vse, nisem imel ničesar - v meni je bila praznina. Droga je izpolnitev praznine. Samo, da te uniči.« (4)

Kdor ne nosi v sebi radosti življenja, kdor išče le način za doseganje individualnih ciljev in golo zadovoljevanje potreb, ne more biti srečen. Nejc Zaplotnik (5) je zapisal: »Kdor išče cilj, bo ostal prazen, ko ga bo dosegel, kdor pa najde pot, bo cilj vedno nosil v sebi«. Življenje ni cilj, ampak pot - ni užitek, ampak radost. Danes se poudarja individualnost, tekmovalnost, komercialna miselnost, koristolovstvo, pohlep, pozablja pa se, da je človek odnosno bitje; vse se spreminja v porabniško blago, celo odnosi med ljudmi. Zanimarja se kakovost medsebojnih odnosov, solidarnost, sodoživljanje - empatija, ljubezen, ki temelji na dajanju, ne na

<sup>1</sup> Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana  
Kontakti: e-pošta: marko.kolsek@mf.uni-lj.si

posedovanju. Tako prihaja do motenj v doživljanju samega sebe, soljudi, narave, dela, družbe, kulture in lastnega smisla (6).

Že otroci se danes bolj kot kdaj koli prej učijo, kako se izogniti naporom, odtujujejo se dejavnim oblikam preživljanja prostega časa, neposrednemu druženju z vrstniki in ustvarjalnemu življenju s posedanjem pred TV sprejemniki, videokasetami, računalniki, z iskanjem kratkotrajnih užikov in se naučijo osnovnih vzorcev vedenja, ki lahko vodijo v zasvojenost (7). Izgublja se učenje s pridobivanjem lastnih izkušenj in z izmenjavo izkušenj z drugimi (vrstniki in odraslimi), zaradi česar se zmanjšuje njihova sposobnost za konstruktivno reševanje težav, s katerimi se srečujejo v življenju.

Človeku lahko raznovrstne težave zbuja občutke tesnobe, skrbi, žalosti, bolečino, utrujenost, osamljenost, nesprejetost, občutke krivde, sramu in strahu. Vse to je neke vrste alarm, ki nas opozarja, da je nekaj narobe (8). Brez alarma bi imel posameznik kakor tudi skupine manj možnosti za preživetje. Po naravni poti te alarme izklapljam z odstranitvijo njihovega vzroka, kar ponavadi zahteva trud, nekatere pa lahko samo ublažimo z aktivnostjo ali preseganjem samega sebe. Ljudje so že v davni ugotovili, da lahko te občutke in doživljanja vsaj začasno ublažijo tudi na drugačen način - z umikom v »drug svet« s pomočjo različnih psihotropnih snovi. Če človek za blaženje takih občutkov večkrat uporabi takšne umike, je vse več možnosti, da naravni načini »izklapljanja alarmov« postajajo vse manj učinkoviti. Z drugimi besedami: vse tisto, kar drugim ljudem prinaša zadovoljstvo, pomiritev in notranje ravnovesje, postopoma postaja neučinkovito in za vsa neprijetna občutja vse bolj ostaja ena sama pot pomiritve - takšna ali drugačna droga.

Tu pride do izraza sedanja »instant« civilizacija, ki nam vsiljuje uživaštvo, ideologijo zabave, pasivnost, skrb za »fasado« brez ključnega bogatenja vsebine ter nam ponuja hitre odgovore in rešitve za »vse« težave. To se lepo navezuje na današnjo zmedo v sistemu vrednot v družbi, na številne razpadajoče družine, odtujenost od soljudi, negotovost glede prihodnosti. V tem svetu se mnogi mladi ne znajdejo, ne uspejo izraziti radosti življenja in svoje volje do življenja, ne najdejo lastne potrditve, svojega mesta med drugimi, ne najdejo bližine, možnosti za konstruktivno in ustvarjalno iskanje novih spoznanj. Tako jim pride prav instant ponudba vseh mogočih mašil in nadomestkov, ki jih odtujujejo od stvarnosti. To je zanje dolgoročno še bolj pogubno, kot je za starejše odrasle, saj pride do motnje osebnostne rasti, še preden so sploh dozoreli (9). Droge so le ena od oblik tovrstne ponudbe in so po rezultatih

raziskav med mladimi pravzaprav lahko dostopne vsem, kljub zakonskim omejitvam.

Številni ukrepi, ki so jih do sedaj izvajale različne države, za zmanjševanje rabe različnih drog, niso bili zelo učinkoviti. Odkar je Slovenija samostojna država v ta namen še ni široko zastavila nobenega programa, čeprav strokovnjaki že kar nekaj let opozarjajo, da se raba drog in nekemičnih omam hitro povečuje, kar je razvidno tudi iz prispevkov v tej številki Zdravstvenega varstva. Prej bi lahko rekli obratno: da z družbenoekonomskimi spremembami v zadnjih 15 letih celo spodbujamo širjenje različnih omamljanj. V številnih filmih in oddajah na TV bolj ali manj prikrito prikazujejo in reklamirajo alkohol (zadnji primer v oddaji Bar) in druge droge, a nihče nič ne reče. Ljudi brezobzirno privabljajo z uživaštvom pa z nasiljem, z brezosebno spolnostjo zaradi dobička. Mirno sprejemamo industrijo plehke zabave, množični konformizem, cenene alkoholne pijače, prostaštvo. Bivši »zasvojenec« takšno stanje komentira takole: »Za to družbo je to očitno normalno. Za dobiček je ta družba pripravljena tako zlorabljati lastne otroke; ko pa zaneti ogenj, pa uprizarja gašenje - čista zlaganost...« (4). Ob takšni dostopnosti in tako široki rabi alkohola in tobaka ter raznoterih nekemičnih oblik umika je bolešno govoriti še o legalizaciji nekaterih prepovedanih drog. Že tako je ilegalna ponudba prepovedanih drog veliko preobširna; legalizacija bi zagotovo ne zmanjšala njihove rabe med mladimi. Tako se je treba vprašati, kaj je cilj takšnih teženj.

Torej, kakšna naj bi bila pot, če resnično želimo zmanjšati rabo takšne ali drugačne omame? Odgovor ni preprost, prav tako tudi ni mogoče pričakovati hitrih rezultatov.

Dolgoročno je lahko uspešna le najširša dolgotrajna družbena akcija, ki bo vključila vse segmente družbe. Usmerjena bo morala biti na vsa tri področja, ki vplivajo na odločitev posameznika: na človeka, okolje in agense. O človeku, njegovi vzgoji, pogojih za samouresničevanje je bilo napisanega že veliko, udejanjenega pa bistveno manj. Vloga zdrave družine je pri tem nenadomestljiva, prav tako lahko šola oz. celoten sistem izobraževanja prispeva veliko z vzgojo za zdravje, tako da bi mladina znala doživljati radost življenja in uskladiti ljubezni do sebe, do drugih in do smisla življenja (10). Vsi ostali segmenti družbe tudi prispevajo k oblikovanju človeka, poleg tega pa vplivajo na okolje. Vplivajo npr. na stališča do raznovrstnega omamljanja in z njim povezanega vedenja (npr. pijanost v družbi pri nas ne velja za sporno, neredko prav nasprotno - za zaželeno), na življenjske pogoje, pogoje dela, na različne preprečevalne dejavnosti omamljanja

(primarne, sekundarne in terciarne prevencije) itd. Uspešno lahko družba vpliva na same agense, v tem primeru na droge, če le hoče. Z ustrezno zakonodajo, s celovito nacionalno politiko (za alkohol, tobak, prepovedane droge in nekemične zasvojenosti) in seveda njenim resničnim izvajanjem lahko bistveno omeji dostopnost na več različnih načinov, kar se je doslej že izkazalo za učinkovito (11), pri čemer je treba preprečiti kakršno koli morebitno vpletenost javnih delavcev v dobičke od prometa z drogami. Nenazadnje je treba v ta kompleksni program vključiti civilno družbo z različnimi skupinami in dejavnike v vseh lokalnih skupnostih, saj si je dolgoročno težko predstavljati uspeh brez njihovega trajnega dejavnega sodelovanja. Sedanji ukrepi se vse preveč usmerjajo v zmanjševanje škode - kot je zapisal bivši zasvojenec (4): »S tem, da ti dajo metadon, drogo, in si tako zagotovijo, da bo manj vlomov, tatvin, manj kriminala, manj okužb, te še niso rešili; še manj se ti ljubi spreminjati življenje.« Bistveno več bi bilo treba narediti za ustvarjanje boljših pogojev za ustrezno odločanje posameznika v današnji tako raznovrstni in protislovni ponudbi življenjskih izbir, v kateri se še zelo kritičen človek težko znajde (9). Čeprav na koncu koncev je vsak sam odgovoren za svoja dejanja in tudi za nedejanja. Če pa je nekdo že zasvojen, saj on ni več on: »Otrok ni več vaš otrok, partner ni več vaš partner. Droga (alkohol, loterija, internet, ...) ga je ukradla - v njem ni več čustev, ljubezni, v njem je samo še takšen ali drugačen zadetek.« (4) Zato potrebuje pomoč, da se lahko odloči, ali bo nadaljeval

po starem ali pa bo sprejel pomoč in se rešil; ali bo namesto umika v trenuten užitek oziroma takšno ali drugačno omamo, izbral »trpljenje odvajanja« zaradi Življenja, ki vključuje oziroma obsega njega samega, soljudi in naravo, in dal temu trpljenju smisel, da bo našel svojo pot.

## Literatura

1. Fromm E. Imati ali biti? Zagreb: Naprijed, 1986.
2. Frankl V. Psiholog v taborišču smrti. Celje: Mohorjeva družba, 1983.
3. Gasset JO. Upor množic. Ljubljana: Slovenska matica, 1985.
4. Gržan K. V svetu omame (Droga na Slovenskem). Ljubljana: Družina, 1999.
5. Zaplotnik N. Pot. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1981.
6. Ramovš J. Doživljanje, temeljno človekovo duhovno dogajanje. Ljubljana: Založništvo slovenske knjige, 1990.
7. Auer V. Droge in odvisnost. Ormož: Samozaložba, Ibidem, 2001.
8. Jakopič J. Delo z odvisnimi od alkohola je pogosto (navidezno ali pa tudi zares) strokovno napačno. In: Čebašek-Travnik Z, Radovanovič M. (Eds) Medicina odvisnosti. Zbornik prispevkov 1. slovenske konference o medicini odvisnosti, oktober 1996, Ljubljana. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo, Delovna skupina za odvisnost od alkohola, 1996: 91-111.
9. Rugelj J. Pot samouresničitve. Ljubljana: samozaložba: Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski, 2000.
10. Duval LA. Otroci, ki se igrajo z luno. Koper: Ognjišče, 1985.
11. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford, UK, etc.: Oxford University Press, 2003.

# LIFE IS JOY, NOT MERE PLEASURE

Marko Kolšek<sup>1</sup>

Editorial

This issue of *Zdravstveno varstvo* is dedicated to the problem of addiction. I deliberately chose the term »addiction« instead of the more widely used »dependence«. The word »addiction« tells us more about this phenomenon, and raises less doubt about its true meaning. Humans are physiologically dependent on - rather than addicted to - many things, even on people (e.g. a baby). We are vitally dependent on food, fresh water, oxygen and many other things. When deprived of them for long enough we will die. Patients with Type 1 diabetes are dependent on insulin. They depend on insulin injections to stay alive, but they are not addicts. Insulin therapy has been compared to methadone maintenance treatment in opiate addicts, yet this comparison is entirely wrong.

The nature of addiction disorders is completely different. People do not die if they cannot satisfy their urge for a stimulant (there are only a few exceptions, e.g. delirium tremens). Addiction is a brain disorder that some people are more liable to develop because of their personality traits, and genetic, social, cultural and other causes. Generally, several factors intervene in the phenomenon of addiction; they constitute a well-known triad, involving man, environment and addictive agent.

Why have addictive substances been used over so many centuries despite their traditionally known harmful effects and addictive properties, described in detail by sages and old scripts? Why have so many people continued to take addictive substances even if they reduced their chance of survival? People become addicted not only to psychoactive substances but also to food or certain activities (playing computer games, watching TC, gambling, shopping); and even to relationships.

While in the mother's womb, the baby usually gets all he needs. Everything runs smoothly and no effort is required. After the birth the baby has to show that he is hungry, thirsty, wet, tired or lonely if he wants his basic needs to be met. Children whose needs are met promptly and lovingly develop a sense of basic trust in the world, people and themselves. Dependence on the parents' affection and on other vital things may spontaneously grow into something more: into awareness that love and commitment make the life beautiful, and that we must accept limitations because

we are not alone in the world. In the process of spiritual growth the original egotism, required for survival in the early childhood is gradually replaced by the freedom of choice between fulfillment, delayed fulfillment and even non-fulfillment of one's needs. One develops empathy and understanding, and accepts other human beings. Parents can thus instil in their children the love of life and the joy of sharing life with other people.

Life and death are written in the genes of all living creatures. Yet death comes at the end of one's life, therefore the essence of life is to live, as wrote the Slovene poet Srečko Kosovel. The joy of life is in »being« and not in »having« (1). If our life is defined by what we are rather than by what we have, we are free. Prisoners in concentration camps had nothing left but a strong will to live »to be« and to find fulfillment. Despite the great suffering many of them experienced joy in the depth of their heart, they found the meaning of life and expressed their joy in many different ways (2). According to Viktor Frankl, the sense of meaninglessness is one of the important problems facing the modern society. Many individuals abandon all endeavours to find happiness in self-fulfillment and opt for its very contrast - life of unbridled consumerism, characterized by excessive accumulation of material goods and search for transitory pleasure, which brings no peace of mind and no sense of satisfaction. Satisfying all individual and all artificially created needs cannot give meaning to one's life, on the contrary, it may lead to hollowness of existence (3).

The sense of meaninglessness is an excellent breeding ground for the development of various addictions. A former addict said: »When I had everything I had nothing - I felt empty inside. I filled my emptiness with drugs. But ... they destroy you« (4).

People who lead an existence devoid of meaning and joy, satisfying only their personal needs and pursuing only their own pleasure, are not happy. Nejc Zaplotnik (5) wrote: »Those engaged in pursuit of goals will remain empty, but those who have found the path will always carry the goal within themselves«. Life is not an aim but a path - it is not filled with pleasure but with joy. Today, individualism, competitiveness, commercialism, egotism and greed feature most highly on the list of favoured attributes, everything is changed into

<sup>1</sup> University of Ljubljana, Medical Faculty, Department of Family Medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana  
Correspondence to: e-mail: marko.kolsek@mf.uni-lj.si

consumable goods, even interpersonal relationships. The quality of relationships with other people, empathy and love - a gifting rather than a possessing love - are neglected nowadays. This leads to disturbances in perceiving and relating to self, other people, nature, work, society, culture and sense of being (6).

Today, children learn very early how to avoid getting involved in real-life activities. Instead of socializing with their peers and adopting healthy and creative lifestyles, they spend their leisure time watching TV and videotapes, sitting long hours at the computer or seeking shortlived pleasures (7). They avoid learning from their own experience or through interaction with their peers or adults, which reduces their ability to tackle problems encountered in their daily life in a constructive way.

There are a variety of problems that make one feel anxious, worried, sad, tired, lonely, unaccepted, guilty, ashamed or afraid. These feelings alert us to the fact that something went wrong (8). Without these warning signs people would have had less chance to survive. One's alarm system can be turned off in a natural way by eliminating the causes of alarm, which tends to be a demanding task. Unpleasant feelings can also be attenuated by involvement in various activities and by making effort to surpass oneself. Yet, since the earliest days of mankind people have known other means that allowed them temporarily to forget their problems and escape into a different world: psychoactive substances. Frequent use of this way of escape to alleviate unpleasant feelings gradually reduces the effectiveness of the natural ways available to turn off the alarm system. In other words: all activities that bring personal satisfaction and help restore inner balance to other people become increasingly less effective, and the only solution left is to resort to psychoactive substances. The modern materialistic civilisation imposes its »instant« ideology on people by encouraging constant quest for pleasure and fun, conditioning people into passivity, advertising outer form rather than self-enhancement and self-enrichment, and by offering instant answers to »all« problems. This model is reflected in a confused system of values, as well as in family disintegration, interpersonal alienation and feelings of uncertainty about future. Many young people feel lost in this society, they lack skills to express joy and willingness to live fully, and they fail to find their own place in the world. They fail to get closer to and to interact with others to be able to explore new possibilities for acquiring experience and new skills in a constructive and creative way. At this point they risk to get trapped in a world offering a vast array of substitutes and instant

solutions, a world that promotes one's escape from the reality. In the long run, young people seem to be in greater peril than adults, because their personality growth is hindered before they have reached maturity (9). Drugs are only one of the substitutes available, and research has shown that they are readily accessible despite legal restrictions.

Measures taken by different countries to reduce the use of various drugs have mostly proved ineffective. Since 1991 when Slovenia gained independence, no large-scale programme has been conducted, despite many warnings voiced by experts that the use of addictive chemical and non-chemical substances has been increasing at a rapid rate. Papers published in this issue of *Zdravstveno Varstvo* clearly attest to this situation. In fact, the socio-economic changes that have occurred over the past 15 years have even encouraged addictive behaviour in the population. Films and TV shows more or less overtly advertise the use of alcohol and other drugs, and nobody seems to react. For the sake of pure profit they relentlessly lure people by representations of pleasure, violence and detached sexuality. We readily accept this industry of amusement without any artistic merit, mass conformism, cheap alcoholic beverages and vulgarity. A former addict commented: »This situation seems to be normal for our society, which is prepared to abuse its own children to make profit. Once the fire is lighted, they pretend they are busy putting the flames out. Pure hypocrisy....« (4). Considering the present ready accessibility and wide use of alcohol, tobacco and various non-chemical means of escape, it is unethical to support legalization of some illicit drugs. Currently, the availability of illicit drugs on the black market is far too extensive, and drug legalization would certainly not curb drug usage among young people. Here the question arises: what are the real aims pursued?

What is then the most effective method for decreasing the use of drugs of various kinds? There is no clear, straightforward answer to this question, and it would be unrealistic to expect results overnight.

In the long run good results are obtainable by a sustained, large-scale social action, which would include all segments of the society. The activities should be primarily focused on three areas that influence one's decisions about drug use: man, environment, agent. A lot has been written about the man, education and conditions for one's self-realization, yet very little has been accomplished in this area. A healthy family plays an irreplaceable role here. School and the whole educational system can contribute largely to this goal by equipping young people with skills necessary to

experience joy of living and to develop a healthy balance between self-love, love for others and love of the sense of life (10). Other segments of the society are also involved in one's personality formation and exert effects on the environment. They have impact on how people perceive the use of drugs and what attitude they take to drug-related behaviour (e.g. in Slovenia drunkenness is socially acceptable, even more, people are frequently encouraged to get drunk). Also they affect one's living and working conditions, as well as various drug prevention programmes, both primary, secondary and tertiary. By adopting appropriate legislative measures and comprehensive national strategies concerning alcohol, tobacco and illicit drug use and non-chemical addictions, and by strictly implementing the adopted policies, the society can restrict drug accessibility in different ways. The interventions have proved very effective (11), yet care should be taken that people working in this field do not take profit out of illegal drug trade. Civil society with its institutions as well as various local community factors should be encouraged to take part in this complex programme, because its success vitally depends on sustained action and cooperation of all these partners.

Most current policies on drugs are directed towards reducing harmful consequences of drug use. A former addict said: »The idea behind giving you methadone, just another drug, is to reduce the rate of burglaries, thefts, criminal acts and infections - yet you are far from being saved and you have even less motivation to change your life.« (4). Greater efforts will have to be taken to create an environment that would favour proper life choices to be made amid a number of different and often opposing options available that are baffling even to mature individuals (9). The final responsibility for the choices made always lies with each of us individually. An addict is no longer the person he/she used to be.

»Your child is no longer your child, and your partner is no longer the partner you knew. They have been stolen by the drug (alcohol, gambling, the Internet)- they are now bereft of emotions, of love - all they crave is a fix of any kind« (4). These persons need help to choose between two options: to either continue taking drugs, or to accept help and save their life - to escape in a world of transitory »high« sensations, or to take a decision to go through the painful drug withdrawal for the sake of Life, which encompasses their own self, other people and nature, makes sense of their suffering during withdrawal, and helps them find their own path to normal life.

## References

1. Fromm E. Imati ali biti? Zagreb: Naprijed, 1986.
2. Frankl V. Psiholog v taborišču smrti. Celje: Mohorjeva družba, 1983.
3. Gasset JO. Upor množic. Ljubljana: Slovenska matica, 1985.
4. Gržan K. V svetu omame (Droga na Slovenskem). Ljubljana: Družina, 1999.
5. Zaplotnik N. Pot. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1981.
6. Ramovš J. Doživljanje, temeljno človekovo duhovno dogajanje. Ljubljana: Založništvo slovenske knjige, 1990.
7. Auer V. Droge in odvisnost. Ormož: Samozaložba, Ibidem, 2001.
8. Jakopič J. Delo z odvisnimi od alkohola je pogosto (navidezno ali pa tudi zares) strokovno napačno. In: Čebašek-Travnik Z, Radovanovič M. (Eds) Medicina odvisnosti. Zbornik prispevkov 1. slovenske konference o medicini odvisnosti, oktober 1996, Ljubljana. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo, Delovna skupina za odvisnost od alkohola, 1996: 91-111.
9. Rugelj J. Pot samouresničitve. Ljubljana: samozaložba: Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski, 2000.
10. Duval LA. Otrok, ki se je igral z luno. Koper: Ognjišče, 1985.
11. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford, UK, etc.: Oxford University Press, 2003.

## SLOVENIA, PUBLIC HEALTH AND THE PROBLEMS OF ADDICTION

*Thomas F. Babor<sup>1</sup>*

### Editorial

Slovenia is a small country that is moving rapidly toward full integration with the European Union and the global economy. With a long tradition of familiarity with alcohol and tobacco, Slovenia is no stranger to the public health problems associated with the use of dependence-producing substances. As the papers published in this issue of the Slovenian Public Health Journal show, the economic and political changes taking place in your country are creating new challenges for public health practitioners and policymakers. In this brief introduction, I would like to offer several observations on the role of public health in the development of an organized national response to the problems of addiction, and suggest some new opportunities for public health research and prevention policy.

First, what can we learn from these papers about the problems of addiction in contemporary Slovenia? One lesson is that Slovenia is experiencing the same kinds of problems as other countries undergoing rapid economic development. This is in part a result of applying new epidemiological tools, such as school surveys and the monitoring of admissions to alcohol and drug treatment programs. School surveys are one of the most useful ways to describe the extent of substance use. As indicated by survey research in the Gorenjska region, the prevalence of alcohol intoxication, tobacco use and cannabis smoking is comparable to that found in other European countries. This is a cause for concern and speaks to the need for systematic planning of prevention measures. Other papers in this issue identify the potential risks of the hallucinogen Ecstasy, which is especially popular with young adults who frequent dance clubs in urban areas, and the recognition among Slovenian psychiatrists that pathological gambling is a growing problem. It is clear from these papers that there is an important need in Slovenia to expand epidemiological surveillance programs so that an organized response can be formulated to the problems of substance use and addiction.

A second reflection is prompted by the following question: What are the most appropriate responses to the problems of addiction in Slovenia? As the emerging economies of Europe struggle to find ways to deal with the crime, psychiatric disorders, medical conditions,

and social problems associated with psychoactive substances, the first response is often to expand treatment programs, as suggested by several of the papers in this volume dealing with methadone maintenance, gambling, and alcoholism. Another response is to develop school-based prevention programs. A third response is to increase penalties for the use and distribution of drugs such as Ecstasy, heroin and cannabis. Based on what has been learned from research on alcohol (1) and the illegal psychoactive substances (2), these responses, while important, should only be considered an initial step in the development of a more comprehensive public health approach to the problems of substance use and addiction. Such an approach would begin with the consideration of more effective, evidence-based measures that focus on populations as well as individuals. In the area of alcohol abuse, for example, the most effective measures are higher alcohol taxes, procedures to deter drunk driving, such as random breath tests, and restrictions on the availability of alcohol (1, 3). Availability restrictions include higher age limits on the purchase of alcohol and controls on the times, locations and days of sale.

My final observation concerns the role of research in the development of an effective public health response. Perhaps the most encouraging thing about the papers written for this volume is the extent to which empirical research is starting to focus on the problems of addiction in Slovenia. When addictive substances begin to be recognized as a health issue, the first approach is often to use the methods of clinical epidemiology to describe the populations affected and the problems they are experiencing. Articles in this volume dealing with clients in alcoholism and methadone maintenance provide valuable information about the effectiveness of treatment and predictors of treatment response. This research is also useful in the development of a cadre of clinical scientists who are able to serve as experts when questions about public policy inevitably arise. But clinical research is just the beginning of an organized public health approach. Interdisciplinary collaboration is often required among social, behavioral and medical researchers in order to set up surveillance systems, health services research, prevention planning and policy

<sup>1</sup>Department of Community Medicine, University of Connecticut, School of Medicine, Farmington, CT, USA  
Correspondence to: e-mail: Babor@nso.uchc.edu

analysis. The papers in this volume represent an important first step in building the necessary expertise, data bases, research findings and program evaluations that will prepare Slovenia for the public health challenges ahead.

## References

1. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford, UK: Oxford University Press, 2003.
2. MacCoun RJ, Reuter P. Drug War Heresies. Learning from other vices, times and places. New York: Cambridge University Press, 2001.
3. World Health Organization. Global Status Report: Alcohol Policy. Geneva: World Health Organization, 2004.

# SLOVENIJA, JAVNO ZDRAVJE IN PROBLEMI ODVISNOSTI

Thomas F. Babor<sup>1</sup>

## Uvodnik

Slovenija je majhna država, ki hitro napreduje na poti k polni integraciji v Evropsko unijo in svetovno gospodarstvo. Zaradi dolge tradicije uporabe tobaka in alkohola Sloveniji niso neznani zdravstveni problemi, povezani z uživanjem substanc, ki vodijo v odvisnost. Prispevki, objavljeni v tej številki revije, govorijo o tem, da družbene in politične spremembe v državi prinašajo nove izzive zaposlenim in politikom na področju javnega zdravstva. V tem kratkem uvodu bi rad podal nekaj misli o vlogi, ki jo ima javno zdravstvo pri oblikovanju organiziranih nacionalnih ukrepov za reševanje vprašani zasvojenosti. Nakazal bi tudi rad nekatere nove možnosti za javnozdravstvene raziskave in preventivno dejavnost.

Kaj lahko izvemo iz tu objavljenih člankov o vprašani zasvojenosti v današnji Sloveniji? Najprej to, da se Slovenija sooča s prav takimi problemi kot vse druge države v fazi hitrega gospodarskega razvoja. To je delno posledica uporabe novih epidemioloških instrumentov, kot so to ankete v šolah in spremljanje vstopa alkoholikov in odvisnikov od drog v programe zdravljenja. Raziskave, ki so jih opravili na področju Gorenjske, so pokazale, da so tam opijanje z alkoholom, kajenje cigaret in uporaba marihuane razširjeni v podobni meri kot v drugih evropskih državah. Ti izsledki so zaskrbljujoči in kažejo na potrebo po sistematičnem načrtovanju preventivnih ukrepov. Članki v reviji govorijo tudi o potencialni nevarnosti halucinogena ekstazija, ki je popularen predvsem med mladimi v plesnih klubih v mestnih središčih ter o zaskrbljenosti slovenskih psihiatrov zaradi naraščajočega števila zasvojenih z igrami na srečo. Ti prispevki jasno kažejo, da je treba v Sloveniji razširiti programe epidemiološkega nadzora, da bi na tej osnovi lahko organizirano ukrepali proti uživanju drog in zasvojenosti.

Odgovor pa zahteva tudi naslednje vprašanje: Kako naj se Slovenija najbolj ustrezno loti vprašanja zasvojenosti? Evropska gospodarstva v razvoju, ki si prizadevajo najti najboljše načine boja proti kriminalu, psihiatričnim motnjam, boleznim in družbenim problemom, ki so povezani z uporabo psihoaktivnih substanc, najprej pomislijo na širitev programov. To predlagajo tudi avtorji v nadaljevanju objavljenih prispevkov o vzdrževalnih metadonskih

programih, igranju na srečo in alkoholizmu. Druga možnost je uvajanje preventivnih dejavnosti v šole, tretji pa uvedba strožje kazenske zakonodaje na področju razpečevanja drog, kot so to ekstazi, heroin in kanbis. Kot so pokazale raziskave o uživanju alkohola (1) in nedovoljenih psihoaktivnih substanc (2), predstavljajo ti, sicer zelo pomembni pristopi, le prvo fazo v razvijanju celovitega javnozdravstvenega programa za preprečevanje uživanja in zlorabe drog. V okviru takšnega programa bi najprej uvedli z znanstvenimi dokazi podkrepjen ukrepe, namenjene tako posameznikom kot skupinam prebivalstva. Kar se tiče pitja alkohola, sodijo med najbolj učinkovite ukrepe te vrste višji davki na alkohol, ukrepi za preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, npr. naključni alko testi in omejitev dostopnosti alkoholnih pijač (1, 3). Med zadnje ukrepe sodijo zvišanje starostne meje za nakup alkoholnih pijač in omejitev časa, krajev in dni za prodajo alkohola.

Moja zadnja pomisel pa velja vlogi raziskovanja pri oblikovanju učinkovitih javnozdravstvenih programov. V prispevkih za to številko je verjetno najbolj opogumljajoče dejstvo to, da je v Sloveniji vedno več empiričnih raziskav, ki se ukvarjajo z vprašani zasvojenosti. Ko uživanje drog, ki povzročajo zasvojenost, prepoznamo kot zdravstveni problem, je navadno prvi korak namenjen opredelitvi prizadetih skupin prebivalcev in njihovih problemov s kliničnimi epidemiološkimi metodami. Članki v tej številki, ki so posvečeni uporabnikom programov za alkoholike in metadonskih programov, prinašajo dragocene podatke o učinkovitosti zdravljenja in napovednih dejavnikih izida. Te raziskave so v pomoč tudi pri oblikovanju skupin kliničnih znanstvenikov, ki bi lahko ponudile strokovne odgovore na nova vprašanja o javni politiki na tem področju. Klinične raziskave pa so le začetek organizirane javnozdravstvene akcije. Pogosto je za oblikovanje programov nadzora, zdravstvenovarstvenih raziskav, načrtovanja preventivnih ukrepov in analizo teh dejavnosti, potrebno interdisciplinarno sodelovanje med raziskovalci na področju družbenih, vedenjskih in medicinskih ved. Prispevki v tej številki revije predstavljajo pomemben korak naprej pri oblikovanju potrebnega korpusa strokovnega znanja, podatkovnih

<sup>1</sup>Department of Community Medicine, University of Connecticut, School of Medicine, Farmington, CT, USA  
Kontakti naslov: e-pošta: Babor@nso.uchc.edu

baz, raziskovalnih izsledkov in evalvacij programov, ki bodo Slovenijo pripravili za soočanje s prihajajočimi izzivi na področju javnega zdravstva.

### Literatura

1. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford, UK: Oxford University Press, 2003.
2. MacCoun RJ, Reuter P. Drug War Heresies. Learning from other vices, times and places. New York: Cambridge University Press, 2001.
3. World Health Organization. Global Status Report: Alcohol Policy. Geneva: World Health Organization, 2004.

# RAZŠIRJENOST TOBAKA, ALKOHOLA IN DRUGIH DROG MED GORENJSKIMI MLADOSTNIKI NA PODLAGI RAZISKAVE ESPAD

## ESPAD SURVEY ON THE USE OF TOBACCO, ALCOHOL AND OTHER DRUGS AMONG ADOLESCENTS IN THE GORENJSKA REGION

Marjetka Hovnik-Keršmanc<sup>1</sup>, Alenka Hafner<sup>1</sup>, Eva Stergar<sup>2</sup>

Prispelo: 1. 6. 2005 - Sprejeto: 8. 9. 2005

Izvirni znanstveni članek  
UDK 613.81/.84-053.6(497.4)

### Izvleček

**Izhodišča:** Z raziskavo so želeli oceniti stanje na področju uživanja drog med gorenjskimi mladostniki ter trend v zadnjih štirih letih.

