

# Primerjava uspešnosti pilotnega izvajanja kratkega ukrepa podpore pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola v ambulanti družinske medicine in predlogi obeh poklicnih skupin glede sistemske implementacije predlagane različice ukrepa

Comparison of success level in conducting piloted version of alcohol screening and brief intervention in family medicine practice and suggestions regarding systemic implementation of the measure in both profession groups of family medicine

mag. Tadeja Hočevar<sup>53</sup>  
 Jasmina Črnko Papić<sup>54</sup>  
 dr. Pika Založnik<sup>55</sup>

## Izvleček

**Izhodišče:** Kratki ukrep za podporo pri opuščanju čezmernega pitja alkohola se v Sloveniji v ambulanti družinske medicine sistemsko že izvaja, vendar nesistematično (zdravnik družinske medicine - ZDM) oz. le delno (diplomirana medicinska sestra - DMS). V okviru nacionalnega pilotnega projekta SOPA<sup>56</sup> smo ukrep prenovili in izvajanje testirali pri obeh poklicnih skupinah. Ugotavljali smo ustreznost ukrepa z namenom priprave predloga za sistemsko implementacijo ukrepa v ambulanti družinske medicine v prihodnje.

**Metoda:** Ob koncu pilota (2018-2020) smo izvedli presečno raziskavo na vzorcu skupno 123 ZDM in DMS, ki so pilotno izvajali novo različico ukrepa. Primerjali smo različne vidike uspešnosti izvajanja ukrepa. Za izvajanje primerjav med obema poklicnima skupinama smo izvedli parametrične in neparametrične teste v statističnem programu SPSS. Z vsako poklicno skupino smo izvedli tudi po tri fokusne skupine, kjer smo izvajalce vprašali o njihovih predlogih glede sistemske implementacije izvajanja ukrepa v prihodnje.

**Rezultati:** Med poklicnima skupinama v številu obravnavanih pacientov in uspešnih obravnav na izvajalca ter številu izvedenih srečanj na pacienta ni bilo statistično značilnih razlik. Pri ZDM se je več pacientov kot pri DMS strinjalo s presejanjem ( $U=1268,50$ ;  $p=0,002$ ), pri DMS pa so se pacienti v večji meri vračali na drugo srečanje ( $\chi^2=9,080$ ;  $p=0,003$ ). Ključna predloga obeh poklicnih skupin glede sistemske implementacije ukrepa sta bila dovolj časa in odprava zbiranja soglasja pacienta za izvajanje ukrepa.

**Razprava:** Pri sistemski implementaciji predlagane različice ukrepa v ambulanti družinske medicine velja nadaljnjo pozornost usmeriti v zagotavljanje pogojev izvajanja ukrepa, ki sežejo tudi onkraj samih kompetenc izvajalca ukrepa.

**Ključne besede:** alkoholna problematika, kratki ukrep za podporo pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola, primarna zdravstvena raven, ambulanta družinske medicine, sistemska implementacija

## Abstract

**Background:** Alcohol screening and brief intervention (ASBI) is already systemically implemented in Slovenian family medicine practice, yet conducted unsystematically (by family medicine doctors – FMD) or only partially (by registered nurses – RN). As part of the national pilot project SOPA<sup>57</sup>, we renewed the measure and piloted it in both professional groups. We studied the adequacy of the measure to prepare a proposal for effective systemic implementation of the measure in family medicine practice.

**Methods:** At the end of the pilot (2018-2020), we conducted a cross-sectional survey on a sample of 123 FMD and RN who practiced the measure during the pilot. We compared different aspects of success level

<sup>53</sup> mag. Tadeja Hočevar, Nacionalni inštitut za javno zdravje, tadeja.hocevar@nijz.si

<sup>54</sup> Jasmina Črnko Papić, Nacionalni inštitut za javno zdravje

<sup