**Metode:** Ciljna skupina so bili dijaki 1. letnikov srednjih šol na Gorenjskem, rojeni leta 1987, ki so anonimno odgovarjali na vprašalnik ESPAD. Vzorec je bil reprezentativen za vse tipe šol in za oba spola. Rezultate so primerjali z rezultati istoimenske raziskave iz leta 1999 na Gorenjskem.

**Rezultati:** Alkohol in tobak sta bili najpogostejši drogi. 69% dijakov je že kadilo tobak, v zadnjem mesecu 33% redno. 93% dijakov je že pilo alkohol, 73% jih je že bilo opitih, 29% v zadnjih 30 dneh. Po marihuani je poseglo že 38%, v zadnjih 30 dneh 20,5%. O rabi ostalih ilegalnih substanc je poročalo 8% vprašanih. Hlape je vdihavalo 20% dijakov, pomirjevala, ki jih ni predpisal zdravnik, pa je vzelo že 5% vprašanih.

**Zaključek:** V štirih letih se je med gorenjskimi mladostniki povečala raba vseh drog, razen pomirjeval, po drogah so posegali pogosteje, v večjih količinah, z njimi pa so se prvič srečali mlajši. Raba večine drog je bila med gorenjskimi mladostniki bolj razširjena kot v povprečju v Sloveniji. Tudi med državami ESPAD se je Gorenjska uvrstila med bolj obremenjena območja. Za reševanje problematike je pomembna tudi dobra informiranost o razširjenosti drog med mladostniki čim širšega kroga prebivalcev, zlasti tistih, ki lahko največ prispevajo k njenemu zmanjševanju.

**Ključne besede:** mladostniki, Gorenjska, droge, alkohol, tobak, marihuana, hlapi, pomirjevala, ekstazi, opitost

Original scientific article  
UDC 613.81/.84-053.6(497.4)

### Abstract

**Background:** The purpose of the study was to assess the prevalence of drug use in 15-16-year-old students in the region of Gorenjska, and to identify drug use trends over the past four years.

**Methods:** The target population was students born in 1987 who answered the anonymous ESPAD questionnaire. The sample was representative of students of both sexes and of all types of secondary schools. The findings were compared with the results obtained by the ESPAD survey, conducted in the Gorenjska region in 1999.

**Results:** Alcohol and tobacco were found to be the most frequently used drugs. Sixty-nine per cent of 15-16-year-old students reported the use of tobacco, and 33% of them had smoked regularly in the past 30 days. Ninety-two percent of respondents had consumed alcohol beverages in their lifetime; 73% were drunk, 29% of them in the past 30 days. The prevalence of lifetime marijuana use was 38%; 20.5% of respondents had used marijuana in the past 30 days. The prevalence of lifetime use of any illicit drug other than marijuana was 8%. The prevalence for use of inhalants was 20%, and for tranquillisers or sedatives obtained without a doctor's prescription, 5%.

<sup>1</sup>Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, Gosposvetska 12, 4000 Kranj

<sup>2</sup>Klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana  
Kontaktni naslov: e-pošta: marjetka.kersmanc@zzv-kr.si

**Conclusion:** *The use of all drugs except tranquillisers increased over the past four years. The surveyed 15-16-year-old students used drugs more often and in larger amounts, and they were younger at first use. Higher proportions of users of most drugs were found for the Gorenjska region compared to the Slovene average. Gorenjska belonged to the ESPAD countries with a high percent of students reporting drug use. The drug problem should be tackled by informing a large proportion of population, especially the key stakeholders, about current trends in adolescent drug use.*

**Key words:** adolescents, the region of Gorenjska, drugs, alcohol, tobacco, marijuana, inhalants, tranquillisers, ecstasy, drunkenness

## Uvod

Droge so snovi, ki zaradi svoje kemične sestave povzročajo spremenjeno delovanje telesa ali naše duševnosti (1). Psihoaktivne droge vplivajo na mišljenje, čustvovanje in vedenje.

Droge (kajenje tobaka, pitje alkoholnih pijač in uživanje drugih drog) med mladostniki so področje, ki mu veliko držav posveča posebno pozornost. S tem namenom je bila narejena tudi že vrsta raziskav, ki naj bi ponudile čimveč informacij o vzorcih uživanja drog (2). Tudi pri nas se pogosto sprašujemo, koliko naših mladostnikov posega po drogah, kdaj prvič, po katerih drogah, kako pogosto, in kaj jih vodi v tako početje. Odgovore na ta in še na druga vprašanja smo avtorji želeli poiskati med mladimi in pri tem izhajali iz raziskave ESPAD (Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med srednješolsko mladino).

Raziskava ESPAD se je začela na Švedskem (3). Pobudo zanjo je dal Švedski svet za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN), ki že več kot dvajset let vsako leto izvaja raziskavo o razširjenosti uživanja različnih drog med učenci 9. razredov osnovnih šol. Raziskava, ki ima enotno metodologijo (vprašalnik, čas ankete, velikost vzorca, starost anketirancev, itd.), je leta 1995 prvič stekla v šestindvajsetih evropskih državah, med katerimi je bila tudi Slovenija. Čez štiri leta (leta 1999) je v njej sodelovalo že 31 evropskih držav, v Sloveniji pa so poleg nacionalne raziskave potekale še tri regijske (Maribor, Nova Gorica in Kranj) in raziskava za mesto Ljubljana. V letu 2003 je raziskava potekala v 35 evropskih državah (4), v Sloveniji pa so bile nacionalni raziskavi pridružene vse regije, razen Murska Sobota.

Leta 1999 je Gorenjska prvič sodelovala v raziskavi ESPAD, katere rezultati so pokazali, da sta alkohol in tobak najpogostejši drogi, po katerih je posegala reprezentativna skupina gorenjskih dijakov prvih letnikov, rojenih leta 1983 (5). 62% dijakov, starih 15 do 16 let, je že kadilo tobak, v zadnjem mesecu 27%

redno. 89% dijakov je že pilo alkohol, 60% jih je že bilo opitih, 28% v zadnjih 30 dneh. V raziskavo vključeni dijaki so bili do rabe in zlorabe legalnih drog precej tolerantni, škodljive učinke zlorabe drog na zdravje pa so v nekaterih segmentih znatno podcenjevali. Marihuana je bila med ilegalnimi drogami najpopularnejša: o rabi je poročalo 22% anketiranih, dobra polovica od teh jo je v življenju poskusila do 5-krat. Delež dijakov, ki so marihuano uživali v zadnjih 30 dneh, je bil 10%. O rabi ostalih ilegalnih substanc (amfetaminov, LSD, kreka, kokaina, ekstazija in heroina) je poročalo 4% vprašanih. Zloraba ilegalnih drog ("uporabil sem jo 10 ali večkrat") je bila označena redko. Hlape je vdihavalo 11% dijakov, pomirjevala, ki jih ni predpisal zdravnik, pa je vzelo že 6% vprašanih. V primerjavi z vrstniki v Sloveniji je bila leta 1999 raba vseh drog, razen LSD, med dijaki gorenjskih srednjih šol, rojenih leta 1983, manj razširjena. Po drogah so posegali tudi redkeje kot njihovi slovenski vrstniki, v manjših količinah, pa so se z njimi prvič srečali kasneje.

**Namen raziskave** je bil oceniti stanje na področju uživanja drog med gorenjskimi mladostniki ter trend v zadnjih štirih letih. Zato so bili glavni cilji raziskave:

- zbrati podatke o uživanju alkohola, tobaka in preostalih drog med gorenjskimi srednješolci, rojenimi leta 1987;
- primerjati stanje na področju uživanja drog med gorenjskimi srednješolci v letih 1999 in 2003;
- primerjati podatke o uživanju drog med gorenjskimi mladostniki in njihovimi vrstniki po Sloveniji in Evropi.

## Metode

V stratificirani naključni vzorec je bilo izbranih 1576 dijakov od skupaj 2320 dijakov, ki so bili v šolskem letu 2002/03 vpisani v prvi letnik gorenjskih srednjih šol (gimnazij, srednjih tehniških in strokovnih šol, srednjih poklicnih šol in nižjih poklicnih šol). V sami raziskavi pa je sodelovalo 91,5% (1368 dijakov) od 1495

dijakov, ki so v času raziskave obiskovali prvi letnik srednjih šol na Gorenjskem in so bili izbrani v vzorec (Tabela 1). Vzorec je reprezentativen za vse dijake prvih letnikov srednjih šol na Gorenjskem za šolsko leto 2002/03 in sicer za vse tipe šol in za oba spola. Zaradi primerljivosti rezultatov z mednarodno, nacionalno in regijskimi raziskavami smo obdelali le podatke dijakov, rojenih leta 1987.

Anonimno anketiranje je potekalo od 7. do 11. aprila 2003 (30 dni potem, ko ni bilo nobenih praznikov ali počitnic), izvajali pa smo ga zaposleni na Zavodu za zdravstveno varstvo Kranj. Za anketiranje smo uporabili slovensko inačico vprašalnika ESPAD, ki ga je na osnovi angleške (razvila jo je mednarodna skupina v koordinaciji dr. B. Hibella in B. Anderssona, CAN, Štokholm) pripravila mag. Eva Stergar (vodja vseh dosedanjih raziskav ESPAD v Sloveniji). Vprašalnik je obsegal 58 vprašanj in so ga dijaki v povprečju izpolnjevali 38 minut (od 28 do 65 minut).

Zanesljivost zbranih podatkov smo ocenili s konsistenco odgovorov na različna vprašanja na isto temo. Zbrani podatki so pokazali zadostno stopnjo zanesljivosti, razen vdihavanja hlapov (8%) in opitosti (7%), za katere je delež nekonsistentnih odgovorov presegal 5%. Delež nekonsistentnih odgovorov se med dekleti in fanti ni značilno razlikoval, razlikoval pa se je med šolami. Najmanj nekonsistentnih odgovorov je bilo med gimnazijci, največ pa med dijaki srednjih poklicnih šol.

Veljavnost zbranih podatkov smo ocenili na osnovi:

- deleža manjkajočih odgovorov

Ta je bil pri vseh vprašanjih nižji od 5%, - še najvišji je bil pri vprašanjih o uživanju alkohola (4%) in pogostosti opitosti (3%);

- odkritosrčnosti anketiranih dijakov

Slednjo smo preverjali neposredno (dijake smo vprašali, ali bi priznali, da uživajo marihuano oziroma heroin) in posredno (vprašanja o izmišljeni drogi). Le 3,5% dijakov verjetno ne bi priznalo uživanja marihuane, skoraj 10% pa heroina. Samo dva dijaka pa sta navedla uživanje izmišljene droge.

Razlike med spoloma smo ocenili s testom hi-kvadrat. Kot statistično značilne smo jih ovrednotili pri  $p=0,05$ . Statistično analizo smo naredili s programom SPSS za operacijski sistem Windows (verzija 11.0).

## Rezultati

### Uživanje drog v življenju

Med gorenjskimi dijaki je bilo le 5% takih, ki še nikoli v življenju niso poskusili nobene droge, kar je za dobra 2% manj kot leta 1999 (5).

Večina 15- do 16-letnih dijakov, rojenih leta 1987, je torej že vsaj enkrat v življenju posegla po vsaj eni drogi (slika 1):

Tabela 1. Šole in dijaki, ki so sodelovali v raziskavi, Gorenjska, 2003.

Table 1. Schools and students participating in the survey, the region of Gorenjska, 2003.

| Tip šole / Type of school                               | Število sodelujočih razredov / Number of participating classes | Število sodelujočih dijakov / Number of participating students |                 |                | % sodelujočih v raziskavi / Response rate (%) |                 |                |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------------------------------|-----------------|----------------|
|                                                         |                                                                | Fantje / Boys                                                  | Dekleta / Girls | Skupaj / Total | Fantje / Boys                                 | Dekleta / Girls | Skupaj / Total |
| nižja poklicna / 2.5-year vocational school             | 3                                                              | 15                                                             | 17              | 32             | 78,9                                          | 85              | 82,1           |
| srednja poklicna / 3-year vocational school             | 11                                                             | 141                                                            | 151             | 292            | 91,0                                          | 93,8            | 92,4           |
| srednja tehniška in strokovna / 4-year technical school | 18                                                             | 292                                                            | 160             | 452            | 91,5                                          | 89,9            | 90,9           |
| gimnazija / grammar school                              | 21                                                             | 222                                                            | 370             | 592            | 91,0                                          | 92,7            | 92,1           |
| SKUPAJ / TOTAL                                          | 53                                                             | 670                                                            | 698             | 1368           | 90,9                                          | 92,1            | 91,5           |

- po alkoholni pijači 93% (27% 40-krat ali pogosteje, kar jih uvršča v kategorijo pogostih pivcev);
- po cigareti 69% (33% 40-krat ali pogosteje, kar kaže, da je kajenje pri njih že razširjena navada);
- po katerikoli ilegalni drogi<sup>1</sup> 39%;
- po hlapih 20%;
- po pomirjevalu, ki ga ni predpisal zdravnik, 4,5% dijakov;
- vsaj enkrat pa se je že opilo 73% dijakov (11% 40-krat ali pogosteje).

Legalne droge so bile med gorenjskimi mladostniki precej bolj razširjene kot ilegalne. Med slednjimi je bila daleč najbolj razširjena marihuana, ki jo je kadilo že 38% dijakov (19% 10-krat ali pogosteje), po ostalih pa je poseglo 8% dijakov.

Nekateri dijaki so droge tudi kombinirali: skupaj je alkohol in marihuano že uživalo 27% dijakov, alkohol in pomirjevala pa 8% (slednjo kombinacijo pogosteje dekleta, 9%, kot fantje, 6% ( $\lambda^2=5,1$ ,  $p=0,02$ ).

Med dekleti in fanti ni bilo statistično značilne razlike v deležu dijakov, ki so že posegli po posamezni drogi. Razlika je bila le v kategoriji »opiti«; opitih je bilo več fantov (78%) kot deklet (68%) ( $\lambda^2=14,4$ ,  $p<0,01$ ).

### Uživanje drog v zadnjem letu

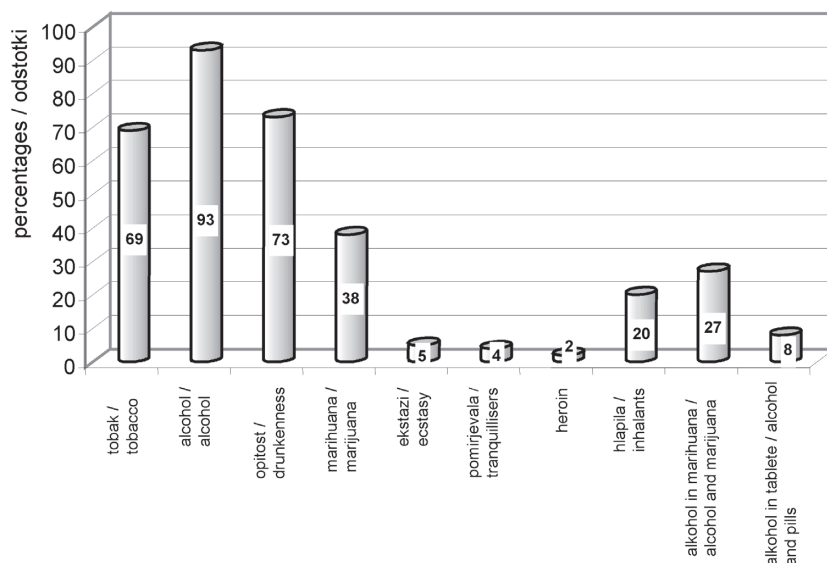
Tudi v zadnjem letu samo 13% odstotkov gorenjskih dijakov, rojenih leta 1987 (med dekleti 14% in med fanti 11%), ni nikoli poseglo po drogi. V štirih letih je delež padel za skoraj 4% (5). Alkoholne pijače je pilo vsaj enkrat 86% dijakov, marihuano je kadilo 33%, po

ekstaziju so posegli 4%, po ostalih ilegalnih drogah pa manj kot 2% (Tabela 2). Hlape je v tem času vdihavalo 10% dijakov. Po pomirjevalih, ki jih ni predpisal zdravnik, so posegli 3%, po »norih gobah« pa 2%. Vsaj enkrat opitih pa je bilo 63% šolajočih se mladostnikov, rojenih leta 1987. Tudi za zadnje leto med dekleti in fanti ni bilo statistično značilne razlike v deležu dijakov, ki so že posegli po posamezni drogi. Razlika je bila le v kategoriji »opiti«, kjer je bilo opitih več fantov (67%) kot deklet (60%) ( $\lambda^2=17,5$ ,  $p<0,01$ ).

### Uživanje drog v zadnjem mesecu

V zadnjem mesecu pred anketo je vsaj enkrat poseglo po alkoholnih pijačah 61% gorenjskih dijakov, rojenih leta 1987, po marihuani 20,5%, po ostalih ilegalnih drogah skoraj 3%, hlape pa je vdihavalo 5% dijakov (Tabela 3). Poleg tega je bila v zadnjem mesecu vsaj enkrat opita več kot tretjina dijakov, še več (skoraj polovica) pa jih je priznalo pitje »rund« (to je zaporedno pitje vsaj 5 alkoholnih pijač). Cigarete je redno (več kot eno cigareto na teden) kadila tretjina dijakov, med njimi skoraj 86% najmanj eno cigareto na dan.

V zadnjem mesecu pred anketo je dober odstotek gorenjskih dijakov, rojenih leta 1987, pil alkoholne pijače vsak dan, še dodatnih 5% pa skoraj vsak drugi dan (Tabela 3). V tem med dekleti in fanti ni bilo statistično značilne razlike. Dijaki so v zadnjem mesecu najpogosteje posegali po žganih pijačah (56% dijakov). Pivo je takrat pilo 48%, vino pa 42% dijakov. V tem obdobju sta bila 2,5% dijakov opita vsaj 10-krat, le pol



Slika 1. Dijaki, ki so že vsaj enkrat v življenju posegli po drogi, Gorenjska, 2003.

Figure 1. Lifetime prevalence of drug use, the region of Gorenjska, 2003.

<sup>1</sup> amfetamini, ekstazi, GHB, heroin, kokain, krek, LSD, marihuana

Tabela 2. Pogostost rabe drog v zadnjih 12 mesecih (v odstotkih), Gorenjska, 2003.

Table 2. Frequency of drug use in the past 12 months (%), the region of Gorenjska, 2003.

| Droga <sup>1</sup> / Drug                             | Pogostost rabe droge / Number of occasions in the past 12 months |      |      |      |       |       |     |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------|------|------|-------|-------|-----|
|                                                       | 0                                                                | 1-2  | 3-5  | 6-9  | 10-19 | 20-39 | 40+ |
| <b>Alkohol / Alcohol</b>                              |                                                                  |      |      |      |       |       |     |
| Katera koli alkoholna pijača / Any alcoholic beverage | 14,1                                                             | 19,6 | 18,0 | 14,2 | 14,7  | 10,1  | 9,3 |
| Bil/a opit/a / Drunkenness                            | 36,6                                                             | 21,8 | 15,9 | 8,7  | 8,1   | 5,3   | 3,6 |
| <b>Druge droge / Other drugs</b>                      |                                                                  |      |      |      |       |       |     |
| Marihuana / Marijuana                                 | 66,8                                                             | 9,1  | 6,5  | 3,7  | 3,5   | 3,9   | 6,5 |
| Vdihavanje hlapov / Inhalants                         | 90,2                                                             | 6,3  | 1,7  | 0,9  | 0,0   | 0,6   | 0,4 |

Tabela 3. Pogostost rabe drog v zadnjih 30 dneh (v odstotkih), Gorenjska, 2003.

Table 3. Frequency of drug use in the past 30 days (%), the region of Gorenjska, 2003.

|                                                            | Pogostost rabe droge v zadnjih 30 dneh / Number of occasions in the past 30 days |      |      |     |       |       |     |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|-------|-------|-----|
|                                                            | 0                                                                                | 1-2  | 3-5  | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40+ |
| <b>Alkohol / Alcohol</b>                                   |                                                                                  |      |      |     |       |       |     |
| Katera koli alkoholna pijača / Any alcoholic beverage      | 39,1                                                                             | 29,7 | 16,6 | 7,8 | 4,1   | 1,3   | 1,4 |
| Pivo / Beer                                                | 52,2                                                                             | 22,2 | 12,3 | 4,9 | 4,5   | 2,0   | 1,8 |
| Vino / Wine                                                | 58,3                                                                             | 23,6 | 8,3  | 5,1 | 2,6   | 1,3   | 0,7 |
| Žgane pijače / Spirits                                     | 44,3                                                                             | 27,0 | 13,8 | 6,8 | 4,8   | 1,8   | 1,4 |
| Bil/a opit/a / Drunkenness                                 | 61,2                                                                             | 22,8 | 9,9  | 3,6 | 1,5   | 0,7   | 0,3 |
| 5 ali več pijač druga za drugo / 5 or more drinks in a row | 52,8                                                                             | 31,0 | 10,9 | 3,5 | 1,7   | 0     | 0   |
| <b>Druge droge / Other drugs</b>                           |                                                                                  |      |      |     |       |       |     |
| Marihuana / Marijuana                                      | 79,5                                                                             | 7,1  | 4,3  | 2,6 | 2,9   | 1,5   | 2,1 |
| Vdihavanje hlapov / Inhalants                              | 95,4                                                                             | 2,7  | 0,7  | 0,5 | 0,4   | 0,1   | 0,2 |

|                              | Število pokajenih cigaret v zadnjih 30 dneh / Number of cigarettes in the past 30 days |                     |                  |                   |                    |                     |                   |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------------------|
|                              | 0                                                                                      | <1 /teden/ per week | <1 /dan/ per day | 1-5 /dan/ per day | 6-10 /dan/ per day | 11-20 /dan/ per day | 21+ /dan/ per day |
| <b>Cigarete / Cigarettes</b> | 60,4                                                                                   | 6,5                 | 4,7              | 9,9               | 8,9                | 7,1                 | 2,5               |

odstotka manj pa jih je priznalo tako pogosto pitje »rund«. Tako opijanje ( $\chi^2=4,0$ ,  $p<0,05$ ) kot pitje »rund« ( $\chi^2=11,0$ ,  $p<0,01$ ) pa je bilo statistično značilno bolj razširjeno med fanti kot med dekleti.

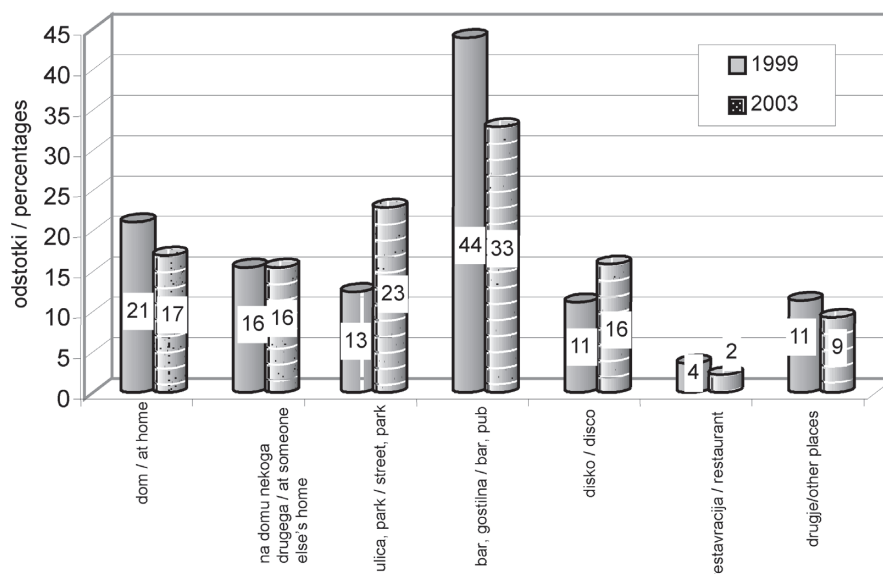
Ob zadnjem pitju je približno tretjina dijakov popila manj kot eno<sup>3</sup> posamezno alkoholno pijačo, tretjina eno do

dve, ostali več, lahko pa so pijače tudi kombinirali. Največji delež dijakov, rojenih leta 1987, je pil alkoholne pijače v baru ali gostilni (29%), sicer v nižjem odstotku kot pred štirimi leti, na drugem mestu pa je bilo pitje na prostem (20,5%), ki se je v štirih letih povečalo za 10% (Slika 2).

<sup>1</sup> amfetamini, ekstazi, GHB, heroin, kokain, kreki, LSD, marihuana

<sup>2</sup> ESPAD Vprašalnik ne vključuje vprašanja o kajenju cigaret v zadnjem letu.

<sup>3</sup> Kot ena pijača je bila navedena steklenica piva ali kozarec vina ali ena žgana pijača



Slika 2. Mesta, kjer so dijaki zadnjič pili alkoholne pijače, Gorenjska, 1999 in 2003.

Figure 2. Drinking place on the last drinking occasion, the region of Gorenjska, 1999 and 2003.

Na 10-stopenjski lestvici opitosti (od 1 »le malo dobre volje« do 10 »tako zelo, da nisem mogel stati«) je svojo zadnjo opitost več kot polovica (55%) tistih, ki so že bili opiti, označila s »5« ali več. V tem med dekleti in fanti ni bilo statistično značilne razlike, se je pa v zadnjih štirih letih povečal delež na lestvici bolj opitih dijakov. Za dosego opitosti je največ deklet navajalo, da potrebujejo 3 do 4 pijače, največ fantov pa 5 do 6 pijač. Glede možnih učinkov alkohola je največ dijakov pripisalo »pozitivne posledice« pitja temu, da se pod vplivom alkohola zelo zabavajo (67%), sledili so občutek prijateljstva in družabnosti (62,5%), sproščenost (62,4%), pozabiti na težave (59,6%) in biti srečen (47,8%). Največ »negativnih posledic« pitja pa so dijaki pripisali škodi, ki jo povzroča alkohol na zdravju (64,6%), sledili so »maček« (56,5%), »bilo bi mi slabo« (42,5%), »storil bi nekaj takega, kar bi pozneje obžaloval« (38%), »zabredel bi v težave s policijo« (16,3%) in »ne bi mogel prenehati piti« (11,4%). V primerjavi z odgovori dijakov v raziskavi leta 1999 se je leta 2003 povečal odstotek dijakov, ki so alkoholu pripisali »pozitivne učinke«, zmanjšal pa odstotek dijakov, ki so mu pripisali »negativne učinke«. Dijaki pa so že izkusili probleme zaradi pitja alkohola: poškodbo predmetov ali obleke (16,8%), prepir ali prerekanje (12,9%), probleme v odnosih s starši (7,3%), izgubo denarja ali druge vredne stvari (7,2%), nezgodo ali poškodbo (7,1%), prerivanje ali pretep (5,4%), drugo redkeje. V štirih letih se je povečal delež vseh navedenih problemov.

Med dijaki, ki so v zadnjih 30 dneh posegli po marihuani, jih je 56% z njo eksperimentiralo, 13% jo je kadilo 1 do 2-krat tedensko, 14% skoraj vsak drugi dan, okoli 17% pa kar vsak dan. Dekleta so z drogo bolj eksperimentirala in po njej posegala redkeje kot fantje ( $\chi^2=15,7$ ,  $p<0,05$ ).

Marihuana je bila najbolj poznana ilegalna droga, saj je zanj slišalo že 95% anketiranih dijakov. Večina (92%) je slišala tudi že za ekstazi, heroin in kokain, dobrih 70% za LSD in krek. Ostale droge pa je poznala manj kot polovica dijakov.

41% dijakov si je že želelo poskusiti vsaj eno od ilegalnih drog, kar je bilo skoraj dvakrat več kot pred štirimi leti.

Prva droga, po kateri so posegli dijaki, rojeni leta 1987, je bila pri 93% marihuana, samo v 4% pomirjevala, v 1% vse druge droge skupaj, 2% pa se prve droge nista spomnila. 80% dijakov, ki so že uživali droge, je drogo prvič dobilo od vrstnikov ali prijateljev, kar je 5% več kot pred štirimi leti. Kot najpomembnejši razlog, da so posegli po njej, so navedli radovednost (72%).

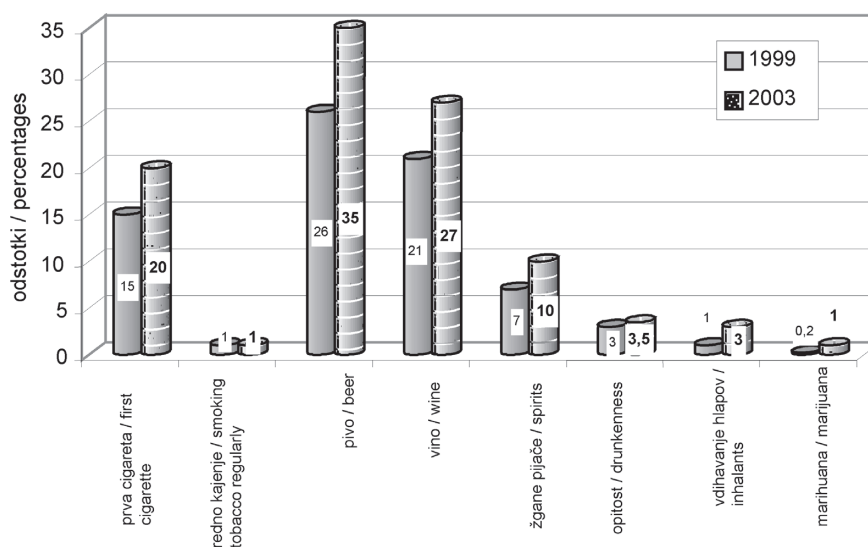
### Starost ob prvem stiku z drogo

Z večino legalnih drog (izjema so žgane pijače) se je največ dijakov prvič srečalo do 11. leta starosti, v naslednjih starostnih skupinah pa se je delež prvega stika zmanjševal. Prvi stik z žganimi pijačami je največ dijakov opisovalo pri starosti 13 let, prvič opitih pa je bilo največ pri starosti 14 let. Z rednim kajenjem pa je največ dijakov pričelo v starosti 15 let. Z nelegalnimi

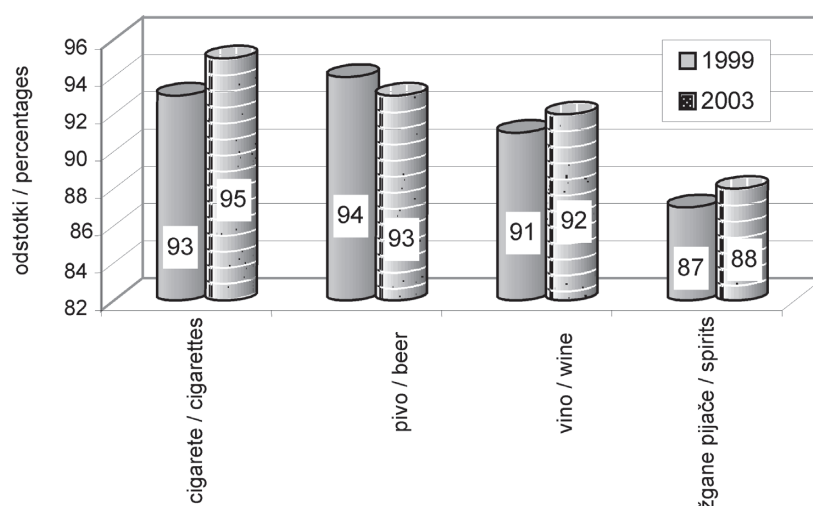
drogami so se dijaki v povprečju prvič srečali malo kasneje, z marihuano in z vdihavanjem hlapov največ pri starosti 14 let, z drugimi drogami še kasneje. Fantje so po cigaretah ( $\lambda^2=18,9$ ,  $p<0,01$ ), žganih pijačah ( $\lambda^2=17,8$ ,  $p<0,01$ ) in marihuani ( $\lambda^2=15,2$ ,  $p<0,01$ ), prvič posegli mlajši kot dekleta, mlajši pa so bili tudi, ko so se prvič opili ( $\lambda^2=26,6$ ,  $p<0,01$ ). Pri ostalih drogah razlike med spoloma ni bilo.

### Dostopnost drog

Dijaki so ocenili droge kot precej oziroma zelo lahko dostopne (Slika 4), bolj kot pred štirimi leti, še posebej marihuano. To je največ dijakov kupilo na ulici ali v parku (42%), na drugem mestu pa je bila šola (41%) (Slika 5). Leta 1999 je marihuano v šoli kupilo 20% dijakov.

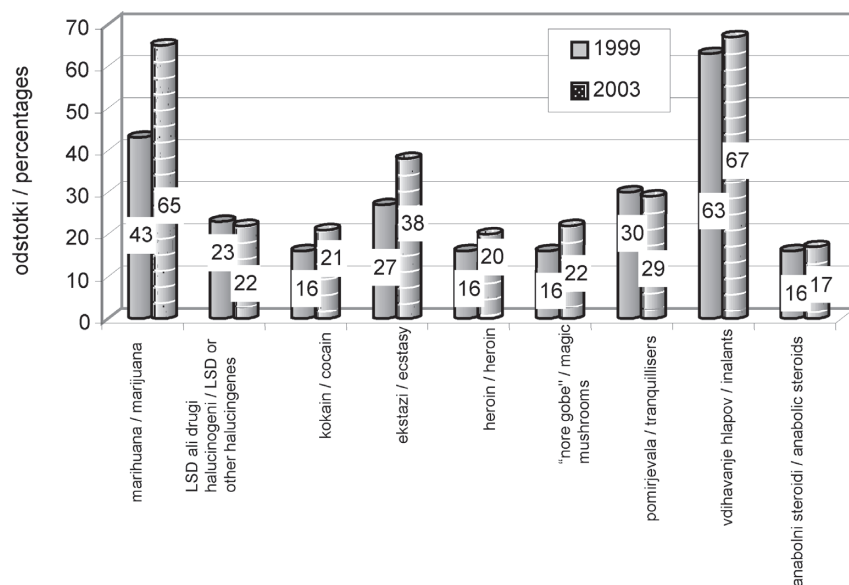


Slika 3. Prvi stik z drogo pred dopolnjenim 12. letom starosti, Gorenjska, 1999 in 2003.  
Figure 3. First drug use before the age of twelve, the region of Gorenjska, 1999 and 2003.



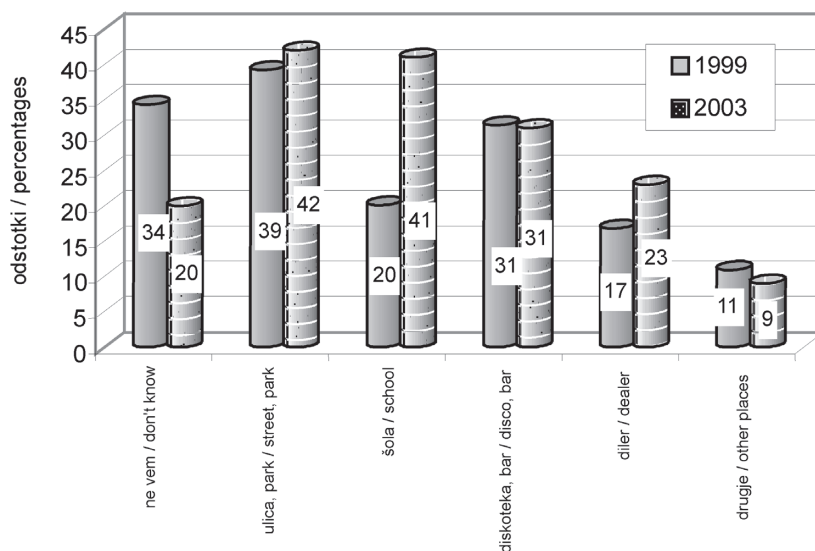
Slika 4a. Zaznana dostopnost legalnih drog (odgovori »precej lahko« in »zelo lahko«), Gorenjska, 1999 in 2003.

Figure 4a. Perceived availability of legal drugs (answers »fairly easy« and »very easy«), the region of Gorenjska, 1999 and 2003.



Slika 4b. Zaznana dostopnost drugih drog (odgovori »precej lahko« in »zelo lahko«), Gorenjska, 1999 in 2003.

Figure 4b. Perceived availability of other drugs (answers »fairly easy« and »very easy«), the region of Gorenjska, 1999 and 2003.



Slika 5. Mesta, kjer je mogoče kupiti marihuano, Gorenjska, 1999 in 2003.

Figure 5. Places where marijuana can be bought, the region of Gorenjska, 1999 and 2003.

### Uživanje drog med prijatelji in sorojenci

Raziskava je pokazala, da je raba drog razširjena tudi med prijatelji in starejšimi sorojenci:

#### a) Tobak:

- 54% dijakov je imelo prijatelje, katerih večina kadi cigarete (13% več kot pred štirimi leti);
- 44% starejše sorojence, ki kadijo cigarete (5% več kot pred štirimi leti).

#### b) Alkohol:

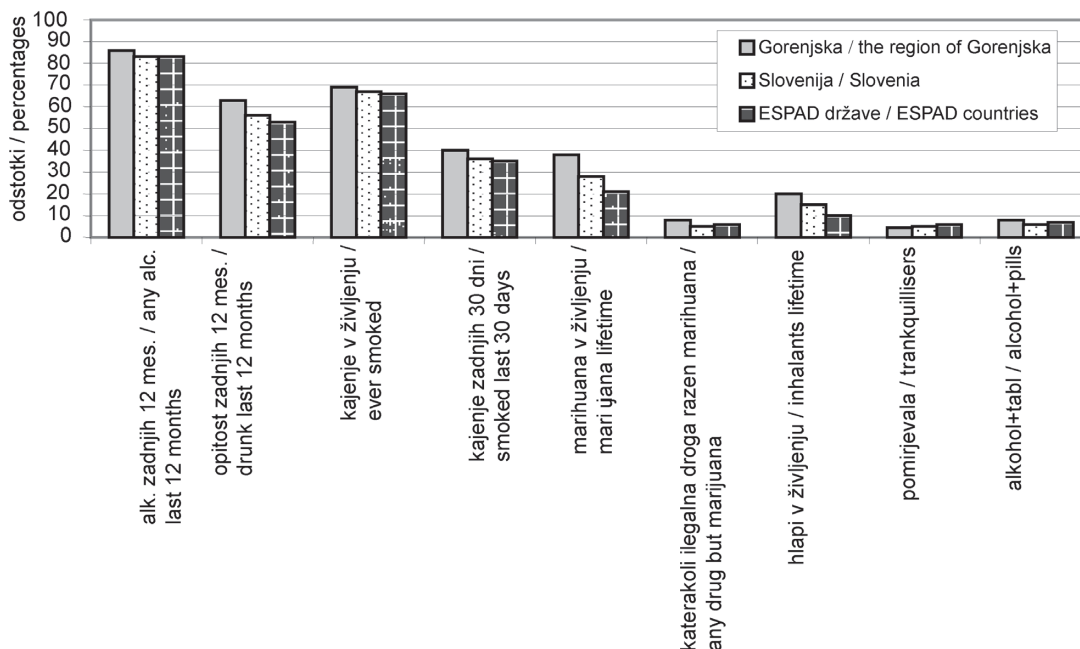
- 62% dijakov je imelo prijatelje, katerih večina pije alkoholne pijače (20% več kot pred štirimi leti), 24% pa prijatelje, katerih večina se opije vsaj enkrat tedensko (10% več kot pred štirimi leti);
- 62% starejše sorojence, katerih večina pije alkoholne pijače (4% manj kot pred štirimi leti), 35% pa jih je že videlo opite (7% več kot pred štirimi leti).

#### c) Druge droge:

- 46% dijakov je imelo vsaj nekaj prijateljev, ki kadijo marihuano (skoraj 30% več kot pred štirimi leti), 9% prijatelje, ki uživajo ekstazi (4% več kot pred štirimi leti), 8% prijatelje, ki vdihavajo hlape (4% več kot pred štirimi leti);
- 12% dijakov starejše sorojence, ki vsaj občasno kadijo marihuano (10% več kot pred štirimi leti).

### Položaj Gorenjske med državami ESPAD

Odstotek dijakov, ki so popili katerokoli alkoholno pijačo v zadnjih 12 mesecih, je bil za Slovenijo isti, kot je bilo povprečje ESPAD (83%), za Gorenjsko pa je bil višji (86%) (Slika 6). Tudi odstotek dijakov, ki so bili v zadnjih 12 mesecih opiti, je bil za Slovenijo zelo blizu povprečja (56% in 53%), Gorenjska pa ga je s 63,4% precej presegla. Življenjska prevalenca kajenja cigaret je bila za Slovenijo zelo podobna povprečju ESPAD (67% proti 66%), za Gorenjsko pa je bila višja (69%). Višja od slovenskega in povprečju ESPAD ja pa je bila na Gorenjskem tudi 30-dnevna prevalenca kajenja cigaret (40% v primerjavi s 36% oz. s 35%). Odstotek dijakov, ki so že kadili marihuano, je bil na Gorenjskem (38%) znatno višji od slovenskega in od povprečja ESPAD (28% in 21%), višja (8%) pa je bila tudi uporaba drugih ilegalnih drog (Slovenija 5%, ESPAD povprečje 6%). Tudi odstotek dijakov, ki so že vdihavali hlape, je na Gorenjskem (20%) presegal slovensko (15%) in povprečje ESPAD (10%).



Vir podatkov za Slovenijo in države ESPAD: [www.espad.org/key\\_slovenia.html](http://www.espad.org/key_slovenia.html)

Slika 6. Raba drog med dijaki, rojenimi leta 1987, na Gorenjskem, v Sloveniji in ESPAD državah, 2003.  
Figure 6. Use of drugs among students born in 1987, the region of Gorenjska, Slovenia, ESPAD countries, 2003.

## Razpravljanje

Z raziskavo o alkoholu in preostalih drogah med srednješolsko mladino smo se na Gorenjskem leta 2003 že drugič priključili Evropski raziskavi o alkoholu in preostalih drogah med šolajočo se mladino. To nam omogoča, da lahko Gorenjsko na področju rabe drog umestimo v slovenski in tudi v evropski prostor, hkrati pa spremljamo trend gibanja rabe posameznih drog na Gorenjskem v zadnjih štirih letih. Zbrani podatki so pokazali zadostno stopnjo zanesljivosti, razen vdihavanja hlapov in opitosti, za katere je bil delež nekonsistentnih odgovorov večji od 5%. To je potrebno upoštevati pri interpretaciji rezultatov, vezanih na opitost in vdihavanje hlapov.

Raziskava je potrdila, da sta alkohol in tobak med mladostniki še vedno najbolj razširjeni drogi ter, da je marihuana med ilegalnimi drogami najpopularnejša, kar se ujema tudi z ugotovitvami avtorjev drugih raziskav (5). V zadnjih štirih letih se je razširjenost drog med gorenjskimi mladostniki povečala. Z vsemi drogami, razen pomirjeval, ki jih ni predpisal zdravnik, se je v življenju že srečal višji odstotek mladostnikov kot leta 1999 (z alkoholom za 4%, s cigareti za 6%, z marihuano za 16%, z ekstazijem za 3%, s hlapi za 9%, opitih pa je bilo več 13%) (6). Tudi podatki, ki se nanašajo na uživanje drog v zadnjih 12 mesecih, to je v letu, ko so zaključevali osnovno šolo in pričeli obiskovati srednjo šolo, so pokazali porast (alkohol za 5,5%, opitost za 14%, marihuana za 15%, hlapi za 4%). Podobno velja tudi za 30 dni pred anketo (alkohol porast za 6,5%, opitost za 11%, pitje »rund« za 9%, marihuana za 11%, hlapi za 2%, redno kajenje cigaret za 6%). Poleg tega pa so dijaki, rojeni leta 1987, posegali po vseh drogah tudi pogostejše kot enako stari dijaki, rojeni leta 1983. 41% dijakov si je že želelo poskusiti vsaj eno drogo, kar je bilo skoraj dvakrat več kot pred štirimi leti. Na osnovi podatka, da je po ilegalnih drogah poseglo že 39% dijakov, lahko sklepamo, da tisti, ki si to želijo, to slej ali prej tudi storijo. V štirih letih se je po oceni dijakov povečala dostopnost drog, še posebej marihuane. Zelo zaskrbljujoče je, da se je v tem obdobju podvojil delež dijakov, ki jim je marihuana dostopna kar v šoli. Marihuana je najbolj poznana ilegalna droga in je večinoma tudi prva droga, po kateri mladostniki posežejo, največkrat iz radovednosti. Najpogostejše jo dobijo od prijateljev. V štirih letih se je spremenil tudi odnos mladostnikov do alkohola, saj je v zadnji raziskavi manjši odstotek dijakov pripisoval alkoholu negativne učinke, višji odstotek pa pozitivne. Če so dijaki pred štirimi leti med pozitivnimi učinki predvsem poudarjali, da bi se pod vplivom alkohola počutili bolj

prijateljsko in družabno (6), pa so dijaki, rojeni leta 1987, kot najbolj pozitivno ocenjevali, da se pod vplivom alkohola zelo zabavajo. Dijaki pa so že izkusili probleme zaradi pitja alkohola. Najpogostejše so utrpeli poškodbo predmetov ali obleke ter bili vpleteni v prepir ali prerekanje. V štirih letih so ti problemi narasli. Dijaki sedaj pogostejše pijejo alkoholne pijače na ulici, v parku kot pred štirimi leti, redkeje pa v baru, gostilni, restavraciji. To je lahko posledica novega zakona na področju alkohola v Sloveniji (Zakon o omejevanju porabe alkohola), ki je pričel veljati marca 2003, torej mesec dni pred izvedenim anketiranjem. Pomemben dejavnik, ki vpliva na poseganje po drogah, je tudi vpliv vrstniške skupine (1). Zadnja raziskava je pokazala večjo razširjenost rabe drog tudi med prijatelji ter starejšimi brati in sestrami kot raziskava pred štirimi leti. Mladostniki se prvič srečajo z drogo že zelo zgodaj, z večino legalnih drog do 11. leta starosti, z ilegalnimi pa malo kasneje. Ta starostna meja se je v štirih letih še znižala.

V letu 2003 je Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med srednješolsko mladino potekala v 35 evropskih državah (4), vključno s Slovenijo. Primerjava razmer na področju rabe drog med Gorenjsko, Slovenijo in povprečjem držav ESPAD (7) je pokazala, da se Gorenjska uvršča med bolj obremenjena območja, kar za nekatere droge velja tudi za Slovenijo, vendar slednjo Gorenjska celo še presega.

V vseh državah ESPAD je že vsaj enkrat v življenju kadilo cigarete od 50 do 80% dijakov, rojenih leta 1987 (4), kar velja tudi za gorenjske mladostnike (69%). Gorenjska s 33% dijakov, ki so kadili že vsaj 40-krat v življenju, presega Slovenijo (27%) in se približuje državam z najvišjo prevalenco (Avstrija, Češka, Ferski otoki, Grenlandija, Litva, Rusija z okoli 40%). Tudi po odstotku dijakov (skoraj 40%), ki so kadili cigarete v zadnjih 30 dneh, presega Slovenijo (za skoraj 4%) in se močno približuje državam z visoko prevalenco.

V dveh tretjinah ESPAD držav je velika večina (90% ali več) anketiranih dijakov že vsaj enkrat v življenju pila alkoholne pijače (4), kar velja tudi za gorenjske mladostnike (93%). Vendar vsi ti dijaki ne pijejo alkoholnih pijač redno. Kot redne pivce lahko označimo tiste dijake, ki so v življenju pili alkoholne pijače vsaj 40-krat. Gorenjska s 27% dijakov, ki pijejo redno, za 2% presega Slovenijo, ki se uvršča v skupino držav kot so Hrvaška, Bolgarija, Poljska, Švica, Latvija, Italija, Francija, Ukrajina, Ciper, Madžarska, Finska (20 - 27%). Redno pitje je bolj razširjeno med fanti kot med dekleti, kar velja tudi za Gorenjsko. Kot pogosto pitje pa je označeno pitje

alkoholnih pijač 10-krat ali pogosteje v zadnjih 30 dneh, to je v povprečju vsaj vsak tretji dan. Pogosto pitje je bolj razširjeno med dijaki iz zahodnih delov Evrope, zelo nizka prevalenca pogostega pitja (3% ali manj) pa je prisotna zlasti v severnih državah. Gorenjska se s 7% pogostih pivcev, ki je enak povprečnemu odstotku za Slovenijo, uvršča v skupino z nizko prevalenco takega pitja.

V 30. od 35. držav je bila večina dijakov že vsaj enkrat opitih (4). Pogosto opijanje (20-krat ali pogosteje v življenju) je bolj razširjeno med dijaki iz zahodnih delov Evrope (26-36%). Gorenjska z 20% odstotki pogosto opitih dijakov za 5% presega slovensko povprečje in se približuje območjem z najvišjim odstotkom. Pogosto opijanje je bolj razširjeno med fanti kot med dekleti, kar velja tudi za Gorenjsko. V približno polovici ESPAD držav znaša odstotek dijakov, ki so bili v zadnjih 30 dneh opiti 3-krat ali pogosteje, 10% ali manj. Gorenjska, ki s 16% takih dijakov za 4% presega slovensko povprečje, spada med bolj obremenjena območja.

Pogostost zaporednega pitja 5 ali več alkoholnih pijač (popivanje) je alternativna mera za »težko rabo alkohola«. Območja, kjer je največji odstotek dijakov v zadnjih 30 dneh 3-krat ali pogosteje popival, so Danska, Irska, otok Man, Malta, Nizozemska, Norveška, Poljska in Velika Britanija (24-32%) (4). Gorenjska s 16% dijakov, ki so poročali o tako pogostem popivanju, za 6% zaostaja za Slovenijo in po tej kategoriji ne sodi med najbolj obremenjena območja.

Velika večina dijakov v vseh državah ESPAD, ki so uporabili katerokoli ilegalno drogo, je uporabila marihuano (4). Število anketiranih, ki so poročali o rabi marihuane, je skoraj identično s celotno prevalenco uporabe ilegalnih drog. Na vrhu lestvice je Češka (44%), sledijo pa ji Francija, Irska, otok Man, Švica in Velika Britanija (38-40%). Gorenjska pa se z 38% dijakov, ki so že uporabili marihuano, uvršča med najbolj obremenjena območja in presega tudi Slovenijo (28%). Raba marihuane v zadnjih 30 dneh lahko kaže na redno rabo. Območja z najvišjo 30-dnevno prevalenco so Češka, Francija, otok Man, Švica in Velika Britanija (19-22%). Gorenjska z 20,5% dijakov, ki so priznali rabo marihuane v zadnjih 30 dneh, za 6,5% presega Slovenijo in se uvršča med najbolj obremenjena območja. V večini držav je po marihuani že poseglo več fantov kot deklet. V skupini držav, kjer so razlike med spoloma majhne, je tudi Slovenija (4), za Gorenjsko pa razlika ni značilna.

Ekstazi je bila med vsemi ilegalnimi drogami, o katerih uporabi je spraševal vprašalnik ESPAD, druga najpogostejše uporabljana droga za marihuano (4), tudi

na Gorenjskem. Na Češkem je po njem poseglo že 8% dijakov, sledijo Hrvaška, Estonija, Irska, otok Man, Nizozemska in Velika Britanija (5-7%). Na Gorenjskem je po tej drogi poseglo že 5% dijakov, kar je za 2% več kot v povprečju v Sloveniji.

O najvišji prevalenci vdihavanja hlapov je poročala Grčija (22%), druge države z visoko rabo pa so bile Ciper, Irska, otok Man, Malta in Slovenija (15-19%) (4). Tudi Gorenjska spada z 20% med območja z visoko porabo in presega Slovenijo za 5%.

## Zaključek

Raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino na Gorenjskem leta 2003 je ponovno potrdila, da sta alkohol in tobak drogi, ki sta še vedno najbolj razširjeni med gorenjskimi mladostniki, marihuana pa je droga, ki mlade najpogosteje popelje v svet ilegalnih drog. Raziskava je tudi pokazala, da se je Gorenjska v zadnjih štirih letih v slovenskem prostoru iz regije, ki je bila med najmanj obremenjenimi z rabo drog, premaknila med regije, ki so s to problematiko najbolj obremenjene. Tudi v evropskem prostoru se Gorenjska uvršča med bolj obremenjena območja. Ne samo, da se je v štirih letih znižal delež abstinentov za vse droge, ampak po vseh drogah gorenjski mladostniki posegajo pogosteje, v večjih količinah in tudi mlajši so, ko se z njimi prvič srečajo.

Za zaježitev naraščajoče rabe drog med mladostniki v gorenjski regiji je med drugim pomembna dobra informiranost vseh, ki so mladim blizu ali se z njimi poklicno ukvarjajo: staršev, pedagoških in svetovalnih delavcev, vzgojiteljev, zdravstvenih delavcev, nosilcev lokalnega odločanja, predstavnikov socialnih služb, policije, nevladnih organizacij, verskih in lokalnih skupnosti, lokalnih medijev in še mnogih drugih. Dobra informiranost je pomembna predvsem iz dveh razlogov: da problem uživanja drog pravočasno prepoznamo in da lahko ustrezno ukrepamo.

## Literatura

1. Kastelic A, Mikulan M. Mladostnik in droga: priročnik za starše in učitelje. Ljubljana: Prohealth, 2004: 15-28.
2. Hibell B, Andersson B, Ahlstrom S et al. The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN. The Pompidou Group at the Council of Europe, 2000: 13.
3. Stergar E, Hafner A, Stanojevič-Jerkovič O, Valič S. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino: poročilo ESPAD 1999 za Republiko Slovenijo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2001:5-8.

4. Summary of the 2003 findings. Pridobljeno 21.12.2004 s spletne strani: [www.espad.org](http://www.espad.org).
5. Dekleva B, Sande M. Tri leta kasneje: uporaba drog med dijaki ob koncu srednje šole. Ljubljana: DrogArt, 2003: 121-6.
6. Hafner A, Stergar E. ESPAD Gorenjska 1999. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo, 2000: 76.
7. Key results Slovenia. Pridobljeno 21.12.2004 s spletne strani: [www.espad.org/key\\_slovenia.html](http://www.espad.org/key_slovenia.html).

# ALI LAHKO NAPOVEMO ČAS VZDRŽEVALNEGA ZDRAVLJENJA Z METADONOM?

**Pregled 10-letnega dela Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPOZD) Brežice**

## CAN WE PREDICT TENURE IN METHADONE MAINTENANCE TREATMENT?

Initial ten years of services provided by the Brežice Centre for Prevention and Treatment of Illicit Drug Addiction

*Rade Iljaž<sup>1</sup>, Milka Kramar<sup>1</sup>*

Prispelo: 31. 5. 2005 - Sprejeto: 19. 9. 2005

Izvirni znanstveni članek  
UDK 613.83:616-085(497.4)

### Izvleček

**Uvod:** Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOD) v Brežicah je začel svoje delo leta 1995 kot del prvotne mreže tovrstnih centrov v Sloveniji. V centru sta za del delovnega časa stalno zaposlena zdravnik in diplomirana medicinska sestra.

**Metode:** Retrospektivna študija 10 let dela CPZOD Brežice, s primerjavo kazalcev dela po starosti in spolu in obliki ukrepa ter iskanje napovednih dejavnikov za čas zdravljenja v vzdrževalnem metadonskem programu (VMP) Centra.

**Rezultati:** V prvih 10 letih dela je v CPZOD Brežice bilo obravnavanih 205 državljanov Republike Slovenije. 93 jih je bilo vključenih v t.i. vzdrževalno metadonsko zdravljenje (VMZ), od tega 68 moških in 25 žensk. Ostale ste obravnavala psihologinja in psihiaer oz. so bili deležni psihosocialnih ukrepov. Povprečna starost ob prvem obisku centra je bila 21,8 let, in sicer 19,9 let za psihosocialno svetovanje in 24 let za vzdrževalno metadonsko zdravljenje. Z enosmerno analizo variance (ANOVA), smo ugotovili statistično značilne razlike glede povprečne starosti pri psihosocialnem svetovanju zaradi treh različnih prepovedanih drog (opiat, benzodiazepini in kanabis).

Z uporabo multivariatne analize smo kot statistično značilne napovedne dejavnike za čas zdravljenja v vzdrževalnem metadonskem programu potrdili povprečni in začetni najvišji odmere metadona.

**Zaključek:** Pri napovedovanju časa vzdrževalnega zdravljenja z metadonom velja upoštevati največji začetni in skupni odmerek metadona. Starost ob začetku zdravljenja pa načeloma nima pojasnjevalnega učinka pri napovedovanju časa vzdrževalnega zdravljenja z metadonom.

**Glavne besede:** odvisnost, vzdrževalno zdravljenje, metadon, psihosocialna podpora

Original scientific article  
UDC 613.83:616-085(497.4)

### Abstract

**Introduction:** The Brežice Centre for Prevention and Treatment of Illicit Drug Addiction (CPTIDA) was established in 1995 as part of the original network of such centres in Slovenia. The Brežice Centre employs a physician and a graduate nurse on a part-time basis.

**Methods:** A retrospective study of the initial ten years of services provided in the Brežice Centre, and a comparison

<sup>1</sup>Zdravstveni dom Brežice, Černelčeva 8, 8250 Brežice  
Kontaktirani naslov: e-pošta: rade.iljaz@guest.arnes.si

of key indicators by age, gender and type of therapeutic intervention. The purpose of the study was to determine significant treatment predictors of tenure in methadone maintenance programme.

**Results:** In the initial ten years of its existence, the Brežice Centre provided treatment to 205 Slovene citizens. Ninety-three of them, 68 men and 25 women, were included in the methadone maintenance programme, while others received psychological or psychiatric interventions as part of the psychosocial programme.

The average age at first visit to the Centre was 21.8 years (1.9 years in psychosocial programme vs. 24 years in methadone maintenance programme). The one-way ANOVA revealed statistically significant differences in the average age of entrants to the psychosocial counselling programme depending on the type of illicit drug used (opiate, cannabis and benzodiazepines). The highest average dose and the highest initial dose of methadone were found to be statistically significant predictors of average tenure in methadone maintenance.

**Conclusion:** The highest initial dose and the highest average dose of methadone are the factors to be considered when predicting methadone treatment tenure. The average age of programme entrants has no impact on the average tenure in methadone treatment.

**Key words:** addiction, maintenance, methadone, psychosocial support

## 1 Uvod

CPOZD v Brežicah je začel svoje delo leta 1995 kot del prvotne mreže tovrstnih centrov v Sloveniji (1). Namenjen je predvsem zunajbolnišnični oskrbi prebivalcev treh Posavskih občin, ki občasno ali redno uživajo prepovedane droge. V centru sta za del delovnega časa stalno zaposlena zdravnik in diplomirana medicinska sestra. Pri psihosocialni obravnavi sodelujeta še psihologinja in psihiater.

Potreba po ustanovitvi centra za celovito obravnavo odvisnikov od prepovedanih drog se je kazala že vsaj pol desetletja prej. Takrat so posamezni zdravniki v ZD Brežice odtegnitvene težave heroinskih odvisnikov občasno lajšali tudi s predpisovanjem nadomestne metadonske terapije. K večjemu povpraševanju po drogah in zgodnjemu uvajanju nadomestne metadonske terapije v občini Brežice sta svoj delež prispevali pomembne prometne povezave in bližnje velenje mesto v takrat skupni državi.

Nosilci osnovne zdravstvene dejavnosti v Posavju in ustanovitelji koordinacije slovenskih centrov za zdravljenje odvisnosti že od začetka delovanja koordinacije niso imeli večjih dvomov glede pomena ustanavljanja enega od prvih 9 centrov ravno v Posavski regiji.

Ko smo se po 10 letih dela ozrli v hitro minulo desetletje, so bili naši občutki mešani. Prepričani smo, da je vsako izmed nas, ki smo se dejavno vključevali v zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog ter preprečevanje in zmanjševanje škode, ki jo le –te mladim ljudem in širši družbi povzročijo, svoje delo opravljal po najboljših močeh. Prav je, da bi tudi širša strokovna javnost lahko presojala rezultate tega dela.

## 2 Metode

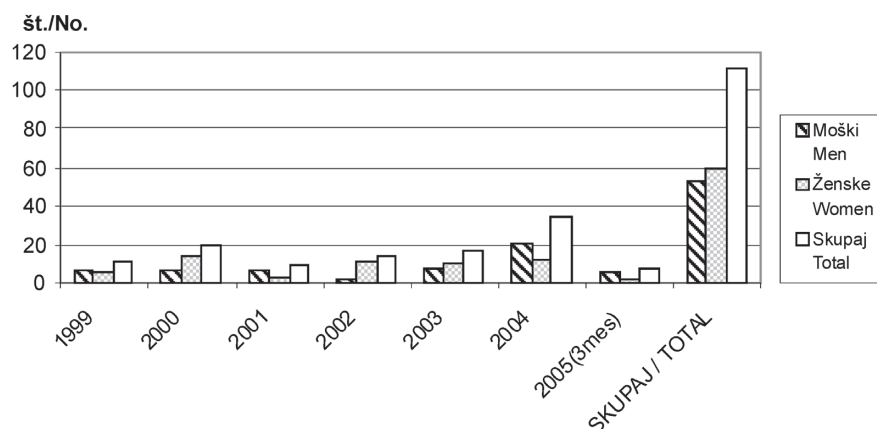
Retrospektivna študija 10 let dela Centra za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti v Brežicah. Primerjava kazalcev dela po starosti in spolu in obliki ukrepov. Iskanje napovednih dejavnikov za čas zdravljenja v VMP Centra. Analiza podatkov s pomočjo statističnega paketa Data analysis plus in SPSS.

## 3 Rezultati

Od junija 1995 do marca 2005, torej v slabih desetih letih, je v našem centru bilo obravnavanih 205 prebivalcev R Slovenije, ki so občasno ali redno uporabljali eno od prepovedanih drog. Med njimi jih je bilo 93 vključenih v t.i. nadomestno zdravljenje z metadonom, in sicer 68 moških in 25 žensk. Ostali so bili deležni psiho-socialne podpore in svetovanja (53 moških in 59 žensk - od leta 1999). V več kot 80% je razlog za zdravljenje bila zloraba opiatov, predvsem heroína.

Do začetka leta 2005 nismo imeli vpeljane nobene druge oblike nadomestnega zdravljenja odvisnosti od opiatov. Največ prvih pregledov uživalcev opiatnih drog smo beležili v letih 1998 (20 - vsi so bili vključeni v VMZ) in 2004 (21 - 14 jih je bilo vključenih v VMZ). Na sliki 1 je prikazana dinamika vključevanja v psihosocialno obravnavo in svetovanje.

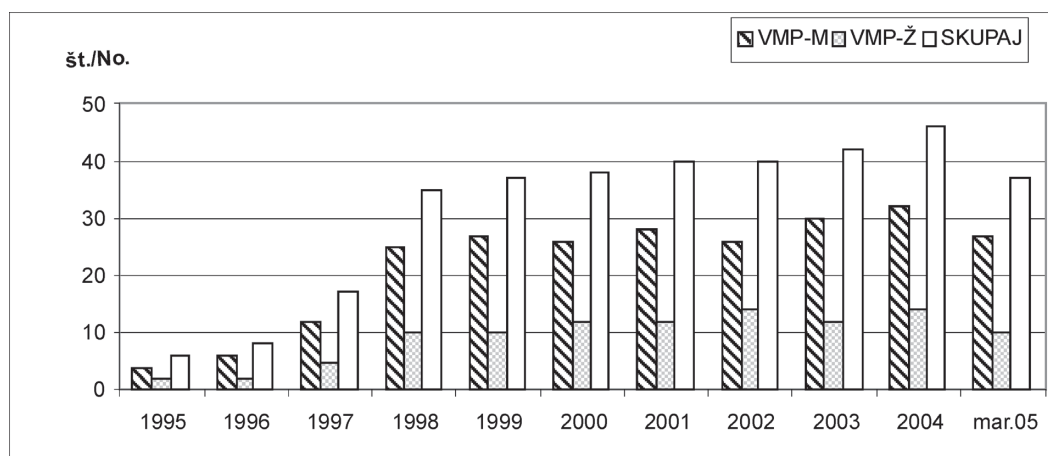
Povprečna starost ob prvem stiku z našim CPOZD je bila 21,8 let (IZ = 0,9 let) in sicer pri psihosocialnem svetovanju 19,9 let (IZ = 1,2 leti) in ob vstopu v VMZ 24 let (IZ = 1,2 leti). Moški so se nekoliko pozneje vključevali v VMZ (24,2 let; IZ = 1,5) in nekoliko prej v



Slika 1. Število prvih psihosocialnih svetovanj, po letih in spolu (tisti, ki so bili deležni zgolj psihosocialnih ukrepov).

Figure1. The number of first psychosocial interventions by years and gender (recipients of psychosocial counselling only).

Na sliki 2 je prikazano število heroinskih odvisnikov, ki so v posameznih letih bili vključeni v VMZ.



Slika 2. Vključeni v VMZ po letih in spolu.

Figure2. MMT clients by years and gender.

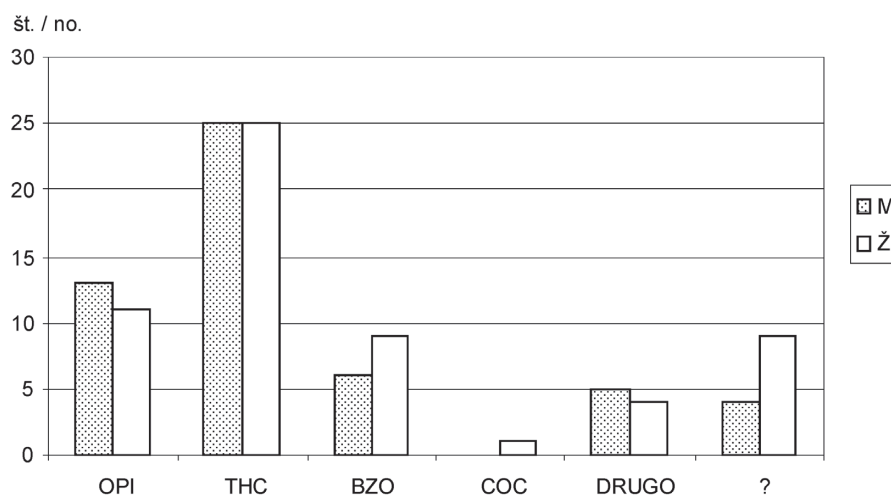
psihosocialno svetovanje (19,7 let; IZ = 1,4 let), vendar brez statistično značilnih razlik med spoloma ( $p < 0,05$ ). Najpogostejši razlog za psihosocialno svetovanje je bilo uživanje kanabisa ( $n = 50$ ), nato opiatov ( $n = 26$ ) in pomirjeval ( $n = 15$ ; slika 3).

Med temi tremi skupinami smo tudi ugotovili statistično pomembne razlike glede na povprečno starost ob prvem stiku z našim COPZD (enosmerna ANOVA,  $p < 0,001$ ). Najnižja povprečna starost je bila ob svetovanju zaradi zlorabe kanabisa (17,7 let, IZ = 0,9) in najvišja ob svetovanju zaradi zlorabe opiatov (24,4 let; IZ = 3,2 leti). Več kot 2/3 (72 %) zdravljenih v VMZ je občasno uživalo tudi kanabis, podoben odstotek (73 %) je posegal po pomirjevalih. Slaba tretjina (31 %) je v anamnezi navajala

občasno uživanje kokaina, kar s hitrimi kvalitativnimi testi na prisotnost metabolitov kokaina v urinu ni bilo potrjeno.

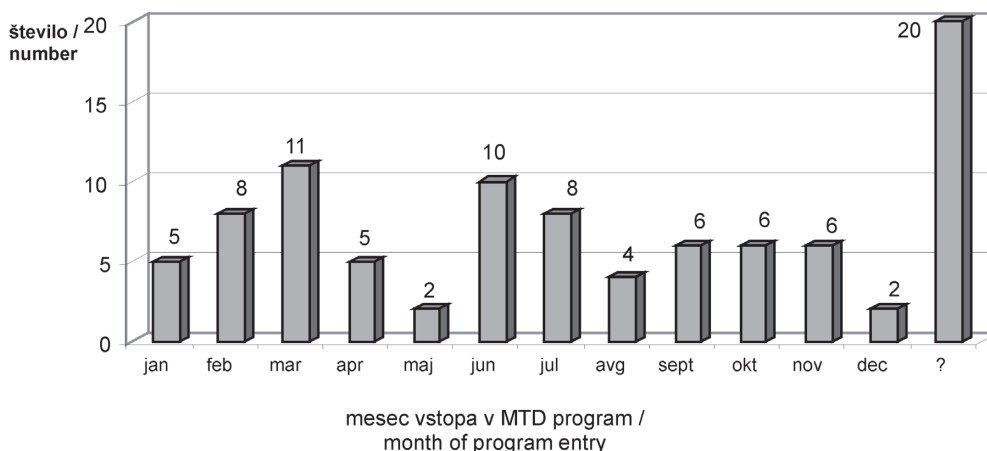
Največ prvih vstopov v VMZ je bilo v marcu (11) in juniju (10), vendar med letnimi obdobji ni statistično značilnih razlik glede števila prvih zdravljenj (ANOVA,  $p < 0,05$ ). Na sliki 4. je prikaz števila vključenih v zdravljenje z metadonom glede na mesec začetka zdravljenja.

Največje število vključenih v VMZ je imelo zgolj osnovnošolsko izobrazbo (42). Nismo ugotovili statistično pomembnih razlik v povprečni starosti skupin z različno stopnjo izobrazbe (enosmerna ANOVA,  $p < 0,05$ ). Slika 5 prikazuje izobrazbeno strukturo zdravljenih z metadonom.



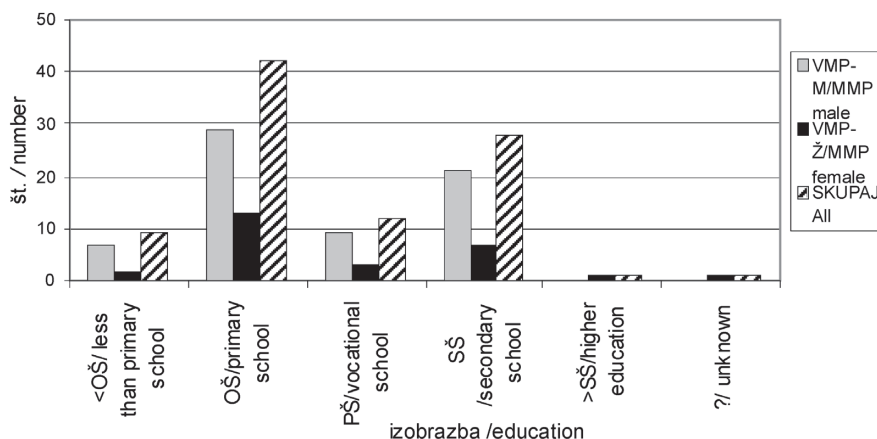
Slika 3. Prva droga kot razlog za psihosocialno svetovanje.

Figure 3. The first drug as a reason for psychosocial counselling.



Slika 4. Mesec začetka nadomestnega zdravljenja z metadonom.

Figure 4. Month at entry to MMP.



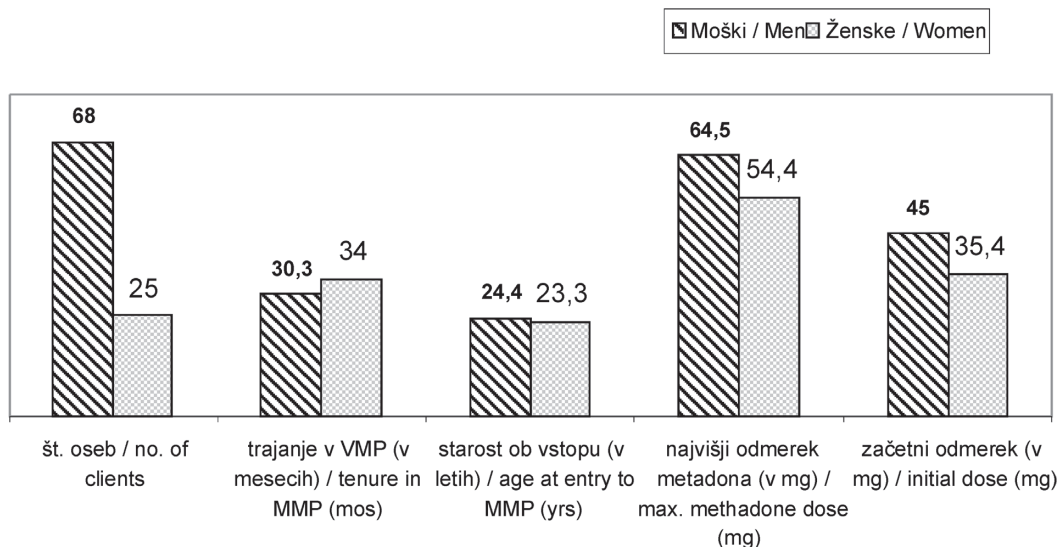
Slika 5. Zdravljeni v VMP po izobrazbi.

Figure 5. MMP clients by education.

Primerjali smo tudi ostale pomembnejše kazalce po spolu vključenih v VMZ (Sliki 6 in 7).

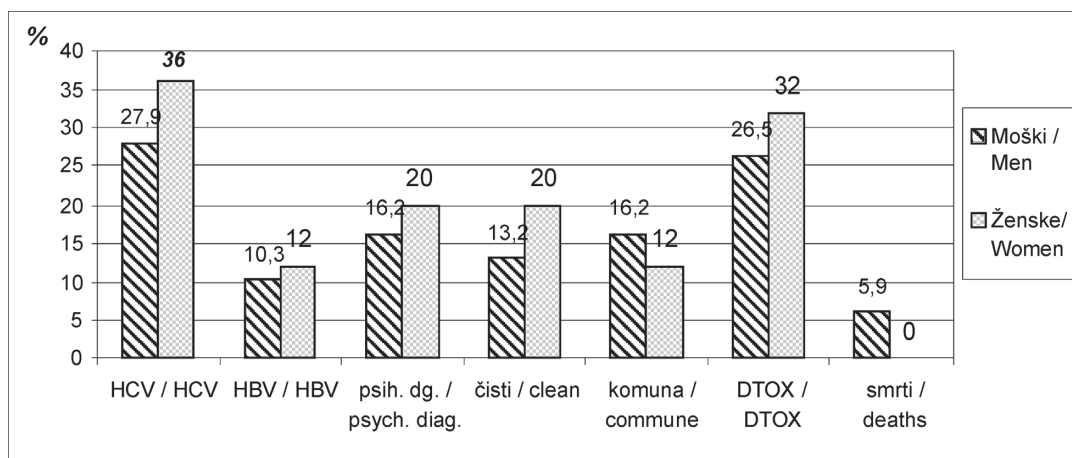
Približno 27 % vključenih v program je bilo žensk in 73 % moških. Povprečna starost žensk ob začetku VMZ je bila 1 leto nižja od povprečne starosti moških, v program so bile v povprečju vključene 3 leta dlje. Najvišji povprečni odmerek metadona in najvišji začetni odmerek sta bila pri moških za 10 mg. višja. Kot najvišji začetni odmerek smo upoštevali najvišji predpisani odmerek metadona v prvem mesecu uvajanja ob negativnih urinskih testih na heroin. Najvišji predpisani odmerek metadona nasploh je bil 220 mg.

Odstotek žensk, okuženih z virusom hepatitisa B ali C ali so imele dvojno (psihiatrično) diagnozo je bil nekoliko višji kot pri moških, vendar brez statistično značilnih razlik. Podobno razmerje med spoloma je bilo pri deležu tistih, ki so po naših podatkih bili več kot eno leto »čisti« (brez droge in izven metadonskega programa) in pri tistih, ki so bili zdravljeni na oddelku za detoksikacijo v Ljubljani. Relativen delež moških je bil višji le pri zdravljenju v terapevtskih skupnostih (komunah). Med moškimi, so zabeležene štiri smrti, vse po izstopu iz vzdrževalnega metadonskega zdravljenja (dva samomora, eno predoziranje s heroinom in en neznani vzrok smrti). Med odvisnicami nismo zabeležili smrtnih primerov.



Slika 6. Zdravljeni v VMP, primerjava med spoloma.

Figure 6. MMP clients, comparison between genders.



Slika 7. Zdravljeni v VMP, primerjava kazalcev po spolu (v odstotkih).

Figure 7. Treated in MMP, indicators by gender.

Za konec smo poiskali napovedne dejavnike za čas zdravljenja v vzdrževalnem metadonskem programu. Kot neodvisne napovedne dejavnike smo vključili: najvišji začetni odmerek metadona, najvišji odmerek med zdravljenjem in starost ob začetku zdravljenja. Naš model se je izkazal za statistično značilen z mejo statistične značilnosti  $p < 0,05$  (tabela 1).

Kot statistično značilni napovedni dejavniki so se izkazali: najvišji začetni odmerek metadona ( $p < 0,005$ ) in najvišji skupni odmerek metadona ( $p < 0,05$ ), medtem ko se starost ob začetku zdravljenja ni izkazala za statistično značilen napovedni dejavnik ( $p > 0,05$ , Tabela 3.)

Tabela 1. Statistična značilnost modela (ANOVA).

Table 1. Statistical significance of the model (ANOVA).

| Model / Model |                        | Vsota kvadratov / Sum of squares | Stopinje prostosti / Degree of freedom | Povprečje kvadratov / Average sum of squares | F vrednost / F-value | p       |
|---------------|------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|---------|
| 1             | Regresija / Regression | 4.846                            | 3                                      | 1.615                                        | 3.770                | .013(a) |
|               | Ostanki / Remainder    | 38.131                           | 89                                     | .428                                         |                      |         |
|               | Skupaj / Total         | 42.977                           | 92                                     |                                              |                      |         |

a) Neodvisne spremenljivke / independent variables /: max. odmerek, / max. dose / (mg), LogVststar, zač.odmerek / initial dose / (mg)

b) Odvisna spremenljivka / dependent variable /: LogMTD čas / LogMTD time

Z modelom, ki vključuje 3 neodvisne spremenljivke, nam je uspelo pojasniti slabih 9 odstotkov variabilnosti v času zdravljenja v VMP (tabela 2).

Tabela 2. *Pojasnjena variabilnost regresijskega modela.*Table 2. *The explained variability of the regression model.*

| Model / Model | R       | Koef.determinacije / Coefficient of determination | Prilagojeni koef. determinacije / Adjusted coefficient of determination | SE     |
|---------------|---------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1             | .336(a) | .113                                              | .083                                                                    | .65455 |

Neodvisne spremenljivke: maxodm (mg), LogVststar, zac.odmerek (mg) / Independent variables: max dose (mg), Log E age, initial dose (mg)

Tabela 3. *Sstatistična značilnost posameznih napovednih dejavnikov modela.*Table 3. *Statistical significance of individual predicting variables.*

| Mode / Model |                                 | Nestandardizirani koeficienti / Non -standardized coefficients |                | Standardizirani koeficienti / Standardized coefficients | t      | p    |
|--------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------|--------|------|
|              |                                 | B                                                              | Std. napaka SE | Beta                                                    |        |      |
| 1            | Konstanta / Constant            | 2.114                                                          | .974           |                                                         | 2.170  | .033 |
|              | LogVststar / LogE age           | -.716                                                          | .720           | -.102                                                   | -.996  | .322 |
|              | zac.odmerek (mg) / initial dose | -.009                                                          | .003           | -.374                                                   | -3.133 | .002 |
|              | maxodm (mg) / max.dose          | .006                                                           | .002           | .314                                                    | 2.588  | .011 |

Odvisna spremenljivka: LogMTD (mes) / Dependent variable: Log MTD (mos)

## 4 Razpravljanje

Analiza desetletnega dela Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti v Brežicah bi bila lahko še podrobnejša, in zajela vrsto drugačnih primerjav in kazalcev. Sam vzorec ni omogočal celovitejše analize v manjših podskupinah. Velikega deleža opravljenega dela v teh desetih letih, predvsem v dveh terapevtskih skupinah in številnih preventivnih programih v lokalni skupnosti nismo podrobneje omenjali in analizirali. Prizadevali smo se predvsem za čimbolj natančen zajem in prikaz obstoječih podatkov, kar za začetna leta dela ni bila ravno enostavna naloga.

Pri analizi svojega dela smo podatke iz našega Centra primerjali predvsem s tistimi v Nacionalnih poročilih o stanju na področju nedovoljenih drog za leti 2003 in 2004 (2, 3, 4, 5) in kot tudi poročilo o stanju na področju drog v EU (6).

V našem Centru je bilo v letu 2004 zdravljenih 84 oseb, od tega jih je bilo 46 vključenih v VMZ. To je slabe 3 % vseh oseb zdravljenih v slovenski mreži tovrstnih Centrov oz. 2,1 % vseh oseb, ki so v Sloveniji vključeni v nadomestno zdravljenje z metadonom. V skupnem številu smo nekoliko presegali slovensko povprečje po številu oseb, ki so bile deležne zgolj psihosocialne obravnave. Ravno tako, je bil nekoliko višji odstotek vključenih žensk (27 % vs. 22,1 %). Razmerje med odvisniki in odvisnicami, vključenimi v VMZ, je približno 3;1, kar je povsem primerljivo s podatki iz slovenske in tuje literature (7, 8).

Povprečna starost ob prvem stiku z našim centrom je bila nekoliko nižja od povprečja vseh centrov, pri čemer je bila povprečna starost pri moških skoraj podobna. Upoštevajoč podatke iz Nacionalnih poročil bi bil povprečni čas zlorabe opiatov pred zdravljenjem v našem Centru več kot 6 let. Povprečne starosti ob

prvem stiku z drogo nismo posebej beležili, posredno iz podatkov o prvem stiku z našim Centrom pa lahko sklepamo, da je obrazec prvega jemanja prepovedane droge podoben slovenskemu povprečju. To predvsem velja za bistveno nižjo povprečno starost ob začetku zlorabe kanabisa v primerjavi z drugimi drogami in za 4- do 5-letno zamudo do začetka zdravljenja odvisnosti. Glede hkratnega jemanja več drog smo nekoliko nad slovenskim povprečjem, tako pri kanabisu (72 % vs. 60,7 %) kot pri kokainu (31 % vs. 21,2 %). Za hkratno jemanje pomirjeval pa so odstotki občutno višji, kot to navajajo v nekaterih tujih študijah (9-11). Podatkov o zlorabi alkohola nismo beležili. Skupen odstotek tistih, ki so hkrati uporabljali več nedovoljenih drog, je precej nad slovenskim povprečjem (88 % vs. 69 %), kar deloma razlagamo z bližino meje in posledično višjo dostopnostjo nekaterih drog, predvsem iz skupine pomirjeval.

Pri primerjavi različnih kazalcev pri tistih, ki so bili zdravljeni v vzdrževalnem metadonskem programu, smo bili predvsem pozorni na : čas zdravljenja v programu, povprečne odmerke metadona in pridružene psihične in kronične nalezljive bolezni. Predpisani odmerki metadona so bili skladni s slovenskimi priporočili (12).

Prevalenca protiteles za virus hepatitisa B je bila primerljiva s slovenskim povprečjem (11,2 % vs 10,4 %), medtem ko je bila prevalenca protiteles za virus hepatitisa C nekoliko višja od slovenskega povprečja (28,5 % vs 22,2 %), hkrati pa precej nižja od navedb drugega največjega slovenskega centra za zdravljenje odvisnosti (28,5 % vs. 40 %) (13). Dejstvo, da ob zaupnih testiranjih nismo dobili HIV pozitivnih izidov, štejemo med ugodne kazalce za delo našega centra, ki so v skladu s splošnimi slovenskimi trendi (14).

Komorbidnost ali dvojna diagnoza je po SZO opredeljena kot »sopojavnost motnje zaradi uživanja psihoaktivne snovi in druge psihične motnje pri istem posamezniku« (15). Nekateri avtorji so pri pregledu več študij ugotavljali, da je najbolj običajna psihiatrična diagnoza med uživalci prepovedanih drog »osebnostna motnja«, ki prizadene med 50-90 % vseh uživalcev drog, medtem ko se psihotične motnje pojavljajo pri 20 % uživalcev drog. (6). Naši podatki, ki so zajemali predvsem potrjene psihotične motnje, so primerljivi s temi navedbami (17,2 %).

Naš poskus, da bi s pomočjo nekaterih parametrov vsaj približno napovedali čas vzdrževalnega metadonskega zdravljenja, se je izkazal za uspešnega. Zaradi sorazmerno majhnega vzorca in pri omejenem naboru

napovednih dejavnikov smo vključili le tri intervalne spremenljivke, med katerimi sta se dve izkazali za statistično značilna napovedna dejavnika, sicer z nizkim deležem pojasnjene variabilnosti (9 %). Pozitivna povezava med povprečnim odmerkom metadona in časom zdravljenja v VMZ je ugotovljena tudi v številnih tujih študijah (16-21). Nekateri avtorji so vendarle ugotavljali najmanj izstopov iz programa pri tistih z nižjimi vzdrževalnimi odmerki metadona. V posameznih študijah je bilo boljše sodelovanje zdravljenih v VMP doseženo tudi programih, kjer so bili cilji in načrti ob začetku zdravljenja bili jasno opredeljeni in kjer so se pogosteje delali kvalitativni urinski testi (16, 17, 22). Dalj časa so v programih ostajali predvsem tisti z daljšim odvisniškim stažem in tisti z urejenimi ekonomskimi razmerami (23). Pri načrtovanju zdravljenja ob vstopu odvisne osebe v VMP se je pomembno zavedati komplementarnosti psihosocialnega in medikamentnega pristopa in (17, 24).

Čas obravnave odvisnika v vzdrževalnem metadonskem programu je pomemben kazalec dela posameznega Centra. V zadnjem letu so se v Sloveniji terapevtske možnosti razširile z registracijo novih nadomestnih zdravil - buprenofrina in dolgodelojočega morfina.

## 5 Zaključek

Pri analizi prvih 10 let dela našega Centra smo se potrudili zajeti in prikazati najbolj značilne kazalce dela tovrstnega Centra in poiskati nekatere napovedne dejavnike za čas zdravljenja v VMP.

Iz neuradnega poizvedovanja po lekarnah in zdravstvenih ustanovah v regiji in predvsem iz podatkov o zamenjavi in prodaji brizg ocenjujemo, da je odvisnih od opiatnih drog, ki niso vključeni v programe našega centra, vsaj približno tolikšno kot tistih, ki so dejansko vključeni v zdravljenje.

Vsekakor bi bilo potrebno in smiselno izdelati podobno analizo v širšem slovenskem prostoru in vključiti več možnih napovednih spremenljivk (npr. ekonomski status, izobrazbo, sodelovanje odvisnika, slog dela ambulate ipd).

## Literatura

1. Kastelic A, Rihtar TK. The network of Centres for the Prevention and Treatment of Drug Addiction in the Republic of Slovenia. Med Arh 2001; 55: 135-9.
2. Grgič VM, Vegnuti M, Lovrečič M, Drobne M. Problem drug use. In: Lovrečič M, editor. Report on the drug situation 2004 of the Republic of Slovenia. Ljubljana, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2004: 45-50.

3. Lovrečič M. Drug- Related Treatment. In: Lovrečič M, editor. Report on the drug situation 2004 of the Republic of Slovenia. Ljubljana, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2004: 54-66.
4. Klavs I. Drug related infectious diseases. In: Lovrečič M, editor. Report on the drug situation 2003 of the Republic of Slovenia. Ljubljana, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2003: 29-31.
5. Lovrečič M, Vegnuti M, Pribaković R, Belec M, Šemerl ŠJ. Health Consequences. In: Lovrečič M, editor. Report on The Drug Situation 2003 of the Republic of Slovenia. Ljubljana, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2003: 22-28.
6. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami. Letno poročilo o stanju na področju drog v Evropski Uniji in na Norveškem. Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2004.
7. Lovrečič M, Drobne M, Vegnuti M. Ženske in prepovedane droge. Zdrav Var 2004; 43: 205-17.
8. Drugnet Europe- Editorial. Male and female drug use: Is the gap narrowing? - Newsletter of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon, April-June 2005: 1-7.
9. Bleich A, Gelkopf M, Weizman T, Adelson M. Benzodiazepine abuse in a methadone maintenance treatment clinic in Israel: characteristics and a pharmacotherapeutic approach. Isr J Psychiatry Relat Sci 2002; 39: 104-12.
10. Segura M, Barbosa J, Torrens M, Farre M, Castillo C, Segura J, de la Torre R. Analytical methodology for the detection of benzodiazepine consumption in opioid-dependent subjects. J Anal Toxicol 2001; 25: 130-6.
11. Rooney S, Kelly G, Bamford L, Sloan D, O'Connor JJ. Co-abuse of opiates and benzodiazepines. Ir J Med Sci 1999; 168: 36-41.
12. Kastelic A., Kostnapfel-Rihtar T. Metadonske smernice - slovenska priredba. Ljubljana: Koordinacija Centrov za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog, 2001.
13. Baklan Z, Gorisek JR, Poljak M, Pisec A. Prevalence of HIV, hepatitis B, C and G virus infections among injecting drug users on methadone maintenance treatment in Maribor. Wien Klin Wochenschr 2004; 116 Suppl 2: 5-7.
14. Klavs I, Poljak M. Unlinked anonymous monitoring of human immunodeficiency virus prevalence in high- and low-risk groups in Slovenia, 1993-2002. Croat Med J 2003; 44: 545-9.
15. WHO. Lexicon of alcohol and drug terms. WHO, Ženeva 1995.
16. Joe GW, Simpson DD, Hubbard RL. Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. J Subst Abuse 1991; 3: 73-84.
17. Preston KL, Umbricht A, Epstein DH. Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 395-404.
18. Maxwell S, Shinderman M. Optimizing response to methadone maintenance treatment: use of higher-dose methadone. J Psychoactive Drugs 1999; 31: 95-102.
19. D'Ippoliti D, Davoli M, Perucci CA, Pasqualini F, Bargagli AM. Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage. Drug Alcohol Depend 1998; 52: 167-71.
20. Maremmani I, Nardini R, Zolesi O, Castrogiovanni P. Methadone dosages and therapeutic compliance during a methadone maintenance program. Drug Alcohol Depend 1994; 34: 163-6.
21. Anderson JF, Warren LD. Client retention in the British Columbia Methadone Program, 1996-1999. Can J Public Health 2004; 95: 104-9.
22. Caplehorn JR, Irwig L, Saunders JB. Physicians' attitudes and retention of patients in their methadone maintenance programs. Subst Use Misuse 1996; 31:6 63-77.
23. del Rio M, Mino A, Perneger TV. Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. Addiction 1997; 92: 1353-60.
24. Pacini M, Maremmani I. Medical meaning of psychosocial issues of heroin addiction. Heroin Addiction and Related Clinical Problems 2005; 2: 37-47.

# VZROKI ZA OSIP V AMBULANTNI OBRAVNAVI ODVISNIH OD ALKOHOLA

## REASONS FOR DROP OUT OF OUT-PATIENT TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENCE

Miloš Židanik<sup>1</sup>, Daniela Mrzlekar-Svetel<sup>1</sup>

Prispelo: 30. 5. 2005 - Sprejeto: 19. 9. 2005

Izvirni znanstveni članek  
UDK 613.83:616-085

### Izvleček

**Uvod:** Značilnost obravnave odvisnosti od alkohola, kot sicer tudi drugih kroničnih bolezni, je sorazmerno visoka stopnja osipa in velik delež recidivnosti. Želeli smo preveriti vzroke za prekinitev zdravljenja odvisnosti od alkohola v ambulantnih pogojih.

**Metode:** 120 posameznikom z ugotovljeno odvisnostjo od alkohola, ki so se odločili za intenzivno obravnavo odvisnosti in to samovoljno prekinili v različni fazi obravnave, smo poslali na pol strukturiran vprašalnik, s pomočjo katerega smo želeli dobiti podatke o aktualnem uživanju alkoholnih pijač, o vzrokih za prekinitev programa in možnostih o ponovni vključitvi v program.

**Rezultati:** Dobili smo podatke o 32 posameznikih, kar pomeni 26,7-odstotno odzivnost. Rezultati so pokazali na sorazmerno visok delež abstinence: pri 19 posameznikih, kar pomeni 15,8% celotnega vzorca ( $n=120$ ) oz. pitje znotraj meja manj tvegane pitja. To znaša skupaj 20,8- odstotni delež celotnega vzorca. Med vzroki za osip so prevladovali subjektivni vzroki: pasivnost, občutek sramu, pomanjkanje časa, pomembni so bili zunanji vzroki (odnos s terapevtom, odpor do zdravljenja v domačem okolju), v nekaj primerih pa je prišlo do menjave terapevtskega okolja (npr. hospitalizacija).

**Zaključek:** Po tej raziskavi smo avtorji revidirali lastne predstave o osipu in dogradili nekatere lastne terapevtske postopke.

**Ključne besede:** motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, alkoholizem, zdravljenje

Original scientific article  
UDC 613.83:616-085

### Abstract

**Background:** Out-patient treatment of alcoholics is characterized by high patient drop out, generally interpreted as resumption of alcohol abuse. The purpose of this survey was to test this hypothesis.

**Methods:** A semi-structured questionnaire was sent to 120 individuals with alcohol dependence, who dropped out at different stages of the therapeutic programme. The questionnaire addressed the current use of alcohol in the target population, the reasons for patient drop out and the possibilities for re-entering the programme.

**Results:** The response rate was 26.7 per cent (32 respondents). A relatively high proportion of respondents reported abstinence (19 or 15.8% of the whole sample,  $n=120$ ) and non-problem drinking (20.8% of the whole sample). The reasons for drop out included passivity, lack of time, problems in the therapist-patient relationship, resistance in the patient's family and change in the therapeutic setting (hospitalisation).

**Conclusions:** The results obtained made us change our attitude to patient drop out and revise our therapeutic strategies.

**Key words:** substance-related disorders, alcoholism, therapy

<sup>1</sup>Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, Sodna ulica 13, 2000 Maribor  
Kontaktirni naslov: e-pošta: milos.zidanik@zd-mb.si

## 1 Uvod

Sindrom odvisnosti od alkohola je kronična bolezen, katere sestavni del sta tudi dolgotrajno zanikanje problema odvisnosti, pozneje pa recidiv kot bolezenska stvarnost in zastoj v procesu zdravljenja. Raziskave kažejo, da le eni petini bolnikov uspe po odločitvi za zdravljenje doseči dolgotrajno abstinenco (1). Že med bolnišničnim zdravljenjem naj bi znašala recidivnost med 10 in 20 %, v prvih šestih mesecih po končanem zdravljenju bi naj recidivirala tretjina zdravljenih pacientov in v enem letu kar tri četrtine (po Auerju (2)). Po 18 mesecih stabilne abstinence je letno tveganje za recidiv 3,8 % v prvih petih letih in 2,6 % v naslednjih šestih letih. Dejavnike tveganja za recidiv vidijo raziskovalci v zgodnejšem obdobju abstinence pri motnjah razpoloženja in v poznejšem obdobju pri osebnostnih motnjah (3). Zato je natančno in večosno diagnosticiranje vitalnega pomena pri načrtovanju ustreznega zdravljenja (4). Raziskave kažejo, da ima kar 24 % moških, odvisnih od alkohola, enkrat v življenju obdobje velike depresije, kar je trikrat pogostejše kot pri ostalih moških, oz. kar 48,5% od alkohola odvisnih žensk, kar je štirikrat pogostejše kot pri vseh ženskah (5). Nekateri raziskovalci osip pri zdravljenju enostavno pripišejo recidivu. Slabo napoved zdravljenja povezujejo z določenimi socialnodemografskimi in kliničnimi značilnostmi, kot so anamnestični podatki o dotedanji samomorilnosti, depresiji in anksioznosti, komorbidnost z afektivnimi in osebnostnimi motnjami ter s telesnimi zapleti odvisnosti od alkohola in podatki o psihičnih motnjah v družinski anamnezi (6). V slovenskem prostoru je o osipu iz programov zdravljenja odvisnosti od alkohola največ poročal Rugelj. Po hospitalni obravnavi na Škofljici (v letih 1971-1973) je po 54 mesecih abstiniralo še 63,2% odvisnih (7). V njegovem aktualnem ambulantnem programu zdravljenja je osip večji. V prvi fazi zdravljenja (do tri leta) znaša osip do 70% (8). V zadnjem obdobju se kot doseženi cilj zdravljenja odvisnosti od alkohola ne pojavlja več izključno popolna abstinenca alkoholnih pijač, temveč odsotnost znakov odvisnosti ter abstinence ali pitje znotraj meja manj tveganega pitja. Upošteva ta merila so tudi izidi sindroma odvisnosti od alkohola drugačni in bolj optimistični. Raziskava, opravljena na velikem vzorcu splošne populacije, je pokazala, da skoraj 36 % oseb, odvisnih od alkohola, doseže ozdravitev po omenjenih merilih (9). Ugotovili so, da je bilo leto dni po retrogradno ugotavljeni odvisnosti 25,0 % preiskovancev še vedno odvisnih od alkohola, 11,8 % jih je sodilo v skupino tveganih pivcev brez simptomov

odvisnosti, 17,7 % jih je bilo brez simptomov odvisnosti ob manj tveganem pitju, 18,2 % pa je pitje alkohola popolnoma opustilo (9). Ti podatki se praktično izenačijo s podatkom uspešnosti zdravljenja odvisnosti (1, 2), vendar jih je potrebno sprejeti s kritično distanco. Že sami avtorji so menili, da kažejo raziskave kliničnih študij v primerjavi s populacijskimi slabše rezultate, ker vključujejo posameznike s težjimi oblikami zasvojenosti in tako izključujejo tiste, ki so uspeli ozdraveti brez zdravljenja, populacijske študije pa v raziskave pogosto zajamejo posameznike s škodljivim uživanjem alkoholnih pijač, kjer je napoved spremembe škodljivih navad seveda izrazito boljša. Boljše podatke dajejo tudi raziskave, osnovane na primerjavi sedanjega stanja glede na stanje pred letom dni, tako glede na raziskave življenjske pojavnosti odvisnosti, pa tudi ker gre za retrospektivno raziskavo, ki izključi vse posameznike, ki so zaradi posledic odvisnosti od alkohola v tem času umrli (9).

### 1.1 Namen dela

V Dispanzerju za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti v Zdravstvenem domu v Mariboru smo naleteli na problem visokega osipa med zdravljenjem. Vzrokov za osip nismo želeli enostavno pripisati odvisnim od alkohola: njihovim odporom in recidivu odvisniškega vedenja. Raziskavo smo opravili s ciljem, da bi naš program zdravljenja glede na izide raziskave prilagodili potrebam bolnikov in tako zmanjšali osip v tistem delu, na katerega lahko vplivamo sami. Hkrati smo želeli preveriti, kolikšen del ljudi, ki so bili pregledani in vključeni v zdravljenje v naši ambulanti, pije in ali svoje pitje lahko nadzorujejo.

## 2 Metode

Vsem posameznikom, ki so se v obdobju od januarja 2001 do marca 2005 odločili za intenzivno obravnavo odvisnosti, pa so program zapustili brez dogovora s terapevtom, smo poslali na pol strukturirani vprašalnik, ki vsebuje postavke glede možnih neposrednih in posrednih vzrokov izpada iz programa zdravljenja ter vprašanja glede aktualnega odnosa do uživanja alkoholnih pijač. Program zdravljenja so zapuščali različno: nekateri takoj po prvem pregledu kljub pristanku na intenzivno obravnavo, drugi ob menjava terapevta ob vstopu v začetno intenzivno obravnavo, tretji po vstopu v skupino za izobraževanje iz odvisnosti od alkohola in četrti po vstopu v skupino za zdravljenje odvisnosti, ki traja vsaj dve leti.

### 3 Vzorec

V obdobju od januarja 2001 in marca 2005 je bilo v našem Dispanzerju pregledanih 416 ljudi zaradi škodljivega uživanja ali odvisnosti od alkohola. Le manjši del se je odločil za intenzivno obravnavo odvisnosti (n= 168) in tudi med temi je bil visok osip.

Skupaj je bilo v tem času 123 ljudi, ki so predčasno zapustili intenzivno obravnavo odvisnosti (73,2 %). Tem smo konec aprila 2005 poslali vprašalnik. Zaradi spremembe naslova treh posameznikov z vprašalnikom nismo dosegli. Od ostalih smo dobili odgovor od 32 posameznikov, 27 moških in petih žensk, kar pomeni 26,7- odstotno odzivnost.

Tabela 1. *Bolniki, ki so iskali strokovno pomoč v Dispanzerju za psihohigieno v Zdravstvenem domu Maribor v obdobju od 1.1.2001 do 31.3.2005 in pri katerih smo ugotavljali težave, povezane z uživanjem alkoholnih pijač.*

Table 1. *Patients with alcohol-related problems who sought medical attention in the Mental Health Clinic, Maribor Health Centre between 1 Jan. 2001 and 31 March 2005.*

|                                                     | Moški / Men | Ženske / Women | Skupaj / Total |
|-----------------------------------------------------|-------------|----------------|----------------|
| Število prvih pregledov / No. of first examinations | 343         | 73             | 416            |
| Število ljudi s F 10.2 / No. of F 10.2 subjects     | 238         | 44             | 282            |
| Število ljudi s F10.1-2 / No. of F10 1-2 subjects   | 44          | 9              | 53             |
| Število ljudi s F10.1 / No. of F10.1 subjects       | 61          | 20             | 81             |

Tabela 2. *Odločitev za obravnavo in osip glede na bolnike s posamezno diagnostično kategorijo. M- moški, Ž- ženske, F10.2- odvisnost od alkohola, F10.1- škodljivo uživanje alkoholnih pijač, F10.1-2- diagnostična opredelitev ob prvem pregledu ni dokončna.*

Table 2. *Decision for treatment and drop out, patients by ICD classification; M-men, Ž-women; F10.2 alcohol dependence syndrome; F10 1- harmful use, F10 1-2 diagnosis on first examination is not definite.*

| Ukrep / Therapeutic intervention                                | M 10.2 | M 10.1-2 | M 10.1 | Ž 10.2 | Ž 10.1-2 | Ž 10.1 | Skupaj / Total |
|-----------------------------------------------------------------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|----------------|
| Intenzivna obravnavo / Intensive management                     | 131    | 8        | /      | 26     | 3        | /      | 168            |
| Neintenzivna obravnavo / Non-intensive management               | 34     | 15       | 30     | 7      | 5        | 10     | 101            |
| Hospitalizacija / Hospitalization                               | 11     | /        | /      | 5      | /        | 1      | 17             |
| Osip intenz. obravnave / Drop out of intensive management       | 96     | 6        | /      | 19     | 2        | /      | 123            |
| Osip neintenz. obravnave / Drop out of non-intensive management | 5      | 2        | 6      | 2      | 1        | 2      | 18             |

Tabela 3. *Bolniki, ki so predčasno zapustili zdravljenje v Dispanzerju za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti v Zdravstvenem domu Maribor v času od januarja 2001 do marca 2005. Stanje v času anketiranja (maj 2005).*

Table 3. *Patients who dropped out of treatment provided at the Clinic for Alcohol and Drug Treatment, Maribor Health Centre, between January 2001 and March 2005. Situation at the time of the survey (May 2005).*

| Rezultat / Outcome                        | Moški / Men | Ženske / Women | Skupaj / Total |
|-------------------------------------------|-------------|----------------|----------------|
| Abstinenca / Abstinence                   | 14          | 5              | 19             |
| Manj tvegano pitje / Non-problem drinking | 6           | /              | 6              |
| Čezmerno pitje / Excessive drinking       | 7           | /              | 7              |
| N                                         | 27          | 5              | 32             |

## 4 Rezultati

Med anketiranci, ki so vrnili vprašalnik, jih 19 poroča o abstinenci, šest o pitju znotraj meja manj tvegane pitja, sedem pa o čezmernem pitju. Med vzroki za prekinitev zdravljenja so navajali, da niso dobili vabila na naslednje srečanje (pet primerov), da je prišlo do nasprotovanja v družini (trije primeri), da niso imeli časa za zdravljenje (dva primera), da so imeli premočan občutek sramu (dva primera), v šestih primerih pa so zdravljenje nadaljevali drugje (v enem primeru v klubu AA, v enem pri psihologinji, v štirih v psihiatrični bolnišnici). Štirje so razmišljali o ponovni vključitvi v proces zdravljenja, po prejemu vprašalnika sta se dejansko dva odločila za vrnitev v program, ena sorodnica pa je prišla po informacije glede motivacije partnerja za ponovno vključitev v program.

Mnenja glede načina obravnave so zajemala skrajnosti: od tega, da so jim terapevti namenili preveč časa, da so preveč spraševali o preteklosti (češ da je preveč boleča) in da je načrtovana obravnava predolga, do tega, da niso imeli zanje dovolj časa na razpolago in da so bili z vprašanji površinski. O slabem odnosu s terapevtom je poročalo osem posameznikov, trije od teh nad odnosom nasploh (vseh sodelavcev), ostale pritožbe so bile usmerjene na določene terapevte. Dva anketiranca sta zapisala, da sta bila deležna predvsem vprašanj, eden je izrazito pogrešal nasvete.

## 5 Razpravljanje

Odzivnost preiskovancev je na prvi pogled slaba. Vendar gre za populacijo, ki je samovoljno prekinila obravnavo brez vnaprejšnjega dogovora. Domnevamo lahko, da je slabo sodelovanje s terapevti bila skupna značilnost

preiskovancev že pred raziskavo. Pomembno sporočilo naše raziskave je podatek o sorazmerno velikem deležu oseb, ki poročajo o abstinenci, oziroma pitju znotraj meja manj tvegane pitja. To je v nasprotju s splošno razširjeno predstavo, ki osip iz intenzivne obravnave zdravljenja odvisnosti avtomatično pripiše recidivu. Stvarnost tega deleža podkrepi podatek, da se je med abstinenti šest posameznikov vključilo v zdravljenje v drugem terapevtskem programu, ne da bi obvestilo terapevte v prvem programu. Tudi če ves ostali del ciljne populacije te raziskave ( $n = 120$ ) označimo za čezmerne pivce v recidivu, se delež abstinentov skoraj približa podatkom spontaniziranih ozdravitev iz populacijskih študij (9).

Med vzroki za osip med anketiranimi osebami prednjačijo intrapersonalni razlogi: pasivnost (pritožba nad tem, da jih nismo vabili na pregled, ob tem, da so dobili datum naslednjega srečanja vročen vedno ob zaključku zadnje terapevtske ure in ob tem, da bi tudi sami lahko zaprosili za drug datum, če so dogovorjeni termin spregledali), občutki sramu in slaba kritičnost do lastne odvisnosti. Sledijo interpersonalni vzroki, tako nasprotovanje v družini kot slab odnos s strani terapevtov. Z raziskavo pridobljene povratne informacije so dale dragoceno osnovo za oceno dela terapevtov. Dejstvo je, da smo v želji zagotoviti čim hitrejši pregled ljudi s problematičnim uživanjem alkoholnih pijač (do treh delovnih dni ob siceršnji čakalni dobi v psihiatrični ambulanti, ki znaša mesec in pol) bili prisiljeni prvi pregled skrajšati na raven triaznega pregleda, ki ga je opravil psihiater in je trajal povprečno 20 - 25 minut. Tako je bil sicer omogočen hiter prehod v intenzivno obravnavo odvisnosti, vendar je pri nekaterih pacientih ostal občutek, da so jim terapevti namenili premalo časa. Kljub načelni anonimnosti anket, so bile nekatere podpisane ali pa opremljene s toliko podatki, da je bilo

anketirance lahko prepoznati. Nekatere pritožbe smo lahko sicer pripisali problematičnim vedenjskim vzorcem bolnika, vseh pa tudi ne. Tako je bila npr. dragocena povratna informacija o tem, da terapevt ni uspel zaščititi bolnika v terapevtski skupini pred preveč agresivnim delovanjem drugih članov skupine.

Izsledki raziskave so opozorili na nekaj pomembnih značilnosti oseb, odvisnih od alkohola, ki jih terapevti morajo upoštevati pri svojem delu. Prva je njihova nagnjenost k pasivnem vedenju. Terapevti prehitro pričakujemo njihovo samostojnost in lastno motivacijo namesto, da bi nekaj časa na začetku obravnave to držo dopuščali in bolnikom pošiljali vabila z novim datumom za srečanje, če so enkrat izostali. Naslednja značilnost odvisnih oseb je socialna nespretnost, ki je pogosto posledica odvisnosti. Bolniki so brez pravih izkušenj, kako v treznem stanju, brez pomoči alkoholnih pijač, odnose vzpostavljati in vzdrževati. Bolniki tudi težko spregovorijo o motečih dejavnikih v odnosu s terapevtom. Hkrati premalo upoštevamo sekundarno znižanje kognitivnih sposobnosti, ki je lahko navzven prikrito. Zato so terapevti v začetku obravnave preveč zahtevni glede na bolnikove zmožnosti. Postavlja pa se tudi vprašanje o terapevtovi motivaciji za delo z osebami, odvisnimi od alkohola. Ob »neuspešnih« bolnikov lahko terapevt postane pri svojem delu površen, v skrajni obliki pa razvije terapevtski nihilizem.

## 6 Zaključek

Tudi če predpostavljamo, da vsi ostali posamezniki, ki se na vprašalnik niso odzvali, nadaljujejo s čezmernim uživanjem alkoholnih pijač, preseneča velik delež ljudi, ki poroča o abstinenci (15,8%) ali pa alkohol uživajo v mejah manj tveganega pitja (skupaj 20,8%) (10). Ta podatek nas lahko upravičeno navda z večjim terapevtskim optimizmom, kot bi ga premogli le ob pogledu na visok osip pri intenzivni obravnavi odvisnosti

od alkohola. Prvi stik s programi zdravljenja je lahko že katalizator za trajnejše vedenjske spremembe. Med vzroki za osip so v ospredju intrapsihični dejavniki pri bolnikih. Del vzrokov lahko pripišemo tudi neustreznemu delu terapevtov. Raziskava je dala podlago za nekatere spremembe terapevtskega pristopa, ki jih bomo usmerjali v še bolj dopuščajočo, suportivno smer in uglašenost na pasivno držo odvisnih od alkohola ter pokazala na nujnost supervizije terapevtskega dela s poudarkom na kontratransfernem doživljanju bolnikov.

## Literatura

1. Rus-Makovec M. Dosežki zdravljenja odvisnosti od alkohola. In: Bilban M ed. Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola in drog ter pri epilepsiji. Rogaška Slatina: Tipografija, 2000: 73-9.
2. Auer V. Pretmasti, da bi pil: alkohol, škodljiva raba in odvisnost. Ljutomer, samozaložba, 2002: 227.
3. Jin H, Rourke SB, Patterson TL, Taylor MJ, Grant I. Predictors of relapse in long-term abstinent alcoholics. *J Stud Alcohol* 1998; 59(6): 640-6.
4. Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, Riesenmy KD, Champion SL, Brown EF. Outcomes of co-morbid alcoholic men: a 1-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res* 1992; 16(1): 131-8.
5. Gorwood P. Alcohol dependence and depression. *Rev Prat* 1999; 49(4): 391-4.
6. Lucas-Taracena MT, Maldonado D, Tossio-Gonzalez C, Bravo-Ortiz MF. Drop-out from out-patient treatment for alcohol dependence: a two-year prospective study. *Actas Esp Psiquiatr* 2002, 30(5): 273-8.
7. Rugelj J. Dramatična pot. Ljubljana, samozaložba, 1992: 211.
8. Rugelj J. Program zdravljenja. In: Židanik M. Sindrom odvisnosti od alkohola. Maribor, Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor: 56.
9. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction* 2005, 100 (3): 281-92.
10. Boben-Bardutzky D, Čebašek-Travnik Z, Eržnožnik Lazar A, Gantar-Štular H, Rus Makovec M, Židanik M. Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola. Učbenik in smernice za delo. Ljubljana, Psihiatrična klinika, 2004: 10.

# MERJENJE ZADOVOLJSTVA BOLNIKOV Z AMBULANTO NUJNE MEDICINSKE POMOČI

## MEASUREMENT OF PATIENT SATISFACTION WITH PRIMARY CARE EMERGENCY ROOM SERVICES

Janko Kersnik<sup>1</sup>, Liljana Gantar-Žura<sup>2</sup>

Prispelo: 4. 1. 2005 - Sprejeto: 28. 2. 2005

Izvirni znanstveni članek  
UDK 614.88

### Izvleček

**Izhodišča:** Prizadevanja današnjega časa so usmerjena k izboljšanju kakovosti. Eden pomembnih rezultatov kakovosti je zadovoljstvo bolnikov. Namen raziskave je bil izdelati vprašalnik in izmeriti zadovoljstvo bolnikov z obiskom v ambulanti nujne medicinske pomoči.

**Metode:** Pripravila sva anketo, ki je temeljila na mednarodnem vprašalniku za merjenje zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika družinske medicine - EUROPEP in dodala vprašanja, ki se nanašajo na posebnosti dela ambulate nujne medicinske pomoči. Anketo sva izvedla na naključnem vzorcu 350 bolnikov, ki so obiskali ambulanto nujne medicinske pomoči v ZD Kranj. Anketiranci so prejeli anketo 14 dni po obisku ambulate za nujno medicinsko pomoč.

**Rezultati:** Od 350 poslanih anket sva prejela 121 (39 %) izpolnjenih. Starost bolnikov je bila od 18 do 88 let, v povprečju 49 let. Povprečno so na pregled čakali 50 minut. Vprašalnik pa se je izkazal kot zanesljiv, veljaven in sprejemljiv instrument za merjenje zadovoljstva v ambulantah nujne medicinske pomoči (Cronbachova alfa = 0,93). Skupna ocena zadovoljstva bolnikov v ANMP je bila 71,9 odstotnih točk.

**Sklepi:** Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov z delom ANMP je zanesljiv instrument, ki ga je moč uporabljati za ocenjevanje kakovosti dela. Anketiranci so z delom ambulate nujne medicinske pomoči zadovoljni. Večjo pozornost moramo posvetiti začetku stika z ambulanto nujne medicinske pomoči, tj. - čakalnici, sprejemu bolnikov in pojasnjevanju o vzrokih za daljše čakanje.

**Ključne besede:** nujna medicinska pomoč, zadovoljstvo bolnikov

Original scientific article  
UDC 614.88

### Abstract

**Background:** To develop an instrument for measuring patient satisfaction with emergency services provided in a primary health care centre.

**Methods:** A modified EUROPEP questionnaire applicable to the emergency room setting was used and some specific questions were added. A random sample of 350 participants was selected from 7,500 patients who visited the emergency room in the Kranj primary health care centre in one year's period. The patients were sent the questionnaire with a return envelope 14 days after their visit to the emergency room.

**Results:** Questions were answered by 121(39%) patients, 61% of whom were women and 39% men. They ranged in age from 18 to 88 years (mean age 49 years). The average waiting time was 50 minutes. The questionnaire proved valid and reliable (Cronbach's Alpha = 0.93). The mean satisfaction rate was 7.9 points.

**Conclusions:** We developed a reliable instrument for measuring patient satisfaction with visits to the emergency room. The results revealed a high level of patient satisfaction with emergency room services. Improvements in the process of patient flow to the emergency room should be considered, and the patients should be instructed to visit the emergency room for true emergencies only and to see their family doctor about other health problems.

**Key words:** emergency medical services, patient satisfaction

<sup>1</sup>ZP Kranjska Gora, Zdravstveni dom Jesenice, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora

<sup>2</sup>Zdravstveni dom Kranj, Gosposvetska 10, 4000 Kranj

Kontaktni naslov: e-pošta: janko.kersnik@s5.net

## 1 Uvod

Celotna zdravstvena dejavnost se odvija zaradi bolnikov, zato je zelo pomembno njihovo mnenje o kakovosti zdravstvene službe, pa tudi mnenje zdravnika kot nosilca (1-6). Zadovoljstvo je uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje s celotno zdravstveno oskrbo, in sicer posameznimi postopki, posameznimi izvajalci, zdravstveno ustanovo v celoti ter sistemom zdravstvenega varstva. Z začetkom vpletanja tržnih načel želi uveljaviti zdravstvena politika večjo konkurenco med izvajalci, kar seveda vodi k večji kakovosti. Bolniki imajo možnost odločanja in se tako vedno odločijo za kakovostnejše izvajalce. S tem posredno izrinejo s trga manj kakovostne. Prav zaradi tega je bolnikovo mnenje zelo pomembno in ga je potrebno vključiti v odločanje o kakovosti. Končni izid oskrbe je med drugim tudi zadovoljen bolnik, tj. kazalec, v kakšnem delu so uresničene želje in potrebe bolnikov (4-6).

Za izvajalce zdravstvene storitve pa je bolnikovo mnenje pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav (1). Zadovoljni bolniki bolje sodelujejo pri zdravljenju in s tem prispevajo k boljšim kliničnim izidom, k boljšemu zdravstvenemu stanju in k boljši urejenosti kronične bolezni. Prav zaradi tega končnega rezultata lahko zadovoljstvo bolnikov uporabljamo kot merilo kakovosti dela zdravnika.

Zadovoljstvo lahko opazujemo posredno in neposredno (6). Posredno s tem, da analiziramo število obiskov pri posameznem zdravniku, pritožbe, zamenjave osebnega zdravnika ipd. Neposredno pa zadovoljstvo ocenjujmo z vprašalniki o zadovoljstvu. Takšne raziskave zadovoljstva nam lahko služijo za oceno kakovosti.

V Sloveniji se je že močno uveljavil vprašalnik EUROPEP za merjenje zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika družinske medicine (7, 8). Tudi zadovoljstvo bolnikov z delom nujne medicinske službe je bilo že izmerjeno (9). Vprašalnika EUROPEP v izvorni obliki zaradi njegove lastnosti, da meri zadovoljstvo skozi daljši čas (12 mesecev), ne moremo enostavno prenesti na področje dela ambulant za nujno medicinsko pomoč, kjer so stiki bolnika z ambulantno oz. zdravnikom praviloma samo po enkrat. Ker drugega ustreznega instrumenta za merjenje zadovoljstva bolnikov z ANMP v Sloveniji ni, sva se odločila, da izdelava vprašalnik, primeren za merjenje zadovoljstva v ANMP in izmeriva zadovoljstvo bolnikov z delom ANMP v ZD Kranj. Pričakovala sva, da so bolniki z delom ambulate NMP zelo zadovoljni in da bi večina izbrala svojega osebnega zdravnika izmed dežurnih zdravnikov ANMP v Kranju.

## 2 Preiskovanci in metode

### 2.1 Preiskovanci

Uporabila sva metodo anketiranja bolnikov po obisku v ANMP. Anketo sva po pošti poslala 350 zaporednim bolnikom, starim 18 let in več, ki so obiskali ambulantno NMP Kranj od 01. 03. 2002 do 17.03.2002. Izključila sva bolnike, pri katerih je bil opravljen hišni obisk ali poseg na terenu, ker gre pri tem za drugačen tip stika bolnika in zdravstvene službe.

### 2.2 Vprašalnik

Pripravila sva vprašalnik, ki temelji na mednarodno preverjenem vprašalniku za merjenje zadovoljstva EUROPEP (3) in dodala nekaj vprašanj, specifičnih za delo ANMP (Tabela 1). Anketiranci so postavljene trditve ocenjevali z ocenami od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenila zelo slabo, 5 pa odlično. Vprašalnik je bil anonimen.

Vprašalnike sva (LGŽ) poslala po pošti 14 dni po zadnjem obisku v ANMP. Skupaj z vprašalnikom so dobili pismo, v katerem je bila raziskava razložena, ter naslovljeno pisemsko ovojnico z znamko. Po dveh mesecih sva (LGŽ) jim poslala pismo z zahvalo za sodelovanje oz. spodbudo, naj vprašalnik izpolnijo, če tega še niso storili.

### 2.3 Analiza

Analiza je bila narejena s pomočjo računalniškega programa SPSS. Uporabila sva metode hi-kvadrat, t-test in linearno regresijo glede na naravo spremenljivk, za izračun zanesljivosti lestvice sva uporabila test za izračun zanesljivosti v programu SPSS. Cronbachova alfa je statistika, ki pojasni medsebojne odnose med posameznimi vprašanji vprašalnika. Visoka vrednost kaže na skladnost vprašanj, zato jih smemo združevati v skupni seštevek. Zadovoljstvo sva izračunala po enačbi, ki jo je predlagal Baker ( $[(\sum_{\text{vprašanj } 1-19}) * 100 / (5 * 19)] * 1.25 - 25$ ). Uporabljali smo ga tudi v raziskavah o zadovoljstvu bolnikov v Sloveniji, ker omogoča razpršitev rezultatov na lestvici od 0 do 100 odstotnih točk (8, 10, 11).

## 3 Rezultati

### 3.1 Preiskovanci

Od 350 anket je bilo vrnjenih pravilno izpolnjenih 121 (35 %). 14 (4%) anket je prispelo nazaj neizpolnjenih, eno anketo so poslali svojci nazaj in dopisali, da je anketiranec med tem časom umrl, trije pa so odpisali,

da ne želijo sodelovati in pri tem niso navedli razloga za nesodelovanje.

Med anketiranci, ki so vrnilo vprašalnike, je bilo 74 (61 %) žensk in 47 (39 %) moških. Najnižja starost je bila 18 let, najvišja pa 88 let. Povprečna starost je bila 49,0 let (standardna deviacija = 16,7 let).

Med anketiranimi je imelo nedokončano osnovnošolsko izobrazbo 5 (4 %) anketirancev, 22 (18 %) končano osnovno šolo, poklicno 26 (22 %), srednjo in visoko pa 66 (56 %). Kot vzrok obiska ANMP so anketiranci v 53 (43 %) primerih navedli, da osebni zdravnik ni imel odprte ambulante, v 18 (15 %) primerih so zboleli dopoldne, osebni zdravnik pa je imel ambulantno odprto popoldne, 20 (17 %) jih je zbolelo popoldne, zdravnik

pa je imel odprto ambulantno dopoldne, 27 (23 %) pa jih je zbolelo ponoči (iste noči, kot so obiskali ANMP). V letu 2001 so opravili od 0 do 7 obiskov v ANMP, v povprečju 1,7 obiska. Svojega zdravnika pa so v letu 2001 obiskali od 0- do 30-krat, v povprečju 5,1-krat. Največ bolnikov je čakalo po 30 minut, povprečni čas čakanja je bil 49,5 min (standardna deviacija = 50,7 minut).

### 3.2 Ocena zadovoljstva

Tabela 1 prikazuje ocene posamezne vrste zadovoljstva po posameznih vprašanjih.

Tabela 1. *Odstotki bolnikov, ki so določeni trditvi dali oceno od 1 do 5 (1 je pomenila zelo slabo, 5 pa odlično).*

Table 1. *Proportion of patient satisfaction ratings on a 1-5 point scale (1=poor - 5= excellent).*

| Mnenje o dežurni ambulanti /<br>Opinion about emergency room                                                                                                                         | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | Povprečna ocena /<br>Mean score | Št. odgovorov /<br>No. of responses |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Kakšen je dostop do dežurne ambulante? / Access to the emergency room                                                                                                                | 13,3 | 14,2 | 20,8 | 31,7 | 20,0 | 3,31                            | 120                                 |
| Kako ste se počutili v čakalnici? / Waiting in the waiting room                                                                                                                      | 19,0 | 24,8 | 28,1 | 24,8 | 3,3  | 2,69                            | 121                                 |
| Kako je urejena ordinacija v dežurni ambulanti? / Organization of the emergency room service                                                                                         | 5,8  | 7,5  | 33,3 | 45,8 | 5,8  | 3,42                            | 120                                 |
| Kako so vas sprejele sestre? / The nurses' attitude to you on arrival?                                                                                                               | 2,5  | 4,1  | 22,3 | 44,6 | 26,4 | 3,88                            | 121                                 |
| Kako vas je sprejel zdravnik? / The doctor's attitude to you during consultation?                                                                                                    | 2,5  | 1,7  | 6,7  | 41,2 | 47,9 | 4,30                            | 119                                 |
| Koliko zasebnosti ste imeli ob pregledu pri zdravniku? / The level of privacy given to you during consultation                                                                       | 9,2  | 18,3 | 22,5 | 29,2 | 20,8 | 3,43                            | 120                                 |
| Kako vas je pregledal zdravnik? / Your impression of physical examination                                                                                                            | 0,8  | 5,0  | 5,8  | 42,1 | 46,3 | 4,28                            | 121                                 |
| Kako vam je zdravnik razložil nadaljnje postopke in podal navodila za zdravljenje? / Amount of information and explanation of the planned course of treatment provided by the doctor | 1,7  | 2,5  | 9,9  | 38,0 | 47,9 | 4,28                            | 121                                 |

|                                                                                                                                                                                                       |     |      |      |      |      |      |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------|------|------|------|-----|
| Koliko časa ste porabili za obisk v dežurni ambulanti? / The length of waiting and consultation time                                                                                                  | 4,4 | 11,4 | 34,2 | 33,3 | 16,7 | 3,47 | 114 |
| Ali ste imeli občutek, da imate dovolj časa za opis svojih težav? / Did the doctor give you the impression you had enough time to discuss your problems?                                              | 1,7 | 5,9  | 16,1 | 45,8 | 30,5 | 3,98 | 118 |
| Ali vas je zdravnik vključil v odločanje o vašem zdravljenju in posegih, ki jih je izvedel? / Did the doctor encourage you to make your own decisions regarding the planned treatment and procedures? | 3,4 | 2,5  | 22,4 | 44,0 | 27,6 | 3,90 | 116 |
| Ali vas je poslušal? / The way the doctor listened to you                                                                                                                                             | 0,8 | 2,5  | 10,9 | 42,9 | 42,9 | 4,24 | 119 |
| Ali je poskrbel za hitro olajšanje vaših težav in /ali bolečin? / Did the doctor provide fast relief of your problems/pain?                                                                           | 1,7 | 0    | 10,9 | 43,7 | 43,7 | 4,28 | 119 |
| Ali vam je pomagal k boljšemu počutju? / Did you feel better after seeing the doctor?                                                                                                                 | 0,8 | 2,5  | 10,2 | 44,9 | 41,5 | 4,24 | 118 |
| Ali je bil natančen? / Accuracy of the examination                                                                                                                                                    | 0,9 | 4,3  | 10,3 | 32,5 | 52,1 | 4,31 | 117 |
| Kako vas je pregledal? / The way the doctor examined you                                                                                                                                              | 1,7 | 1,7  | 12,9 | 36,2 | 47,4 | 4,26 | 116 |
| Ali vam je razložil(a) namen preiskav in zdravljenja? / Did the doctor explain to you the purpose of examinations and treatment?                                                                      | 0,9 | 6,1  | 19,1 | 34,8 | 39,1 | 4,05 | 115 |
| Ali vam je povedal(a), kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali bolezni? / Did the doctor explain to you everything you wanted to know about your symptoms/illness?                            | 2,5 | 5,9  | 13,4 | 45,4 | 32,8 | 4,00 | 119 |
| Ali vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate zdravniške nasvete? / Did the doctor help you understand how important it was to follow his/her instructions?                       | 3,4 | 2,5  | 11,9 | 47,5 | 34,7 | 4,08 | 118 |

Zanesljivost lestvice zadovoljstva bolnikov z dežurno ambulanto je visoka (Cronbachova alfa = 0,93) (Tabela 2). Tako je izračunano skupno zadovoljstvo z ANMP v ZD Kranj od 23,7 do 100,0 odstotnih točk, povprečno 71,9 (standardna deviacija 16,5).

Tabela 2. *Analiza zanesljivosti lestvice zadovoljstvo bolnikov z ambulantno nujne medicinske pomoči.*  
 Table 2. *Assessment of the validity of patient satisfaction rating scale.*

|                                                                                                                                                                                        | Koeficient alfa,<br>če bi izpustili<br>vprašanje /<br>Alpha coefficient<br>for unanswered<br>questions | Skupna<br>korelacija<br>vprašanja s<br>skupno oceno /<br>Question to total<br>score correlation | Cronbachova alfa,<br>če bi bilo vprašanje<br>izpuščeno /<br>Cronbach's alpha<br>for unanswered<br>questions |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kakšen je dostop do dežurne ambulante? / Access to the emergency room                                                                                                                  | 73,67                                                                                                  | ,528                                                                                            | ,937                                                                                                        |
| Kako ste se počutili v čakalnici? / Waiting in the waiting room                                                                                                                        | 74,26                                                                                                  | ,518                                                                                            | ,931                                                                                                        |
| Kako je urejena ordinacija v dežurni ambulanti? / Organization of the emergency room service                                                                                           | 73,51                                                                                                  | ,688                                                                                            | ,931                                                                                                        |
| Kako so vas sprejele sestre? / The nurses' attitude to you on arrival                                                                                                                  | 73,68                                                                                                  | ,600                                                                                            | ,932                                                                                                        |
| Kako vas je sprejel zdravnik? / The doctor's attitude to you during consultation.                                                                                                      | 73,01                                                                                                  | ,541                                                                                            | ,927                                                                                                        |
| Koliko zasebnosti ste imeli ob pregledu pri zdravniku? / The level of privacy given to you during consultation                                                                         | 72,67                                                                                                  | ,701                                                                                            | ,926                                                                                                        |
| Kako vas je pregledal zdravnik? / Your impression of physical examination.                                                                                                             | 73,64                                                                                                  | ,682                                                                                            | ,927                                                                                                        |
| Kako vam je zdravnik razložil nadaljnje postopke in podal navodila za zdravljenje? / Amount of information and explanation of the planned course of treatment provided by the doctor   | 72,68                                                                                                  | ,841                                                                                            | ,924                                                                                                        |
| Koliko časa ste porabili za obisk v dežurni ambulanti? / The length of waiting and consultation time                                                                                   | 72,66                                                                                                  | ,769                                                                                            | ,925                                                                                                        |
| Ali ste imeli občutek, da imate dovolj časa za opis svojih težav? / Did the doctor give you the impression you had enough time to discuss your problems?                               | 73,41                                                                                                  | ,466                                                                                            | ,928                                                                                                        |
| Ali vas je zdravnik vključil v odločanje o vašem zdravljenju in posegih, ki jih je izvedel? / Did the doctor encourage you to make your own decisions regarding the planned treatment? | 72,96                                                                                                  | ,780                                                                                            | ,924                                                                                                        |
| Ali vas je poslušal? / Did the doctor listen to you?                                                                                                                                   | 73,05                                                                                                  | ,733                                                                                            | ,925                                                                                                        |
| Ali je poskrbel za hitro olajšanje vaših težav in /ali bolečin? / Did the provide fast relief of your problems?                                                                        | 72,70                                                                                                  | ,803                                                                                            | ,924                                                                                                        |
| Ali vam je pomagal k boljšemu počutju? / Did you feel better after seeing the doctor?                                                                                                  | 72,65                                                                                                  | ,692                                                                                            | ,926                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                 |       |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| Ali je bil natančen? / Accuracy of examination                                                                                                                                  | 72,68 | ,723 | ,927 |
| Kako vas je pregledal? / The way the doctor examined you                                                                                                                        | 72,63 | ,731 | ,926 |
| Ali vam je razložil namen preiskav in zdravljenja? / Did the doctor explain to you the purpose of examinations and treatment?                                                   | 72,67 | ,803 | ,925 |
| Ali vam je povedal, kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali bolezni? / Did the doctor explain to you everything you wished to know about your symptoms/illness?         | 72,86 | ,746 | ,924 |
| Ali vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate zdravniške nasvete? / Did the doctor help you understand how important it was to follow his/her instructions? | 72,91 | ,748 | ,926 |

Bolniki so bili najbolj zadovoljni s tem, kako jih je zdravnik sprejel, kako jih je poslušal, kako jih je pregledal, kako natančen je bil zdravnik, kako jim je razložil nadaljnje postopke, kako hitro je poskrbel za olajšanje težav in kako hitro jim je pomagal k boljšemu počutju. Najmanj zadovoljni so bili s počutjem v čakalnici, dostopom do ambulate in z urejenostjo prostorov (Tabela 1).

Bolniki bi zdravnika v ANMP izbralo za svojega zdravnika v 89 (75 %) primerih, v 7 (5 %) ne bi izbralo zdravnika iz ANMP, v 22 (18 %) pa se niso mogli odločiti ne za in ne proti. 40 bolnikov bi se za ta korak odločilo brez zadržkov. Njihovo skupno zadovoljstvo je veliko večje v primerjavi z ostalimi obiskovalci ANMP (82,3 točke v primerjavi s 65,5 točkami;  $p < 0,001$ ).

Razlike v zadovoljstvu po spolu, starosti in stopnji izobrazbe ali zaradi prisotnosti druge osebe (medicinske sestre oz. zdravstvenega tehnika) v ambulanti niso bile statistično značilne. Čas čakanja negativno vpliva na stopnjo zadovoljstva (regresijska enačba =  $76,9 - [\text{čas čakanja v minutah}] \times 0,1$ ;  $p = 0,001$ ), medtem ko število obiskov v ambulanti osebnega zdravnika ali v ANMP ne vplivata na stopnjo zadovoljstva z ANMP.

## 4 Razprava

### 4.1 Razprava o metodah

Zadovoljstvo bolnikov v ANMP je težko meriti, saj gre za heterogena opravila (od nujnih intervencij na terenu,

nujnih hišnih obiskov zdravnika, svetovanja po telefonu do obiskov bolnikov v ambulanti). Poleg tega na organizacijo dela močno vplivajo lokalno obarvani pogoji dela in navade izvajalcev ter bolnikov. Vprašanja se nanašajo na dostop in počutje v čakalnici, na delo sester v ANMP in na delo zdravnika v ANMP. Vprašanja sva sestavila na podlagi objavljenih vprašalnikov o zadovoljstvu bolnikov z zdravnikom družinske medicine in jih dopolnila z relevantnimi vprašanji, ki sva jih preverila v ožji skupini strokovnjakov s tega področja (7, 9, 10, 12).

Kljub pisnemu opominu, je bilo vrnjenih le 121 anket, kar je 35%. To nekoliko omejuje možnosti posploševanja dobljenih rezultatov. V primerjavi z nalogo o zadovoljstvu bolnikov v ambulanti pri zdravniku družinske medicine v isti zdravstveni ustanovi, v kateri je bilo vrnjenih 65 % vprašalnikov (13), je bil odziv na anketo v tem primeru veliko slabši. Razlogov za to je verjetno več. V našem primeru smo vprašalnike razposlali po pošti, v omenjeni raziskavi pa je bil bolniku dan osebno v roke. S tem, mu je osebni zdravnik poudaril pomen tega vprašalnika. Poleg tega so bolniki navezani na svojega zdravnika in mu želijo pomagati. V ANMP pa opravljajo delo različni zdravniki, nanje bolniki niso navezani, poleg tega pa ti ob svojem strokovnem delu opravljajo tudi administrativne naloge, saj so dolžni bolnike opozarjati, da bi morali oditi k svojemu zdravniku in jim zaradi neupravičene uporabe ANMP občasno za storitev izstavijo račun (npr. nenujni recepti, napotnice

ipd). Za večjo veljavnost podatkov bo potrebno raziskavo ponoviti na nacionalnem vzorcu in uporabiti dodatne motivacijske ukrepe za večji odziv bolnikov. Majhen vzorec in nizek odstotek odgovorov opozarjajo na previdnost pri posploševanju rezultatov, prav tako populacija bolnikov iz kranjskega okolja ne omogoča posploševanja na celotno slovensko populacijo obiskovalcev dežurnih ambulant.

Po drugi strani pa je uspelo oblikovati vprašalnik, s katerim je moč z veliko zanesljivostjo izmeriti stopnjo zadovoljstva z delom ANMP.

#### 4.2 Razprava o rezultatih

Bolniki, ki so odgovorili na anketo, so z delom v ANMP zadovoljni. Žal ne vemo, ali je zadovoljstvo tistih, ki na anketo niso odgovorili, enako. Odziv na anketo je bil zelo nizek, kar kaže na bolnikovo nevezanost in neodvisnost od ANMP. Bolniki so v ANMP prikrajšani za intimnost, o težavah lahko govorijo le kratek čas, vmes pa jih lahko zmoti nujen klic in odhod na teren, tako da se njihova obravnava zaključi na hitro in brez pravih pojasnil ter zaključkov. Poleg tega dajejo dežurni zdravniki veliko nasvetov po telefonu, ki prav tako motijo potek obravnave bolnika pri dežurnem zdravniku. O tem govori tudi izjemno dolg povprečni čas čakanja na pregled, ki je enak čakanju na pregled pri zdravniku brez naročanja in občutno daljši kot pri zdravnikih, ki naročajo na pregled, in seveda tudi daljši od časa čakanja sprejemljivega za bolnike, ki je 35,6 minute (13). Vsakih 10 minut čakanja v povprečju zmanjša zadovoljstvo za ANMP za eno točko.

V raziskavi o zadovoljstvu z osebnim zdravnikom v ZD Kranj je zadovoljstvo znašalo 83,7 točk (13), medtem ko je v ANMP Kranj 71,9 točk. Zadovoljstvo je manjše na račun manjšega zadovoljstva s prostori in z opremljenostjo. Bolniki so tudi manj vezani in manj odvisni od zdravnika v ANMP, kot so od svojega zdravnika družinske medicine, saj ga obiščejo le, če njegov osebni zdravnik ni dosegljiv. Verjetno ga večina tudi primerja s svojim osebnim zdravnikom. Poleg tega morajo tu storitev, ki ni nujna, plačati. Včasih pa njihov obisk spremlja pridiga, da bi s problemom lahko počakali in obiskali osebnega zdravnika. Dodatni razlog za nižje zadovoljstvo je lahko tudi možnost, da dežurnega zdravnika obiskujejo bolniki, ki na splošno niso zadovoljni z zdravstveno službo in mogoče tudi manj zadovoljni z zdravnikom družinske medicine, zato pa iščejo pomoč v ANMP.

## 5 Sklepi

Anketiranci so z delom ANMP zadovoljni. Velika večina bi izbrala svojega osebnega zdravnika med dežurnimi zdravniki, kar vendarle kaže na zadovoljne bolnike. Bolj se moramo posvetiti začetku stika z ANMP, tj. - čakalnici, sprejemu bolnikov in pojasnjevanju vzrokov za daljše čakanje.

Vprašalnik o zadovoljstvu bolnikov z delom ANMP je zanesljiv instrument, ki ga je moč uporabljati za ocenjevanje kakovosti dela.

## Zahvala

Zahvaljujeva se vsem bolnikom, ki so odgovorili na vprašalnik in s tem prispevali mnenje o oceni zadovoljstva bolnikov v ANMP v Kranju. Hvala vodstvu ZD Kranj za podporo pri izvedbi ankete ter posebej reševalcu Karlu Staniču za pošiljanje anket.

## Literatura

1. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers'role. *Quality in health care* 1992; 1: 247-51.
2. Anon. The development and implementation of quality improvement systems in health care. Recommendation No. R (97) 17. Stasbourg: Council of Europe, 1999: 55.
3. Anon. The patient as an active participant in his own treatment. Recommendation No. R(80) 4. Stasbourg: Council of Europe, 1980: 44.
4. Williamson JW. Issues and challenges in quality assurance of health care. *International Journal for Quality in health Care* 1994; 6: 5-15.
5. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London: Department of Health Clinical outcomes Group, 1995:1-62.
6. Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. *Med Razgl* 1999; 38: 389-394.
7. Grol R. Wensing M. Mainz J. Ferreira p. Hearnshaw H. Hjordtdahl P. Olesen F. Ribacke M. Spenser T. Szecsenyi. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4-11.
8. Demšar M. Zadovoljstvo bolnikov z delom službe nujne medicinske pomoči Kranj v letu 1998. Diplomski naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999.
9. Baker R. Development of a questionnaire to asses patients satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice* 1990; 40: 487-490.
10. Baker R, Hearnshaw H. A method for surveying patient satisfaction. Audit protocol PS1. Leicester: Eli Lilly National Clinical Audit Centre, 1996.
11. Kersnik J. Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 137.

12. Calnan M, Katsoyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994; 11: 468-478.
13. Kersnik J, Vipotnik-Zupanc V. Čas čakanja na pregled pri zdravniku splošne medicine in zadovoljstvo bolnikov. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 275-8.

# PRAVNI VIDIKI DAROVANJA IN PRESADITVE ORGANOV

## LEGAL ASPECTS OF DONATION AND TRANSPLANTATION OF ORGANS

Vojteh Urbančič<sup>1</sup>

Prispelo: 7. 1. 2005 - Sprejeto: 25. 4. 2005

Pregledni znanstveni članek  
UDK 614.253:347

### Izvleček

*Cilj te razprave je analizirati etične in pravne vidike pravice do presaditve kot osebnostne pravice. Po logični dedukciji sledi iz pravice do osebne integritete, da ima človek tudi pravico do kakršnega koli kirurškega posega ne glede na njegove terapevtske cilje.*

*Pri presajanju organov in tkiv z namenom zdravljenja gre za odmik in izjemo od tega pravila. Zdravnikovo delovanje in možnost posega je namreč odvisna od volje druge osebe - darovalca.*

*Osebnostne pravice so se razvijale skozi stoletja in so danes v vseh pravnih državah priznane brez pridržkov. Razdelimo jih lahko po skupnih lastnostih, ki so značilne za vse:*

- *po svoji naravi so absolutne pravice, ki upravičujejo le njihovega nosilca in izključujejo protipravno poseganje kogar koli drugega vanje;*
- *so neodtujljive pravice, ki jih ni mogoče prenesti na drugega ali se jim odpovedati;*
- *niso blago v tem smislu, da niso v pravnem prometu (res extra commercium);*
- *so nujni in potrebni pogoj za življenje in pripadajo človeku od rojstva do smrti.*

*Koncept smrti je pomemben filozofsko-medicinski koncept. Danes je splošno sprejeta definicija smrti na podlagi ugotovitve prenehanja delovanja možganov.*

*Pri presaditvi organov je pereče vprašanje izbire prejemnikov in meril za njihovo izbiro glede na pomanjkanje darovalcev. Opozarjam na dilemo glede »negativnih list« prejemnikov zvezi z njihovo odgovornostjo za stanje, v katerem potrebujejo transplantacijo in večkratnega presajanja organov. Ali naj bo vedenje, ki je povzročilo odpoved organov, zadostni temelj za njihovo izključitev iz seznama prejemnikov? Še več; ali so ti bolniki primerni za transplantacijo, če spremenijo svoje vedenje in tako zmanjšajo tveganje odpovedi novopresajenega organa zaradi iste bolezni?*

*Večkratno presaditev smo vzeli posebej pod drobnogled. Ali se obide načelo pravičnosti v primeru, ko bolnik prejme drugi presadek, medtem ko ostali čakajo šele na prvega?*

*Presajanje tkiv zarodkov je aktualna tema, ki odpira mnogo etičnih in pravnih dilem..*

*Razpravljam o pravno-etičnih vidikih ksenotransplantacije in presajanju umetnih organov.*

**Ključne besede:** osebnostne pravice, presaditev organov, koncept smrti, ksenopresaditev, presaditev umetnih organov, presaditev tkiv zarodka

Review article  
UDC 614.253:347

### Abstract

*The objective of this presentation is to analyse ethical and legal aspects of one's right to be submitted to transplantation, which is regarded as a personal right. Using the method of logical deduction one can argue that the right to any kind of surgery, whatever its therapeutical purpose, can be readily inferred from the right to physical integrity. Organ and*

<sup>1</sup>Podgornikova 6, 2341 Limbuš  
Kontaktirni naslov: e-pošta: vojtkou@amis.net

tissue transplantation, however, is an exception: the physician's conduct and the possibility of transplantation depend on donations and a will of another person. Personal rights have evolved over centuries and are today recognized without reserve in all countries that respect the rule of law. These personal rights share the following characteristics:

- they are absolute by their own nature; they entitle only the owner and exclude all others from refraining from doing;
- they are inalienable and can not be transferred or surrendered;
- they are not commodities, and in this sense they can not be object of commerce (*res extra commercium*);
- they are *conditio sine qua non* for life in the sense that they exist from birth to death.

The concept of death is a very important philosophico-medical concept. The generally accepted criterium of death is based on the irreversible failure of brain activity. Burning issues that confront organ transplantation of today include the selection of recipients, and in view of the shortage of donors, the criteria for recipient selection. This paper draws special attention to the dilemma concerning the so-called »negative lists« of recipients in connection with their own guilt for the health status which demands organ transplantation. Even more: should past behaviour that results in organ failure be a sufficient basis for excluding potential transplant recipients? Should these patients be eligible for transplantation if they change their behaviour, thereby reducing the risk of losing their new organ to the same disease? Transplantation in repeat transplant recipients has also come under scrutiny. Is the principle of justice being side-stepped if a patient receives a second or third transplant when other patients are still waiting for their first transplant? Fetal tissue transplantation is a topical issue which gives rise to many ethical and legal dilemmas. Legal and ethical aspects of xenotransplantation and of artificial organ transplantation are also discussed.

**Key words:** personal rights, organ transplantation, concept of death, fetal tissue, xenotransplantation, artificial organ transplantation

## Razprava

Fizična oseba je nosilec pravic in obveznosti, ki izhajajo iz človeške narave, se pravi iz narave vrste, ki ji pripadamo (*homo sapiens s.*) V vseh civiliziranih državah so te osebnostne pravice (Angl.: personal rights; nem.: Individualrechte, Personalitätsrechte, fr.: droits individuels, špansko: *derechos individuales*) zavarovane z najvišjimi pravnimi normami, pri nas torej z Ustavo (poglavje II.: ČLOVEKOVE PRAVICE IN TEMELJNE SVOBOŠČINE, še posebej čl. 17., 34., 35., 51.). Osebnostne pravice vključujejo vse sfere zaščite telesne in osebne integritete človeka kot človeške osebnosti. Te pravice niso nastale čez noč, ampak so rezultat dolgotrajnih procesov individualizacije in apreciacije človeške osebnosti, predvsem v zgodnjem krščanstvu. So zgodovinska kolektivna pridobitev prizadevanja narodov in posameznikov proti nehumanim in suženjskim pogojem bivanja, v katerih so posameznika obravnavali kot instrument, kolešček v mogočnem stroju državnega aparata, kot *res*, torej "stvar" (Primerjaj n.pr. starorimsko pravno sentenco: *Servile caput nullum ius habet* - "suženj nima nobenih pravic" /v: PAULUS - D,4,5,3,1.).

Najhujši posegi v te pravice so inkriminirani kot huda kazniva dejanja zoper življenje in telo v KAZENSKEM

ZAKONIKU Republike Slovenije (XV.poglavje: KAZNIVA DEJANJA ZOPER ŽIVLJENJE IN TELO, člani od 127 do 140). Vsaka družba/država je čutila potrebo, da označi napad na življenje in telo, tj. tudi na osebnostne pravice, kot zelo resen napad na družbene vrednote, ki so najvišje na lestvici zaščitenih vrednot. Taka dejanja so vse družbe od zore civilizacije naprej štejele za družbi izredno nevarna dejanja in so jih z nastankom pisnega kazenskega prava inkriminirala in sankcionirala kot najtežja kazniva dejanja (Primerjaj npr. *Magna Charta Libertatum* iz 1215, *Constitutio Criminalis Carolina* /CCC/iz 1532, *Constitutio Criminalis Theresiana* iz 1768, *Habeas Corpus Act* iz 1679, *Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen* iz 1789).

Če bi poskušali ugotoviti **skupne značilnosti** osebnostnih pravic, bi morda bile najpomembnejše tele:

1. Po svoji naravi so absolutne pravice, ki upravičujejo le njihovega nosilca in izključujejo protipravno poseganje kogarkoli drugega vanje. Primerjavo bi lahko našli v civilnem pravu, kjer so takšne pravice stvarne pravice, za razliko od obligacijskih, ki so relativne;
2. So neodtujljive pravice, ki jih ni mogoče prenesti na drugega. Niso blago, v smislu, da niso v pravnem prometu (*res extra commercium*, stvari, ki niso v pravnem prometu);

3. So nujni in potrebni pogoj za življenje in pripadajo človeku od rojstva do smrti.

Vse te osebnostne pravice bi lahko razvrstili v **tri** velike skupine:

1. pravice do osebne integritete (recimo do spolne integritete);
2. pravice do moralne integritete (recimo pravica do časti in dobrega imena);
3. pravice do intelektualne integritete (recimo avtorske pravice, pravice intelektualne lastnine).

V pričujočem kontekstu nas zanimajo le pravice pod točko 1, zato se bomo v nadaljnji razpravi osredotočili le nanje.

Pravica do osebne integritete vključuje tudi pravico do:

- a) življenja in zdravega okolja,
- b) razpolaganja z živim telesom,
- c) razpolaganja z mrtvim telesom.

Preden se lotimo osrednje teme naše razprave, je potrebno zožiti in opredeliti pojem človeškega telesa in smrti.

Najprej moramo poudariti, da človek svojega telesa ne *poseduje*, ampak on *to je*. Prav to spoznanje je osnova za splošno sprejeto moralno (in pravno!) normo v civiliziranih državah, da je prepovedano in nemoralno trgovanje s telesi ali človeškimi organi. Ta dogma o nedotakljivosti človeškega telesa ni omejena samo na žive osebe oz. njihova telesa (*in vitam*), ampak se razteza tudi po smrti na kadavre (*post mortem*). Zato je potrebna prava zaščita tudi za trupla. Tudi ta so *res extra commercium*. V nekaterih državah to ne velja za spermo, jajčeca in kri.

Toda za splošno sprejeto potrditev smrti nekoga in da je torej to telo postalo *truplo*, je potrebno obvladati še eno kompleksno miselno polje: **koncept smrti** osebk. Včasih so ljudje šteli, da je nekdo mrtev, ko je »duša« zapustila telo. Z razvojem medicine (in drugih sorodnih znanosti) so začeli verjeti, da je smrt nastopila s prenehanjem dihanja. Šele s Harveyevim (14) odkritjem krvnega obtoka v sedemnajstem stoletju se je definicija smrti postopoma pričela spreminjati iz pretežno spiritualističnega v vse bolj znanstveni koncept. Rutinsko so do sredine dvajsetega stoletja šteli prenehanje bitja srca in prenehanje dihanja za določitev smrti. Razvoj nevrobioloških znanosti pa je v šestdesetih letih prejšnjega stoletja usmeril definicijo smrti na področje možganov. Leta 1968 je tako svet Harvardske medicinske fakultete priporočil merila za ugotavljanje smrti, in sicer na podlagi možganske smrti. Po tej definiciji smrt nastopi s popolnim in nepovratnim prenehanjem delovanja možganov in možganskega stebra, kar posledično vodi do trajnega prenehanja bitja srca in dihalne funkcije.

Ne da bi se spuščali v visoko zahtevne medicinske vidike definicije smrti, naj samo poudarim, da se je pri tem treba po moji oceni opreti na tradicionalne moralne in etične premisleke, kajti pravo v tako intimnih in moralno občutljivih zadevah enostavno odpove. Če pa bi že sprejeli strogo formalno pravno definicijo smrti, se zastavljajo številna vprašanja. Najprej bi morali enopomensko razmejiti distinkcijo med **človeškim bitjem** in **osebo**. Človeško bitje se v tem kontekstu pojmuje kot del žive narave kot ena izmed vrst, ki so se razvile na zemlji v milijardah let evolucije. Pri določanju specifičnih razlik (*differentia specifica*) upoštevamo tu le kvantitativne razlike med posameznimi živalskimi vrstami (npr. velikost možganov, inteligenca, dolžina časa za skrb in vzgojo zaroda ipd.). Oseba pa je nekaj, kar je po kakovosti drugačno od vseh drugih živali. Gre za vzporeden razvoj bioloških in socialno-psiholoških lastnosti, ki so na neki stopnji razvoja pripeljale do **kvalitativnih** razlik med človekom kot osebo in drugimi primati. To nas pripelje do potrebe po splošno sprejeti teoriji o osebnosti in k najbolj kompleksnemu sklopu: kakšne lastnosti mora imeti človeško bitje, da ima pravico do življenja?

Darovanje in presaditev organov pri nas v Republiki Sloveniji pravno ureja zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (13).

Ta predpis ureja pogoje, pod katerimi je pravno dovoljeno odzemanje delov telesa (organov in tkiv) žive ali umrle osebe zaradi presaditve z namenom zdravljenja v telo druge osebe..

Zakon nedvoumno določa (3. člen), da je treba pri odvzemu delov telesa umrle osebe ravnati z dolžnim spoštovanjem do osebnega dostojanstva umrlega in njegovih svojcev. Navadno uporabimo kot dokaz smrti dokončno prenehanje delovanje možganskega debla. Diskusijo o strokovnih podrobnostih diagnoze smrti lahko podjetni bralec najde v Zdravstvenem vestniku št.65, letnik 1996, str. 165 - 170. Ponekod se šteje, da človek umre, ko dokončno odpovedo funkcije celotnih možganov. To stališče je pri nas splošno sprejeto. Za odvzete dele človeškega telesa ni dopustno dati oziroma prejeti nobenega plačila niti premoženjske koristi (4.člen).

Takšno je tudi stališče in priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije (19). Zanimivo je javno mnenje v ZDA o presaditvi. Gallupov inštitut je v letu 1993 opravil obširno raziskavo javnega mnenja o tej temi (20). Vzorec je bil reprezentativen, saj je obsegal 30.000 respondentov. Ilustrativno in tudi za naše razmere poučno je pogledati nekaj najzanimivejših vprašanj in odgovorov nanje.

S trditvijo »**Darovanje organov omogoča določeno korist od smrti dajalca**« se skoraj vsi respondenti strinjali. Manj takšnih je bilo med manj izobraženimi in nebelci.

S trditvijo »**Darovanje organov pomaga družini preboleti bolečino ob smrti**« se jih je večina strinjala četrtina se ni, 17% pa je bilo neopredeljenih.

S trditvijo »**Večina ljudi, ki potrebuje presaditev organov, jo tudi dobi**« se jih je več kot 2/3 strinjalo; ta zmota je prevladovala med tistimi, ki nasprotujejo presaditvi organov.

Delež respondentov, ki bi sprejeli organ, je dosegal skoraj 80%.

S trditvijo »**Presaditev organov je eksperimentalni postopek**« se jih večina ni strinjala; dva od petih pa sta menila, da to drži. Toda samo 42% Američanov se je že osebno odločilo, da bi postali darovalci organov.

Na vprašanje »**Ali bi bili voljni dati soglasje ali podpisati kartico dajalcev organov?**« jih je večina (55%) odgovorila pritrdilno ali pa so to bili voljni storiti. Toda le dobra četrtina (28%) jih je to že storila.

S trditvijo »**Ljudje vaše starosti so prestari za darovanje organov**« se jih velika večina ni strinjala (okoli 80%); večina tistih, ki so se strinjali s predlagano trditvijo, je bila v starostni skupini starih več kot 55 let.

S trditvijo »**Glede na enake potrebe ima revež enako tako dobre možnosti kot bogataš, da dobi presadek**« se jih večina ni strinjala (58%); to je morda posledica dejstva, da več kot 2/3 Američanov meni, da je možno organe kupiti na črnem trgu.

Odvzem delov telesa živega dajalca je dovoljen le, če dajalec v to pisno privoli (7. člen). Iz telesa živega dajalca se smejo praviloma jemati samo tkiva, izjemoma pa tudi posamezna ledvica ali del jeter zaradi presaditve osebi, s katero je dajalec genetsko, družinsko ali čustveno povezan. Vendar morajo obstajati tudi medicinski razlogi za tako presaditev (boljše možnosti zdravljenja), soglasje za tako presaditev pa mora dati posebna Etična komisija za presaditve (8. člen).

Ker so viri organov umrlih zelo omejeni, bo vedno obstajala potreba po presaditvi npr. ledvice iz telesa živega dajalca, pod pogojem, da je ta dajalec zdrav in da je napoved izvida presaditve pozitivna. V tujini se uveljavlja praksa, da centri za transplantacijo sprejemajo tudi organe genetsko »tujih«, toda čustveno »bližnjih« dajalcev, kot je npr. (zunaj)zakonski partner ali dober prijatelj, kot to priporoča naš zakon.

Pri tem je treba upoštevati in tehtati med tveganji za dajalca (kot so npr. smrt pri operaciji ali pooperativni zapleti) in koristmi prejemnika (kot so lahko npr. skrajšane čakalne dobe za prejemnike, izgledi za uspeh, ipd.). Pri prvih živih dajalcih se je pojavila

zaskrbljenost zaradi možnega »pritiska na dajalce«. Ta pritisk ni mišljen kot odkriti pritisk v obliki nagovarjanja, prigovarjanja, ponujanja raznih materialnih in drugih ugodnosti dajalcu in podobno, ampak bolj kot njegova zmanjšana avtonomija volje, ki je psihološko motivirana zaradi želje, pomagati prejemniku, še posebej, če gre za čustveno povezanost. Ta ugotovitev seveda nikakor ne izključuje pojavov, ko skušajo bolniki priti do organov z (i)legalnim nakupom. Ker povpraševanje po notranji logiki ustvarja ponudbo, obstajajo stalni pritiski na legalizacijo trgovine z organi umrlih in pa celo živih osebkov.

Pri anonimnih darovalcih ta problem seveda odpade.

Odvzem delov telesa umrle osebe je dopusten le po ugotovitvi možganske smrti darovalca s strani posebne komisije za ugotavljanje smrti. Člani te komisije ne smejo biti zdravniki, ki bodo sodelovali pri odvzemu ali presaditvi (12. člen). Deli človeškega telesa umrle osebe se smejo odvzeti, če je darovalec pred smrtjo v to privolil in je njegova pisna privolitev uradno zabeležena.

Z odvzemom, presaditvijo in shranjevanjem delov človeškega telesa se smejo ukvarjati samo javni zdravstveni zavodi, ki imajo za to dovoljenje ministra, omejeno pa tudi pravne ali fizične osebe, ki opravljajo javno službo v zdravstveni dejavnosti na podlagi koncesije (19. člen).

Področje presaditve je urejeno tudi s podzakonskimi predpisi (22. čl.). Še posebej nas zavezuje t.i. Oviedska konvencija, ki jo je naša država ratificirala in je s tem postala del notranjega pravnega reda Republike Slovenije. Prvega decembra 1999 je namreč začela veljati Oviedska konvencija Sveta Evrope o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z biologijo in medicino. Ta pravni akt je postavil v Evropi nove minimalne etične standarde. Oviedska konvencija določa kogentni minimum varstva človekovih pravic.

Del našega pravnega sistema je tudi Konvencija o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino) in Dodatnega protokola o prepovedi kloniranja človeških bitij h Konvenciji o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (15).

Kljub sorazmerno podrobnim zakonskim določilom pa se v praksi pojavljajo pravno-etične dileme, ki se tičejo potencialnih darovalcev in prejemnikov. Gre za vprašanje, ali so lahko darovalci bolniki, ki so v stanju dolgotrajne zožene funkcionalnosti (vegetacije). Pri nas je ta dilema rešena, saj pozitivni predpisi izrecno prepovedujejo takšno vrsto darovanja organov in tkiv.

Distribucija odvzetih organov glede na potrebe potencialnih prejemnikov bi morala biti **prostorsko enakomerna**. Možni prejemnik npr. v Lendavi bi moral imeti enake možnosti kot tisti v Ljubljani. Čeprav bi seveda želeli pooblaščen zavodi za transplantacijo (*»javni zdravstveni zavodi, ki imajo za to dovoljenje ministra.«*, 19.čl.) ugoditi vsem potencialnim prejemnikom, je darovalcev daleč premalo za vse. Zato zavodi skušajo razdeliti omejeno število organov po **načelih medicinske primernosti in pravičnosti**. Alokacija organov za presaditev mora biti optimalna kombinacija pričakovanega prejemnikovega preživetja in kakovosti njegovega življenja, upoštevajoč pri tem nujnost primera in čakalno dobo. Ponderiranje teh faktorjev je težka naloga, vendar jo naše zdravstvo uspešno rešuje, po prej navedenih merilih. V Kanadi imajo npr. poseben računalniški program, ki izbira najprimernejše prejemnike iz čakalnega seznama; s tem so na minimum skrčili subjektivne dejavnike pri izbiri. Etične razprave poraja tudi vprašanje pomena resnosti prejemnikove bolezni. Na splošno imajo najhujši bolniki, priključeni na naprave za vzdrževanje vitalnih funkcij v intenzivni negi pred presaditvijo, manjše (statistične) možnosti za preživetje kot bolj zdravi bolniki. Ali naj bo večja verjetnost preživetja stabilnejših bolnikov odločujoči dejavnik pri presaditvi? Ali naj prevlada načelo humanosti nad načelom koristnosti in naj torej dobi organ bolnik, ki je najhujše bolan, ne pa tisti, ki ima največ možnosti za preživetje?

Podaljšanje življenja zaradi transplantacije je sprejemljivo, če je opravljeno znotraj etično-pravnega okvira, ki ga določata zakon in medicinska etika.

Posebno vprašanje so sezname čakajočih prejemnikov. Ti bi se morale sestavljati na podlagi objektivnih medicinskih meril in ta morajo biti enaka za vse (**načelo pravičnosti**). To je splošni princip, ki velja za vse potencialne prejemnike. Toda vsak bolnik-prejemnik ima kompleksno in unikatno zdravstveno stanje, zato je potrebno ovrednotiti vsakega individualno v okviru tega splošnega merila (**načelo koristnosti**).

Posebno pozornost zasluži pri določitvi meril za izbiro potencialnega prejemnika njegova **starost**. Ali naj ima njegova mladost prednost?

Nekatere mednarodne študije so pokazale, da so starejši prejemniki prav tako primerni kot mlajši, zato njihova starost ne bi smela biti merilo za izbiro. Etični odbor Združene mreže za razdeljevanje organov (*United Network for Organ Sharing Ethics Committee*) zato ne priporoča omejitev na podlagi starosti ali bolezni, čeprav odsvetuje transplantacijo v primeru, ko bi bilo pričakovano trajanje življenja s presadkom» opazno krajše kot razumno pričakovana doba trajanja presajenega organa«.

Dileme so tudi glede presajanja organov bolnikom, ki so postali možni prejemniki zaradi ekscesivnega alkoholizma, kajenja, zlorabe drog ali drugega vedenja, ki je privedlo do potrebe po presaditvi organov. Ključno etično vprašanje s tem v zvezi je: ali naj bo preteklo vedenje, ki je privedlo do odpovedi organov, zadosten/nujen razlog za njihovo izključitev iz seznama možnih prejemnikov? Ali naj ti bolniki postanejo »primerni« kot prejemniki, če spremenijo svoje vedenje in tako zmanjšajo tveganja za odpoved presajenega organa zaradi enakega razloga?

Menim, da bi dejstvo, da se je bolnik-prejemnik sam odločil (in s tem zavestno sprejel tveganje za svoje zdravje) za zlorabo škodljivih substanc (tobak, alkohol, droge) moralo vplivati na odločitev o tem, ali je primeren prejemnik. Pravniki imenujemo takšne odločitve *»actiones liberae in causa«*, torej »odločitve, svobodne v odločitvi«, ne pa v posledicah. Tipičen primer takšne odločitve je konzumacija alkohola pred ali med vožnjo z motornim vozilom. Voznik je popolnoma svoboden glede odločitve, ali bo užival alkohol pred vožnjo; ko je že pod vplivom alkohola, pa ne more imeti več v oblasti posledic svojega ravnanja. Naj poudarim, da vsi pravni redi *ne* štejejo *actiones liberae in causa* med t.i. ekskulpacijske razloge tj. razloge, ki bi zmanjševali ali celo izključevali storilčevo (kazensko) odgovornost; prej obratno.

Prednost bi morali imeti bolniki-prejemniki, ki niso s svojim preteklim vedenjem sami povzročili stanja, pri katerem je potrebna presaditev.

Ker je ponudba organov vedno omejena (in zato manjša glede na potrebe), ni nepomembna in nepraktična odločitev, da je prejemnik »dobra naložba« (*good investment*). Obstaja npr. pretežno soglasje, naj bi bile osebe, ki nadaljujejo z zlorabo alkohola, izključene kot možni prejemniki jeter.

Pod drobnogled je treba vzeti tudi primernost večkratnega presajanja organov. Upravičeno se postavlja vprašanje, ali je bilo upoštevano načelo pravičnosti, ko bolnik dobi drugi ali celo tretji presadek, medtem ko drugi čakajo šele na prvega. Dilema je seveda v tem, da načelo humanosti terja, da zdravniki skušajo pomagati vsem bolnikom; s tega stališča bi dejstvo, da je bolnik že dobil presadek, ne izključevalo ponovne presaditve. Temu se upira načelo utilitarnosti (koristnosti), ki pravi, da je zelo verjetno, da tudi druga presaditev ne bo uspela, če se je ponesrečila prva. Seveda bi bilo zelo vprašljivo početje, ko bi ponavljali presaditve z upanjem na uspeh, pri tem pa zanemarili očitno dejstvo, da je organov za presaditev daleč premalo za zadovoljitev vseh potreb.

Zaradi svojih daljnosežnih etičnih in pravnih posledic je največ kontroverz deležna uporaba tkiva zarodka

kot transplantat. Ne da bi se spuščali v zelo težavno in nedorečeno problematiko tega področja, naj navedem le nekaj aktualnih dilem v tem kontekstu:

1. Ker je splav pri nas legalen, se postavlja vprašanje ali je **motiv** splava pravno relevanten? Gre seveda za morebitno pravno distinkcijo med splavom, ki je rezultat procesa načrtovanja družine, in splavom, ki je bil opravljen prav z namenom pridobitve tkiva za presadek. In slednjič: ali je motiv za splav sploh možno sprejeti kot pravni temelj neke praktične politike?
2. Ali lahko noseča ženska določi prejemnika tkiva njenega zarodka?
3. Ali mora ženska sprejeti odločitev o splavu **prej**, ko je bila informirana o možni uporabi zarodkovega tkiva? Ali bi zavest o tem, da se bo tkivo zarodka uporabilo v humane terapevtske namene lahko zmanjšala občutek krivde/obžalovanja pri ženski, ki razmišlja o splavu?
4. Ali bi prepoved transplantacije zarodkovega tkiva bila protustavna? *Ratio legis* legalizacije splava je namreč ravno v tem, da prepušča ženski svobodno odločitev o abortiranju. Če to drži, kaj bi bila potem racionalna osnova za tako prepoved?

Poseben problem, vreden razmisleka, so t.i. **ksenotransplantacije**, se pravi transplantacije organov/tkiv med pripadniki različnih vrst, običajno z živali na človeka. Tu je ilustrativno omeniti, da je ideja o presaditvi organov s človeka na človeka že zelo stara. O tem pričajo arheološke najdbe iz Starega Egipta izpred 3000 let. Presajanje kože (iz nadlakti na nos) pa je izpričano v 14. stoletju. V Woytovi »Zakladnici medicinskih in naravnih stvari« iz leta 1755 beremo celo o presajanju organov z živali na človeka, torej o ksenopresaditvi: »*Transfuzija je kirurški poseg, pri katerem iz žive živali (!!!) ali človeka pretočimo kri skozi cevko v drugega človeka.*« . Ker tedaj imunobiologija sploh še ni obstajala, nas citat ne sme preveč šokirati (14). Trenutne raziskave gredo v smeri genske manipulacije živali, da bi ustvarili imunsko sprejemljive organe za ljudi. Pri tem se pojavlja tveganje za prenos nekaterih bolezni z živali na ljudi, pa tudi uspeh genske manipulacije glede na sorazmerno veliko genetsko raznorodnost genetskega materiala pri živalih v razmerju do ljudi. Pri religioznih ljudeh (predvsem katolikih, ki so v Sloveniji v večini) pa se porajajo tudi antropološki in etični vidiki ksenotransplantacije, ki jih ne moremo zanemariti. Papeška akademija za življenje je v dokumentu *Izglede za ksenotransplantacijo - znanstveni in etični premislek* (15) izluščila tri etične sklope vprašanj:

1. sprejemljivost človekovega poseganja v božje stvarjenje;
2. etična sprejemljivost uporabe živali za izboljšanje možnosti preživetja človeka in njegovega dobrega počutja;
3. možne objektivne in subjektivne implikacije, ki jih lahko ima organ ali tkivo živalskega izvora na identiteto človeškega prejemnika.

Na prvega odgovarjajo pretežno negativno: *“there should be a reaffirmation of the right and duty of man, according to the mandate from his Creator and never against the natural order established by him, to act within the created order-”* (17, § 7).

Na drugo dilemo je Papeška akademija odgovorila, da to ne predstavlja kršenja krščanske etike: *“man has always made use of animals for his primary needs (food, work, clothing, etc.) in a sort of natural “cooperation” that has constantly marked the different stages of progress and the development of civilization-”* (17, § 8). O možnih implikacijah presaditve živalskih organov/tkiv na človeka pa je Papeška akademija zavzela stališče, da ni teoloških in moralnih zadržkov za presajanje in da to ne vpliva na identiteto človeškega prejemnika: *“The theological and moral point of view sees no substantial problem in the utilization of different animal species (nonhuman primates or nonprimates), but leaves open the question of differing levels of sensibilities between animals of different species and that of equilibrium among species and within a species.”* (17, § 9).

Na splošno Akademija zaključuje, da je ksenotransplantacije treba omejiti s številom in vrsto presajenih organov na človeka do stopnje, ko bi ta lahko spremenila identiteto prejemnika: *“We can therefore conclude that, in general, the implantation of a foreign organ into a human body finds an ethical limit in the degree of change that it may entail in the identity of the person who receives it.”* (17, § 10).

O sprejemljivosti ksenotransplantacije so bile opravljene številne ankete. V eni izmed njih (18), v kateri je bilo upoštevano 35 virov iz 23 držav, je bilo ugotovljeno, da skoraj polovica respondentov podpira ksenotransplantacijo, ostala polovica pa ji ali nasprotuje ali pa o tem nima mnenja. Zanimiva je ugotovitev te študije, da se v Evropi in ZDA zmanjšuje število tistih, ki ji nasprotujejo; to pa ni primer na Japonskem.

Čeprav je bil v zadnjih desetletjih dosežen dramatičen napredek pri uporabi umetnih organov (srce, pljuča, ledvice), pa še vedno ni dosežena stopnja, ki bi dovoljevala njihovo trajno uporabo, ampak se običajno uporabljajo kot začasno pomagalo, dokler se ne najde

ustrezen presadek. Pri vsaditvah umetnih organov sicer ne obstajajo etične dileme, vendar se zaostri problem uravnoteženosti med načeloma »humanosti« in »koristnosti«. Njihova uporaba še bolj sili zdravnike k uporabi načela humanosti na škodo koristnosti (najboljši medicinski izgledi za uspeh presaditve) in pravičnosti (»kdor prej pride, prej melje«).

Nevarnost komercializacije donatorstva je pri nas (vsaj od sprejema ZOPDCT) minimalizirana. Zakon namreč v 4. členu izrecno prepoveduje prejemanje kakršnega koli nadomestila za dajalce (13).

## Sklepi

Presaditev je zelo kompleksna in etično ter pravno občutljiva tematika, ki nikogar ne pusti neopredeljenega in hladnega. S pravnega stališča bi bilo zaželeno in pravno primerno najti pravo mero med strogo ureditvijo, ki naj ščiti pravice oseb ob smrti, in praktično izvedljivostjo takšne strogosti. Pri tem pa ne bi smeli pozabiti, da je pravica do življenja neločljiva od pravice do smrti. Ta pravica se razteza onkraj življenja, velja tudi po smrti. Tako lahko rečemo, da se osebnostna pravica do razpolaganja s svojim telesom nanaša tudi na truplo.

V luči teh ugotovitev in izraženih stališč je vsako sklepanje o tistem soglasju pokojnika, da lahko država (znanost, medicina) razpolaga z njegovim truplom brez njegovega izrecnega soglasja, nevzdržna. Pri nas je ta moralna norma postala tudi pravna norma (13.čl.).

In v 21. stoletju, ko je znanost nevarno zožila mejo med življenjem in smrtjo, je tako tudi prav.

## Literatura

1. Burdeau, G.: *Traité de science politique* (2.izd.). Pariz, 1967.
2. Lowenstein, K.: *Political Power and the Governmental Process*. Chicago, 1955.
3. Mill, G.S.: *O slobodi*. Beograd, 1912.
4. Calne Sir Roy. *Xenografting the future of transplantation, and always will be?*. *Xenotransplantation* 2005; 12 (1), 5-6. doi: 10.1111/j.1399-3089.2004.00190.x.
5. Cooper DKC .*Transplant: from Myth to Reality*. *Xenotransplantation*, 2005; 12 (1), 80. doi: 10.1111/j.1399-3089.2004.00188.x.
6. Council of Europe. *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, the Convention on human rights and biomedicine*. Oviedo. *European Treaty Series* 1997: 164.
7. *Medicina in pravo*, zbornik. Maribor, 2002.
8. Strokovni del 9. Kongresa Slovenskega zdravniškega društva v okviru Letnega občnega zbora Sekcije mladih zdravnikov SZD. *Zdrav Vest* 1996; 65 (razširjena redna številka posvečena transplantaciji).
9. Evans RJE (PES, UK): *Preprečevanje in boj proti trgovini s človeškimi organi in tkivi: v Newsroom Parlamenta EU*, 2.4.2004.
10. *Transplantacija 2003* / Kandus A, Buturovič Ponikvar J, Bren A, ur. Ljubljana : Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Klinični center, 2003.
11. *Ustava Republike Slovenije*.
12. Kazenski zakonik RS, Ur. list RS št. 63/94, 70/94, 23/99, 40/04).
13. Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (ZOPDCT, Ur. list RS 12/02).
14. Harvey W. *An Anatomical Study of the Motion of the Heart and of the Blood in Animals*, 1628.
15. Zakon o ratifikaciji Konvencije o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino) in Dodatnega protokola o prepovedi kloniranja človeških bitij h Konvenciji o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine /MVCPB/, Ur. list RS -MP 17/98).
16. Milčinski, J.: *Medicinska etika in deontologija*, DU, LJ 1982.
17. Pontifical Academy for life: *Prospects for Xenotransplantation: Scientific aspects and ethical considerations*, Rim 2002.
18. Hagelin, J.: *Public opinion surveys about xenotransplantation*, *Xenotransplantation*, Volume 11, Issue 6, str. 551 - November 2004.
19. *Guiding principles on human organ transplantation*. *Lancet*, 1991; 337: 1470. Debat o tem glej tudi v: -Council of the Transplantation Society: *Commercialization in transplantation: the problems and some guidelines for practice*. *Lancet*, 1985; 2: 715, and, *Transplantation*, 1986; 41: 1; -Zaontz, L.: *The national organ transplantation act*. *Bull. Am. Coll. Surg.*, 1985; 70: 18; -First International Congress on Transplantation in Developing Countries. *Transplant Proc.*, 1992; 24: 2087-2126; -Sheil, R.: *The Transplantation Society Bulletin*, 1994; 2: 22; -Sheil, R.: *The Transplantation Society Bulletin*, 1995; 3: 3.
20. The Gallup Organization, Inc., "The American Public's Attitudes Toward Organ Donation and Transplantation," conducted for The Partnership for Organ Donation, Boston, MA, February, 1993.

## ABECEDNO KAZALO PO AVTORJIH

### Zdravstveno varstvo 2005

**BILBAN Marjan:**

1. Analiza zdravstvenega stanja pilotov, usmerjena v telesno aktivnost kot dejavnik preprečevanja tveganja za bolezni srca in ožilja  
2005; 44 (3): 140-50 (IZČ)

**BOŠNJAK Ksenija:**

1. ERŽEN Ivan, - , URŠIČ Simona: Kadmi in svinec v živilih rastlinskega izvora, pridelanih na območju Teharij in Medloga (mo Celje) – kazalca onesnaženosti okolja  
2005; 44 (2): 85-92 (IZČ)

**BOŽANIČ Vinko:**

1. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, - , DERMOTA Urška, SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Streptococcus pyogenes - porast odpornosti izolatov iz dihal leta 2003  
2005; 44 (2): 69-73 (IZČ)

2. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, - , GRMEK KOŠNIK Irena, SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Odpornost izolatov Streptococcus pneumoniae iz dihal v letu 2003  
2005; 44 (2): 80-4 (IZČ)

**CAR Josip:**

1. ŠVAB Igor, PETEK ŠTER Marija, KERSNIK Janko, ŽIVČEC KALAN Gordana, - : Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji  
2005; 44 (4): 183-92 (IZČ)

2. KERSNIK Janko, - , ŠVAB Igor: Management of chronic low back pain in family practice / Obravnava kronične bolečine v križu v družinski medicini  
2005; 44 (4): 193-98 (IZČ)

**ČEBAŠEK-TRAVNIK Zdenka:**

1. Raba, zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi / Psychoactive substance use, abuse and dependence  
2005; 44 (3): 99-108 (U)

2. JERIČEK Helena, - , DERNOVŠEK Mojca Zvezdana: Patološko hazardiranje na Slovenskem: anketiranje psihiatrov  
2005; 44 (3): 127-33 (IZČ)

**DE MAESENEER Jan:**

- 1, Primary health care in a European perspective / Primarno zdravstveno varstvo iz evropske perspektive  
2005; 44 (4): 169-72 (U)

**DERMOTA Urška:**

1. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, - , SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Streptococcus pyogenes - porast odpornosti izolatov iz dihal leta 2003  
2005; 44 (2): 69-73 (IZČ)

**DERNOVŠEK Mojca Zvezdana:**

1. JERIČEK Helena, ČEBAŠEK-TRAVNIK Zdenka, - : Patološko hazardiranje na Slovenskem: anketiranje psihiatrov  
2005; 44 (3): 127-33 (IZČ)

**DROBNE Manca:**

1. LOVREČIČ Mercedes, LOVREČIČ Barbara, - : Ekstazi: zdravstvena (ne)škodljivost  
2005; 44 (3): 134-9 (PZČ)

**ERŽEN Ivan:**

1. - . JANET Evgen: Svinec v krvi tri leta starih otrok, ki živijo na območju Zgornje in Spodnje Mežiške doline  
2005; 44 (1): 18-25 (IZČ)

2. - , BOŠNJAK Ksenija, URŠIČ Simona: Kadmi in svinec v živilih rastlinskega izvora, pridelanih na območju Teharij in Medloga (mo Celje) – kazalca onesnaženosti okolja  
2005; 44 (2): 85-92 (IZČ)

**FRANKO-KANCLER Tatjana:**

1. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, - , BOŽANIČ Vinko, DERMOTA Urška, SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Streptococcus pyogenes - porast odpornosti izolatov iz dihal leta 2003  
2005; 44 (2): 69-73 (IZČ)

2. RIBIČ Helena, ŠTRUMBELJ Iztok, - , ŽOHAR ČRETNIK Tjaša, SARJANOVIČ Ljudmila, GRMEK KOŠNIK Irena, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Nacionalno spremljanje odpornosti pri sevih Haemophilus influenzae iz dihal v Sloveniji v letu 2003  
2005; 44 (2): 74-9 (IZČ)

3. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, - , BOŽANIČ Vinko, GRMEK KOŠNIK Irena, SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Odpornost izolatov *Streptococcus pneumoniae* iz dihal v letu 2003  
2005; 44 (2): 80-4 (IZČ)

FRAS Zlatko:

1. LAINŠČAK Mitja, - , ZALETEL KRAGELJ Lijana: Slovenija v gibanju z zdravo prehrano  
2005; 44 (1): 10-17 (IZČ)

GRMEK KOŠNIK Irena:

1. RIBIČ Helena, ŠTRUMBELJ Iztok, FRANKO-KANCLER Tatjana, ŽOHAR ČRETNIK Tjaša, SARJANOVIČ Ljudmila, - , KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Nacionalno spremljanje odpornosti pri sevih *Haemophilus influenzae* iz dihal v Sloveniji v letu 2003  
2005; 44 (2): 74-9 (IZČ)

2. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, - , SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Odpornost izolatov *Streptococcus pneumoniae* iz dihal v letu 2003  
2005; 44 (2): 80-4 (IZČ)

HANOV Tatjana:

1. MILAVEC KAPUN Marija, - , JAHAR Meta, KUTIN Polona, SELKO Simona, PERNEK Romana, STANTIČ-PAVLINIČ Mirjana: Poročilo o poteku javne tribune patronažna služba po meri uporabnikov, Ljubljana, 2. 6. 2005  
2005; 44 (4): 232-4 (O)

HARLANDER Tatjana:

1. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, DERMOTA Urška, SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, - , *Streptococcus pyogenes* - porast odpornosti izolatov iz dihal leta 2003  
2005; 44 (2): 69-73 (IZČ)

2. RIBIČ Helena, ŠTRUMBELJ Iztok, FRANKO-KANCLER Tatjana, ŽOHAR ČRETNIK Tjaša, SARJANOVIČ Ljudmila, GRMEK KOŠNIK Irena, KAVČIČ Martina, - , Nacionalno spremljanje odpornosti pri sevih *Haemophilus influenzae* iz dihal v Sloveniji v letu 2003  
2005; 44 (2): 74-9 (IZČ)

3. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, GRMEK KOŠNIK

Irena, SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, - : Odpornost izolatov *Streptococcus pneumoniae* iz dihal v letu 2003  
2005; 44 (2): 80-4 (IZČ)

HOČEVAR GROM Ada:

1. Preprečevanje malarije pri potnikih  
2005; 44 (2): 93-7 (PZČ)

HOYER Silvestra:

1. Zdravstvena vzgoja in dojenje  
2005; 44 (1): 35-40 (PZČ)

HRYNIEWICZ Waleria:

1. Surveillance of antimicrobial resistance - key points / Spremljanje odpornosti bakterij - ključne ugotovitve  
2005; 44 (2): 55-60 (U)

ILJAŽ Rade:

1. - , KERSNIK Janko, ROŽENBERGER Matja,: Uporaba računalniške tehnologije med zdravniki v slovenskem osnovnem zdravstvu - pilotska študija  
2005; 44 (4): 206-14 (IZČ)

JAHAR Meta:

1. MILAVEC KAPUN Marija, HANOV Tatjana, - , KUTIN Polona, SELKO Simona, PERNEK Romana, STANTIČ-PAVLINIČ Mirjana: Poročilo o poteku javne tribune Patronažna služba po meri uporabnikov, Ljubljana, 2. 6. 2005  
2005; 44 (4): 232-4 (O)

JANET Evgen:

1. ERŽEN Ivan, - : Svinec v krvi tri leta starih otrok, ki živijo na območju Zgornje in Spodnje Me, išče doline  
2005; 44 (1): 18-25 (IZČ)

JERIČEK Helena:

1. - , ČEBAŠEK-TRAVNIK Zdenka, DERNOVŠEK Mojca Zvezdana: Patološko hazardiranje na Slovenskem: anketiranje psihiatrov  
2005; 44 (3): 127-33 (IZČ)

KASTELIC Andrej:

1. - , KOSTNAPFEL RIHTAR Tatja: Ob desetletnici organiziranega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v Republiki Sloveniji / Ten years of organised drug addiction treatment in the Republic of Slovenia  
2005; 44 (3): 109-12 (U)

KAVČIČ Martina:

1. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, DERMOTA Urška,

SARJANOVIĆ Ljudmila, - , HARLANDER Tatjana:  
Streptococcus pyogenes - porast odpornosti izolatov  
iz dihal leta 2003  
2005; 44 (2): 69-73 (IZČ)

2. RIBIČ Helena, ŠTRUMBELJ Iztok, FRANKO-  
KANCLER Tatjana, ŽOHAR ČRETNIK Tjaša,  
SARJANOVIĆ Ljudmila, GRMEK KOŠNIK Irena, - ,  
HARLANDER Tatjana: Nacionalno spremljanje  
odpornosti pri sevih Haemophilus influenzae iz dihal v  
Sloveniji v letu 2003  
2005; 44 (2): 74-9 (IZČ)

3. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-  
KANCLER Tatjana, BOŽANIĆ Vinko, GRMEK KOŠNIK  
Irena, SARJANOVIĆ Ljudmila, - , HARLANDER Tatjana:  
Odpornost izolatov Streptococcus pneumoniae iz dihal  
v letu 2003  
2005; 44 (2): 80-4 (IZČ)

KERSNIK Janko:  
1. ŠVAB Igor, PETEK ŠTER Marija, - , ŽIVČEC KALAN  
Gordana, CAR Josip: Presečna študija o delu zdravnikov  
splošne medicine v Sloveniji  
2005; 44 (4): 183-92 (IZČ)

2. - , CAR Josip, ŠVAB Igor: Management of chronic  
low back pain in family practice / Obravnava kronične  
bolečine v križu v družinski medicini  
2005; 44 (4): 193-98 (IZČ)

3. ILJAŽ Rade, - , ROŽENBERGER Matjaž: Uporaba  
računalniške tehnologije med zdravniki v slovenskem  
osnovnem zdravstvu - pilotska študija  
2005; 44 (4): 206-14 (IZČ)

KOROŠEC Simon:  
1. PREVOLNIK-RUPEL Valentina, MARUŠIČ Dorjan, -  
: Kakovost življenja članov koronarnega društva  
2005; 44 (3): 151-60 (IZČ)

KOSTNAPFEL RIHTAR Tatja:  
1. KASTELIC Andrej, - : Ob desetletnici organiziranega  
zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v Republiki  
Sloveniji / Ten years of organised drug addiction  
treatment in the Republic of Slovenia  
2005; 44 (3): 109-12 (U)

KUTIN Polona:  
1. MILAVEC KAPUN Marija, HANOV Tatjana, JAHAR  
Meta, - , SELKO Simona, PERNEK Romana, STANTIČ-  
PAVLINIČ Mirjana: Poročilo o poteku javne tribune

Patronažna služba po meri uporabnikov, Ljubljana, 2.  
6. 2005  
2005; 44 (4): 232-4 (O)

LAINŠČAK Mitja:  
1. - , FRAS Zlatko, ZALETEL KRAGELJ Lijana:  
Slovenija v gibanju z zdravo prehrano  
2005; 44 (1): 10.17 (IZČ)

LAZDANE Gunta :  
1. Reproductive health in Europe and globally /  
Reprodukativno zdravje v Evropi in v svetu  
2005; 44 (1): 1-4 (U)

LOVREČIČ Barbara:  
1. LOVREČIČ Mercedes, - , DROBNE Manca: Ekstazi:  
zdravstvena (ne)škodljivost  
2005; 44 (3): 134-9 (PZČ)

LOVREČIČ Mercedes:  
1. Nacionalni informacijski sistem za prepovedane  
droge v Sloveniji in sodelovanje z Evropsko unijo /  
Slovene national information system of illicit drugs,  
and its co-operation with the European Union  
2005; 44 (3): 117-26 (U)

2. - , LOVREČIČ Barbara, DROBNE Manca: Ekstazi:  
zdravstvena (ne)škodljivost  
2005; 44 (3): 134-9 (PZČ)

MARUŠIČ Dorjan:  
1. PREVOLNIK-RUPEL Valentina, - , KOROŠEC Simon:  
Kakovost življenja članov koronarnega društva  
2005; 44 (3): 151-60 (IZČ)

2. STARC Radovan, - , STARC Saša :Vpliv telesne  
dejavnosti na zdravje in nenadno smrt  
2005; 44 (4): 223-230 (IZČ)

MIHOLIČ Petruša:  
1. Bibliometrijska analiza člankov in citatov revije  
Zdravstveno varstvo: 1992-2003  
2005; 44 (1): 26-34 (IZČ)

MILAVEC KAPUN Marija:  
1. - , HANOV Tatjana, JAHAR Meta, KUTIN Polona,  
SELKO Simona, PERNEK Romana, STANTIČ-  
PAVLINIČ Mirjana: Poročilo o poteku javne tribune  
patronažna služba po meri uporabnikov, Ljubljana, 2.  
6. 2005  
2005; 44 (4): 232-4 (O)

NOVAK-ANTOLIČ Živa:

1. Ob Svetovnem dnevu zdravja 2005 "Vsaka mati in otrok sta pomembna"

2005; 44 (1): 5-9 (U)

PAHOR Majda

1. ZGAGA Ana - : Staranje v očeh študentov zdravstvene nege

2005; 44 (4): 215-22 (IZČ)

PERNEK Romana:

1. MILAVEC KAPUN Marija, HANOV Tatjana, JAHAR Meta, KUTIN Polona, SELKO Simona, - , STANTIČ-PAVLINIČ Mirjana: Poročilo o poteku javne tribune Patronažna služba po meri uporabnikov, Ljubljana, 2. 6. 2005

2005; 44 (4): 232-4 (O)

PETEK ŠTER Marija:

1. ŠVAB Igor, - , KERSNIK Janko, ŽIVČEC KALAN Gordana, CAR Josip: Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji

2005; 44 (4): 183-92 (IZČ)

PREMIK Marjan:

Razvoj zdravstvene zakonodaje, veljaven za območje Slovenije, do druge svetovne vojne

2005; 44 (1): 41-49 (PZČ)

PREVOLNIK-RUPEL Valentina:

1. - , MARUŠIČ Dorjan, KOROŠEC Simon: Kakovost življenja članov koronarnega društva

2005; 44 (3): 151-60 (IZČ)

REBOL-ZADRAVEC Mojca:

1. Analiza napotitev zdravnika splošne medicine v času specializacije

2005; 44 (4): 199-205 (IZČ)

RIBIČ Helena:

1. Ali lahko obvladamo odpornost bakterij?

2005; 44 (2): 61-8 (U)

2. ŠTRUMBELJ Iztok, - , FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, DERMOTA Urška, SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Streptococcus pyogenes - porast odpornosti izolatov iz dihal leta 2003

2005; 44 (2): 69-73 (IZČ)

3. - ŠTRUMBELJ Iztok, FRANKO-KANCLER Tatjana, ŽOHAR ČRETNIK Tjaša, SARJANOVIČ Ljudmila,

GRMEK KOŠNIK Irena, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Nacionalno spremljanje odpornosti pri sevih Haemophilus influenzae iz dihal v Sloveniji v letu 2003

2005; 44 (2): 74-9 (IZČ)

4. ŠTRUMBELJ Iztok, - , FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, GRMEK KOŠNIK Irena, SARJANOVIČ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Odpornost izolatov Streptococcus pneumoniae iz dihal v letu 2003

2005; 44 (2): 80-4 (IZČ)

RIFEL Janez:

1. Kvalitativna analiza študentskih družinskih poročil

2005; 44 (3): 1161-8 (IZČ)

ROŽENBERGER Matjaž:

1. ILJAŽ Rade, KERSNIK Janko : Uporaba računalniške tehnologije med zdravniki v slovenskem osnovnem zdravstvu - pilotska študija

2005; 44 (4): 206-14 (IZČ)

SARJANOVIČ Ljudmila:

1. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, DERMOTA Urška, - , KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Streptococcus pyogenes - porast odpornosti izolatov iz dihal leta 2003

2005; 44 (2): 69-73 (IZČ)

2. RIBIČ Helena, ŠTRUMBELJ Iztok, FRANKO-KANCLER Tatjana, ŽOHAR ČRETNIK Tjaša, - , GRMEK KOŠNIK Irena KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Nacionalno spremljanje odpornosti pri sevih Haemophilus influenzae iz dihal v Sloveniji v letu 2003

2005; 44 (2): 74-9 (IZČ)

3. ŠTRUMBELJ Iztok, RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, GRMEK KOŠNIK Irena, - , KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Odpornost izolatov Streptococcus pneumoniae iz dihal v letu 2003

SELKO Simona:

1. MILAVEC KAPUN Marija, HANOV Tatjana, JAHAR Meta, KUTIN Polona, - , PERNEK Romana, STANTIČ-PAVLINIČ Mirjana: Poročilo o poteku javne tribune Patrona, na slu, ba po meri uporabnikov, Ljubljana, 2. 6. 2005

2005; 44 (4): 232-4 (O)

SIMON Sue:

1. HIV issues in Southeast Europe: a critical time for action / HIV issues in Southeast Europe: a critical time for action

2005; 44 (3): 113-16

(U)

STANTIČ-PAVLINIČ Mirjana:

1. MILAVEC KAPUN Marija, HANOV Tatjana, JAHAR Meta, KUTIN Polona, SELKO Simona, PERNEK Romana, - : Poročilo o poteku javne tribune Patronažna služba po meri uporabnikov, Ljubljana, 2. 6. 2005

2005; 44 (4): 232-4

(O)

STARC Radovan:

1. - , MARUŠIČ Dorjan, STARC Saša :Vpliv telesne dejavnosti na zdravje in nenadno smrt

2005; 44 (4): 223-230

(IZČ)

STARC Saša:

STARC Radovan, MARUŠIČ Dorjan, - :Vpliv telesne dejavnosti na zdravje in nenadno smrt

2005; 44 (4): 223-230

(IZČ)

ŠTRUMBELJ Iztok:

1. - , RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, DERMOTA Urška, SARJANOVIĆ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Streptococcus pyogenes - porast odpornosti izolatov iz dihal leta 2003

2005; 44 (2): 69-73

(IZČ)

2. RIBIČ Helena, - , FRANKO-KANCLER Tatjana, ŽOHAR ČRETNIK Tjaša, SARJANOVIĆ Ljudmila, GRMEK KOŠNIK Irena, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Nacionalno spremljanje odpornosti pri sevih Haemophilus influenzae iz dihal v Sloveniji v letu 2003

2005; 44 (2):74-9

(IZČ)

3. - , RIBIČ Helena, FRANKO-KANCLER Tatjana, BOŽANIČ Vinko, GRMEK KOŠNIK Irena, SARJANOVIĆ Ljudmila, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Odpornost izolatov Streptococcus pneumoniae iz dihal v letu 2003

2005; 44 (2): 80-4

(IZČ)

ŠVAB Igor:

1. - , Janko Kersnik, Darinka Klančar:Zdravstveni dom: relikv preteklosti ali vizija prihodnosti / Health centre: a relict from the past or a vision of the future

2005; 44 (4): 173-82

(U)

2. -, PETEK ŠTER Marija, KERSNIK Janko, ŽIVČEC KALAN Gordana, CAR Josip: Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji

2005; 44 (4): 183-92

(IZČ)

3. KERSNIK Janko, CAR Josip -, Management of chronic low back pain in family practice / Obravnava kronične bolečine v križu v družinski medicini

2005; 44 (4): 193-98

(IZČ)

URŠIČ Simona:

1. ERŽEN Ivan, BOŠNJAK Ksenija, - : Kadmi in svinec v živilih rastlinskega izvora, pridelanih na območju Teharij in Medloga (mo Celje) – kazalca onesnaženosti okolja

2005; 44 (2): 85-92

(IZČ)

ZALETEL KRAGELJ Lijana:

1. LAINŠČAK Mitja, FRAS Zlatko, - : Slovenija v gibanju z zdravo prehrano

2005; 44 (1): 10.17

(IZČ)

ZGAGA Ana.

1. - , PAHOR Majda: Staranje v očeh študentov zdravstvene nege

2005; 44 (4): 215-22

(IZČ)

ŽIVČEC KALAN Gordana:

1. ŠVAB Igor, PETEK ŠTER Marija, KERSNIK Janko, - , CAR Josip: Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji

2005; 44 (4): 183-92

(IZČ)

ŽOHAR ČRETNIK Tjaša:

1. RIBIČ Helena, ŠTRUMBELJ Iztok, FRANKO-KANCLER Tatjana, - , SARJANOVIĆ Ljudmila, GRMEK KOŠNIK Irena, KAVČIČ Martina, HARLANDER Tatjana: Nacionalno spremljanje odpornosti pri sevih Haemophilus influenzae iz dihal v Sloveniji v letu 2003

2005; 44 (2):74-9

(IZČ)

Opomba: Črke v oklepaju za številkami pomenijo eno od naslednjih rubrik:

Izvirni znanstveni članki

(IZČ)

Uvodnik, Uvodni članki

(U)

Izvirni znanstveni članki

(IZČ)

Pregledni znanstveni članki

(PZČ)

Pismo uredništvu

(PU)

Zdravstvena kultura

(ZK)

Ostalo

(O)

Gradivo je zbrala in uredila Marija Bahun.

## OBVESTILA

### popravek

V prejšnji številki (Zdrav Var 2005; 44: 4) je prišlo do tehničnih napak pri dveh člankih.

1. V članku *Staranje v očeh študentov zdravstvene nege* manjka na str. 220, v tabeli 2 levi stolpec, zgornja vrstica s tekstom **Zdravje/Health**.

2. Pri članku *Vpliv telesne dejavnosti na zdravje in nenadno smrt*

str. 223 v Izvlečku je tekst pravilno zapisan »navodil za varno telesno dejavnost.«

str. 224, desni stolpec, Tabela 1, 7. vrstica: pravilno zapisano je »catecholamine stimulation«

str. 224, desni stolpec, Tabela 1, 27. vrstica: pravilno zapisano »- Masa eritrocitov in krvni volumen / RBC mass blood volume«

str. 224, desni stolpec, Tabela 1, 44. vrstica: pravilno zapisano »- Toleranca za stres / Stress tolerance

str. 225, levi stolpec, 1. podpoglavje, 3. vrstica: je tekst pravilno zapisan »med telesno dejavnostjo, ali znotraj 6 ur po telesni dejavnosti«

str. 225, levi stolpec, 2. podpoglavje, 28. vrstica: pravilno »idiopatska hipertrofija«

str. 225, levi stolpec, 3. podpoglavje, 3. vrstica: je tekst pravilno zapisan »vsemi rekreativnimi panogami«

str. 225, desni stolpec, 3. podpoglavje, 7. vrstica: črta se besedi »se NS«

str. 225, desni stolpec, 3. podpoglavje, 7. vrstica: je tekst pravilno zapisan »17 do 26-krat večje«

str. 226, desni stolpec, 3. podpoglavje, 4. vrstica: je tekst pravilno zapisan »sistolični tlak za 1,6-krat, diastolični tlak za 1,1-krat«

str. 226, desni stolpec, 4. podpoglavje, 2. vrstica: je tekst pravilno zapisan »dejavnost«

str. 227, levi stolpec, 2. odstavek, 5. vrstica: pravilno »Med dejavnike, ki«

str. 227, desni stolpec, 2. podpoglavje, 7. vrstica: pravilno »bolezen in sistemski lupus«

str. 228, desni stolpec, 1. podpoglavje, 13. vrstica: pravilno »pogostnost«

str. 228, desni stolpec, 1. podpoglavje, 29. vrstica: pravilno »170 utripov/min, 65 %«

str. 229, levi stolpec, 5. vrstica: je tekst pravilno zapisan »dejavnost.«

str. 229, levi stolpec, Zaključki, 16. vrstica: pravilno »omedlevica) je pred«

str. 230, levi stolpec, Referenca št. 34: pravilno »2004«

Za napake se iskreno opravičujemo!

Uredništvo

### Spoštovana ga. Miholič!

Žal je zopet obveljalo staro pravilo, da se pri preveliki količini dela in pri kratkih rokih pojavljajo tudi napake, kot se je to zgodilo tudi pri vaši reviji Zdravstveno varstvo.

Iskreno se opravičujemo in upamo da ne bo prišlo do okrnjenega sodelovanja med uredništvom omenjene revije in tehničnim oblikovanjem v tiskarni Littera picta.

Littera picta, d.o.o.

Medvode, 20. 2. 2006

## NAROČILNICA

☐ **Komplet knjig - broširana izdaja**

Zupanič – Slavec Z.: **RAZVOJ SLOVENSKEGA JAVNEGA ZDRAVSTVA (1918 – 1945) in NJEGOV UTEMELJITELJ DR. IVO PIRC**

Zupanič – Slavec Z.: **RAZVOJ SLOVENSKEGA JAVNEGA ZDRAVSTVA (1945 – 1992) in VLOGA DR. BOJANA PIRCA (knjiga bo izšla v prvi polovici leta 2006)**

po ceni 11.000,00 SIT (cena vključuje DDV in poštino)

☐ **Knjiga – broširana izdaja**

Zupanič – Slavec Z.: **RAZVOJ SLOVENSKEGA JAVNEGA ZDRAVSTVA (1918 – 1945) in NJEGOV UTEMELJITELJ DR. IVO PIRC**

po ceni 6.000,00 SIT (cena vključuje DDV in poštino)

☐ **Knjiga – broširana izdaja**

Zupanič – Slavec Z.: **RAZVOJ SLOVENSKEGA JAVNEGA ZDRAVSTVA (1945 – 1992) in VLOGA DR. BOJANA PIRCA (knjiga bo izšla v prvi polovici leta 2006)**

po ceni 6.000,00 SIT (cena vključuje DDV in poštino)

☐ **Komplet knjig - trda izdaja**

Zupanič – Slavec Z.: **RAZVOJ SLOVENSKEGA JAVNEGA ZDRAVSTVA (1918 – 1945) in NJEGOV UTEMELJITELJ DR. IVO PIRC**

Zupanič – Slavec Z.: **RAZVOJ SLOVENSKEGA JAVNEGA ZDRAVSTVA (1945 – 1992) in VLOGA DR. BOJANA PIRCA (knjiga bo izšla v prvi polovici leta 2006)**

po ceni 15.000,00 SIT (cena vključuje DDV in poštino)

☐ **Knjiga – trda izdaja**

Zupanič – Slavec Z.: **RAZVOJ SLOVENSKEGA JAVNEGA ZDRAVSTVA (1918 – 1945) in NJEGOV UTEMELJITELJ DR. IVO PIRC**

po ceni 8.500,00 SIT (cena vključuje DDV in poštino)

☐ **Knjiga – trda izdaja**

Zupanič – Slavec Z.: **RAZVOJ SLOVENSKEGA JAVNEGA ZDRAVSTVA (1945 – 1992) in VLOGA DR. BOJANA PIRCA (knjiga bo izšla v prvi polovici leta 2006)**

po ceni 8.500,00 SIT (cena vključuje DDV in poštino)

Ime in priimek / delovna organizacija.....

Davčna številka:.....

Davčni zavezanec: ☐ da ☐ ne

Ulica, kraj, poštna številka.....

Ime in priimek kontaktne osebe.....

Datum:

Podpis in žig ustanove:

Naročilnico pošljite na naslov:

**Inštitut za varovanje zdravja RS, Služba za založništvo, dokumentacijsko in arhivsko gradivo, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, po faksu na št.: 01 244 15 17**



## IZŠLA JE

### MEDNARODNA KLASIFIKACIJA BOLEZNI, 2. izdaja

Spoštovani,

Druga slovenska knjižna izdaja desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10, 1. knjiga Pregledni seznam in 2. knjiga Navodila, IVZ 2005) ima za osnovo slovensko besedilo prve izdaje MKB-10 (IVZ 1995), ki je bilo prevod izvirnika Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), izdanega leta 1992. Dodatno vsebuje vse posodobitve, ki jih je SZO sprejela v letih od 1996 do 2003, in tudi novosti iz uvodnih in spremnih besedil druge knjižne izdaje izvirnika.

Druga slovenska izdaja MKB-10 tako vsebinsko ustreza drugi izdaji izvirnika ICD-10 (WHO 2004), dodatno pa so vključene tudi posodobitve iz leta 2003, ki sicer še niso vključene v drugo izdajo originala in so namenjene za uporabo od leta 2006 dalje.

SZO sproti posodablja deseto revizijo klasifikacije. Zato lahko najdemo manjše razlike med verzijami originalne klasifikacije, dostopnimi na različnih medijih (knjiga, elektronski medij, verzija na spletnem naslovu).

*Vabimo Vas, da čim prej naročite svoj izvod MKB-10.*

**Inštitut za varovanje zdravja RS**

#### NAROČILNICA

**Naročam(o).....izv. MKB-10, 2. izd., po ceni 15.000,00 SIT (cena vključuje DDV)**

Ime in priimek (delovna organizacija):.....

Ulica, kraj, poštna številka:.....

Davčna številka:.....

Davčni zavezanec: ☐ da ☐ ne

Ime in priimek kontaktne osebe:.....

Datum:

Podpis in žig ustanove:

Naročilnico pošljite na naslov: **Inštitut za varovanje zdravja RS, Služba za založništvo, dokumentacijska in arhivska gradiva, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana**, ali po faksu na št.: 01 244 15 17.

## NAVODILA SODELAVCEM REVIEJE ZDRAVSTVENO VARSTVO

Navodila so v skladu z **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals**. Popolna navodila so objavljena v N Engl J Med 1997; 336: 309-15 in v Ann Intern Med 1997; 126: 36-47.

Uredništvo sprejema v obdelavo samo članke, ki še niso bili in ne bodo objavljeni drugje. Dele članka, ki so povzeti po drugi literaturi (predvsem slike in tabele), mora spremljati dovoljenje avtorja in založnika prispevka, da dovoli naši reviji reprodukcijo. Pri znanstvenih in strokovnih prispevkih morajo biti naslov, izvleček, ključne besede, tabele in podpisi k tabelam in slikam prevedeni v angleščino.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije.

Če delo obravnava poskuse na živalih, mora biti iz besedila razvidno, da so bili opravljeni v skladu z etičnimi načeli.

Avtorji, ki so v objavo poslano raziskovalno delo opravili s pomočjo nekega podjetja, naj to navedejo v spremnem pismu.

### Tipkopis

Prispevke pošljite na naslov uredništva: **Inštitut za varovanje zdravja, Zdravstveno varstvo, Trubarjeva 2, SI 1000 Ljubljana**. Pošljite 3 kopije tipkanega besedila z različico na disketi in originalne slike. Besedila naj bodo napisana z urejevalnikom Word for Windows. Prispevek naj bo natisnjen na belem pisarniškem papirju z dvojnimi razmikom. Robovi naj bodo široki najmanj 25 mm. Znanstveni članki naj imajo naslednja poglavja: uvod, metode, rezultati, razpravljanje in zaključek. Ostale oblike člankov in pregledni članki so lahko zasnovani drugače, vendar naj bo razdelitev na poglavja in podpoglavja jasno razvidna iz velikosti črk naslovov. Poglavja in podpoglavja naj bodo številčena dekadno po standardu SIST ISO 2145 in SIST ISO 690 (npr. 1, 1.1, 1.1.1 itd.). Prispevku naj bo priloženo spremno pismo, ki ga morajo podpisati vsi avtorji. Vsebuje naj izjavo, da članek še ni bil objavljen ali poslan v objavo kakšni drugi reviji (to ne velja za izvlečke in poročila s strokovnih srečanj), da so prispevek prebrali in se z njim strinjajo vsi avtorji. Naveden naj bo odgovorni avtor (s polnim naslovom, telefonsko številko in elektronskim naslovom), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom in ostalimi avtorji.

### Naslovna stran

Obsega naj slovenski in angleški naslov članka. Naslov naj bo kratek in natančen, opisen in ne trdilen (povedi v naslovih niso dopustne). Navedena naj bodo imena piscev z natančnimi akademskimi in strokovnimi naslovi ter popoln naslov ustanove, inštituta ali klinike, kjer je delo nastalo. Avtorji morajo izpolnjevati pogoje za avtorstvo. Prispevati morajo k zasnovi in oblikovanju oz. analizi in interpretaciji podatkov, članek morajo intelektualno zasnovati oz. ga kritično pregledati, strinjati se morajo s končno različico članka. Samo zbiranje podatkov ne zadostuje za avtorstvo.

Izvleček in ključne besede

Druga stran naj obsega izvleček v slovenščini in angleščini. Izvleček znanstvenega članka naj bo strukturiran in naj ne bo daljši od 250 besed, izvečki ostalih člankov naj bodo nestrukturirani in naj ne presegajo 150 besed. Izvleček naj vsebinsko povzema in ne le našteva bistvene vsebine dela. Izogibajte se kraticam in okrajšavam. Napisan naj bo v 3. osebi. Kadar je prispevek napisan v angleškem jeziku, bo izvleček objavljen v slovenskem jeziku.

Izvleček znanstvenega članka naj povzema namen dela, osnovne metode, glavne izsledke in njihovo statistično pomembnost ter poglobljene sklepe. Navedenih naj bo 3-10 ključnih besed, ki nam bodo v pomoč pri indeksiranju. Uporabljajte izraze iz MeSH - Medical Subject Headings, ki jih navaja Index Medicus. Praviloma naj bo izvleček oblikovan v enem odstavku, izjemoma v večih. Kategorijo prispevka naj predlaga avtor, končno odločitev pa sprejme urednik na osnovi predloga recenzenta.

### Reference

Vsako navajanje trditev ali dognanj drugih morate podpreti z referenco. Reference naj bodo v besedilu navedene po vrstnem redu, tako kot se pojavljajo. Referenca naj bo navedena na koncu citirane trditve. Reference v besedilu, slikah in tabelah navedite v oklepaju z arabskimi številkami. Reference, ki se pojavljajo samo v tabelah ali slikah, naj bodo oštevilčene tako, kot se bodo pojavile v besedilu. Kot referenc ne navajajte izvlečkov in osebnih dogovorov (slednje je lahko navedeno v besedilu). Seznam citirane literature dodajte na koncu prispevka. Literaturo citirajte po priloženih navodilih, ki so v skladu s tistimi, ki jih uporablja ameriška National Library of Medicine v Index Medicus. Imena revij krajšajte tako, kot določa Index Medicus (popoln seznam na naslovu URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

Navedite imena vseh avtorjev, v primeru, da je avtorjev šest ali več, navedite prvih šest avtorjev in dodajte et al.

Primeri za citiranje literature:

#### primer za knjigo:

1. Premik M. Uvod v epidemiologijo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1998.
2. Mahy BWJ. A dictionary of virology (2nd ed.). San Diego, Academic Press, 1997.

#### primer za poglavje iz knjige:

3. Urlep F. Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji zadnjih 130 let. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. Družinska medicina, Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 18-27.
4. Goldberg BW. Population-based health care. In: Taylor RB, editor. Family medicine. 5th ed. New York: Springer, 1999: 32-6.

**primer za članek iz revije:**

5. Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. J Fam Pract 2001; 50: 589-94.

**primer za članek iz revije, kjer avtor ni znan:**

6. Anon. Early drinking said to increase alcoholism risk. Globe 1998; 2: 8-10.

**primer za članek iz revije, kjer je avtor organizacija:**

7. Women's Concerns Study Group. Raising concerns about family history of breast cancer in primary care consultations: prospective, population based study. BMJ 2001; 322: 27-8.

**primer za članek iz suplementa revije z volumnom, s številko:**

8. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 2: 275-82.  
9. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.

**primer za članek iz zbornika referatov:**

10. Sugden K. et al. Suicides and non-suicidal deaths in Slovenia: Molecular genetic investigation. In: 9th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. Warwick : University of Oxford, 2002: 76.

**primer za magistrske naloge, doktorske disertacije in Prešernove nagrade:**

11. Bartol T. Vrednotenje biotehniških informacij o rastlinskih drogah v dostopnih virih v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana, Biotehniška fakulteta, 1998.

**primer za elektronske vire:**

12. Mendels P. Textbook publishers extend lessons online. Pridobljeno 23.9.1999 s spletne strani: <http://www.nytimes.com/library/tech/99/09>.

**Tabele**

Naj bodo natipkane v besedilu prispevka na mestu, kamor sodijo. Tabele naj sestavljajo vrstice in stolpci, ki se sekajo v poljih. Tabele oštevilčite po vrstnem redu, vsaka tabela mora biti citirana v besedilu. Tabela naj bo opremljena s kratkim naslovom. Pojasnjene naj bodo vse kratice, okrajšave in nestandardne enote, ki se pojavljajo v tabeli.

**Slike**

Morajo biti profesionalno izdelane. Pri pripravi slik upoštevajte, da gre za črno-beli tisk. Slikovno gradivo naj bo pripravljeno:

- črno-belo (ne v barvah!);
- brez polnih površin, namesto tega je treba izbrati šrafure (če gre za stolpce, t. i. tortice ali zemljevide);
- v linijskih grafih naj se posamezne linije prav tako ločijo med seboj z različnim črtkanjem ali različnim označevanjem (s trikotniki, z zvezdicami...), ne pa z barvo;
- v grafih naj bo ozadje belo (tj. brez ozadja).

Črke, številke ali simboli na sliki morajo biti jasni, enotni in dovolj veliki, da so berljivi tudi na pomanjšani sliki. Ročno ali na pisalni stroj izpisano besedilo v sliki je nedopustno. Oddajte originale slik oz. fotografije. Prosimo, da slik ne skenirate sami. Na zadnji strani fotografije naj bo napisana zaporedna številka fotografije, ime pisca in naslov članka, v dvomljivih primerih naj bo označeno, kaj na sliki je zgoraj oz. spodaj. Slike, narisane v računalniških programih, naj bodo posnete v originalnem programu na disketi. Fotografije iz rentgenogramov in diapozitivov naj priskrbi avtor sam. Vsaka slika mora biti navedena v besedilu. Besedilo k sliki naj vsebuje naslov slike in potrebno razlago vsebine. Slika naj bo razumljiva tudi brez branja ostalega besedila. Pojasniti morate vse okrajšave s slike. Uporaba okrajšav v besedilu k sliki je nedopustna. Besedila k slikam naj bodo napisana na mestu pojavljanja v besedilu.

Fotografijam, na katerih se lahko prepozna identiteta bolnika, priložite pisno dovoljenje bolnika.

**Merske enote**

naj bodo v skladu z mednarodnim sistemom enot (SI).

**Kraticam in okrajšavam**

se izogibajte, izjema so mednarodno veljavne oznake merskih enot. V naslovih in izvlečku naj ne bo kratic. Na mestu, kjer se kratica prvič pojavi v besedilu, naj bo izraz, ki ga nadomešča, polno izpisan, v nadaljnjem besedilu uporabljano kratico navajajte v oklepaju.

**Uredniško delo**

Prispelo gradivo daje uredništvo v strokovno recenzijo in jezikovno lekturo. Po končanem uredniškem delu vrnemo prispevek avtorju, da popravke odobri in upošteva. Popravljeni čistopis vrne v uredništvo. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine prispevka. Avtor dobi v pogled tudi prve, t. i. krtačne odtise, vendar na tej stopnji upoštevamo samo še popravke tiskovnih napak. Krtačne odtise je treba vrniti v treh dneh, sicer menimo, da avtor nima pripomb.

Za objavo prispevka prenese avtor avtorske pravice na Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije kot izdajatelja revije. Kršenje avtorskih in drugih sorodnih pravic je kaznivo.

Prispevkov ne honoriramo. Avtor dobi le izvod revije, v kateri je objavljen njegov članek. Rokopisov, slik in disket ne vračamo.

## INSTRUCTIONS TO THE AUTHORS OF THE SLOVENIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Instructions are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. **Complete instructions are published in *N Engl J Med* 1997; 336: 309-15 and in *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47.**

Editorial board accepts only articles, that have not been and will not be published elsewhere. Parts of the article, summarized after other sources (especially illustrations and tables) should include the author's and publisher's permission to reproduce them in our Journal. If the contribution deals with experiments on humans it should be evident from the text that the experiments were in accordance with the ethical standards of the Helsinki-Tokio Declaration.

When the work deals with experiments on animals it should be evident from the text that they were performed in accordance with the ethical principles.

Authors whose submitted research work was performed with the support of a company, should indicate this in the accompanying letter.

### Manuscript

Send the manuscripts to the editorial address: **Zdravstveno varstvo, Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, SI 1000 Ljubljana**. Send 3 copies of typed or printed text with a copy in electronic form (on a disk) and original illustrations.

Manuscripts should be written in Word for Windows word processor.

Contribution should be typed or printed on white bond paper and double-spaced with margins of at least 25 mm. Scientific articles should be divided into following headings: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions. Other types of articles and review articles can be designed differently, but the division in headings and subheadings should be clearly evident from the size of characters in the titles. Headings and subheadings should be numbered decadally by standard SIST ISO 2145 and SIST ISO 690 (e. g. 1, 1.1, 1.1.1 etc.). Manuscript should be accompanied by an accompanying letter signed by all authors. It should include the statement that the article has not yet been published or sent for publication to some other journal (this is not required for abstracts and reports from professional meetings), and that the manuscript has been read and approved by all the authors. Name, address, telephone number and e-mail address of the responsible author, who will be responsible for communication with the editors and other authors should be cited.

### Title page

The title page should carry the Slovene and English title of the article, which should be short and concise, descriptive and not affirmative (statements are not allowed in the title). Names of authors with concise academic and professional degrees and full address of the department, institution or clinic where the work has been performed should be cited. Authors should be qualified for authorship. They should contribute to the conception and design resp. analysis and interpretation of data, they should intellectually draft resp. revise the article critically and approve the final version of the contribution. The collecting of data solely does not justify the authorship.

### Abstract and Key Words

The second page should carry the abstract in Slovene and English. The abstract of the scientific article should be structured and of no more than 250 words, the abstracts of other articles should be unstructured and of no more than 150 words. The abstract should summarize the content and not only enumerate the essential parts of the work. Avoid abbreviations. Abstract should be written in third person. When the paper is written in English language, the abstract will be published in Slovene. The abstract of a scientific article should state the purpose of the investigation, basic procedures, main findings together with their statistical significance, and principal conclusions. 3 - 10 key words should be cited for the purpose of indexing. Terms from the *MeSH - Medical Subject Headings* listed in *Index Medicus* should be used. The abstract should normally be written in one paragraph, only exceptionally in several. The author should propose the category of the article, but the final decision is adopted by the editor on the base of the suggestion of the professional reviewer.

### References

Each mentioning of statements or findings by other authors should be supported by reference. References should be numbered consecutively in the same order in which they appear in the text. Reference should be cited at the end of the cited statement. References in text, illustrations and tables should be indicated by Arabic numerals in parentheses. References, cited only in tables or illustrations should be numbered in the same sequence as they will appear in the text. Avoid using abstracts and personal communications as references (the latter can be cited in the text). The list of the cited literature should be added at the end of the contribution. Literature should be cited according to the enclosed instructions that are in accordance with those used by U. S. *National Library of Medicine* in *Index Medicus*. The titles of journals should be abbreviated according to the style used in *Index Medicus* (complete list on the URL address: <http://www.nlm.nih.gov>). List the names of all authors, if there are six authors or more, list first six authors than add *et al*.

Examples for literature citation:

#### example for a book:

1. Premik M. Uvod v epidemiologijo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1998.
2. Mahy BWJ. A dictionary of virology (2nd ed.). San Diego, Academic Press, 1997.

#### example for the chapter in a book:

3. Urlep F. Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji zadnjih 130 let. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. Družinska medicina, Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 18-27.
4. Goldberg BW. Population-based health care. In: Taylor RB, editor. Family medicine. 5th ed. New York: Springer, 1999: 32-6.

**example for the article in a journal:**

5. Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. *J Fam Pract* 2001; 50: 589-94.

**example for the article in journal with no author given:**

6. Anon. Early drinking said to increase alcoholism risk. *Globe* 1998; 2: 8-10.

**example for the article in journal with organization as author:**

7. Women's Concerns Study Group. Raising concerns about family history of breast cancer in primary care consultations: prospective, population based study. *BMJ* 2001; 322: 27-8.

**example for the article from journal volume with supplement, with number:**

8. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 2: 275-82.
9. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.

**example for the article from collection of scientific papers:**

10. Sugden K. et al. Suicides and non-suicidal deaths in Slovenia: Molecular genetic investigation. In: 9th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. Warwick : University of Oxford, 2002: 76.

**example for master theses, doctor theses and Prešeren awards:**

11. Bartol T. Vrednotenje biotehniških informacij o rastlinskih drogah v dostopnih virih v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana, Biotehniška fakulteta, 1998.

**example for electronic sources:**

12. Mendels P. Textbook publishers extend lessons online. Pridobljeno 23.9.1999 s spletne strani: <http://www.nytimes.com/library/tech/99/09>.

**Tables**

Type or print on the place in the text where they belong. Tables should be composed by lines and columns which intersect in fields. Number tables consecutively. Each table should be cited in the text and supplied with a brief title. Explain all the abbreviations and non-standard units in the table.

**Illustrations**

Illustrations should be professionally drawn. When preparing the illustrations consider the black-and-white print. Illustration material should be prepared:

- In black-and-white (not in color!);
- Surfaces should have no tone-fills, hatchings should be chosen instead (in case of bar-charts, so called pie-charts or maps);
- In linear graphs the individual lines should also be separated by various kinds of hatching or by different markers (triangles, asterisks...), but not by color;
- Graphs should have white background (i. e. without background).

Letters, numbers or symbols should be clear, even and of sufficient size to be still legible on a reduced illustration. Freehand or typewritten lettering in the illustration is unacceptable. Submit original drawings resp. photographs. You are requested not to scan the illustrations by yourself. On the back of the photograph the consecutive number of photograph, author's name and the title of article should be written, and in unclear cases the top resp. the bottom should be indicated. Figures, drawn in computer programmes should be copied in original programme (software) on a disk. Photographs of X-ray films and slides should be provided by author himself. Each figure should be cited in the text.

Accompanying text to the illustration should contain its title and the necessary explanation of its content. Illustration should be intelligible also without reading the article. All the abbreviations from the figure should be explained. The use of abbreviations in the accompanying text to the illustration is unacceptable. Accompanying texts to illustrations should be written in the place of their appearing in the text.

If the identity of the patient can be recognized on the photograph, a written permission of the patient for its reproduction should be submitted.

**Units of Measurement**

Should be in accordance with International System of Units (SI).

**Abbreviations**

Avoid abbreviations, with the exception of internationally valid signs for units of measurement. Avoid abbreviations in the title and abstract. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text, abbreviation used in further text should be cited in parentheses.

**Editorial work**

The received material is submitted by the editorial board to professional reviewer and reader (language editor). After this editorial procedure, the contribution is sent to the author for approval and consideration of corrections. The final copy is then again submitted to the editorial board. During the editorial procedure, the secrecy of the contribution content is guaranteed. Author receives in consideration also the first print, but at this stage corrigenda (printing errors) only are to be considered. Proofreadings should be returned in three days, otherwise it is considered that the author has no remarks.

When the manuscript is accepted for publication, the author assigns copyright ownership of the material to the Institute of Public Health of the Republic of Slovenia as the publisher. Any violation of the copyright will be legally persecuted.

Contributions are not remunerated. The author receives one copy of the issue in which the article is published. Manuscripts, illustrations and disks will not be returned.

[illegible]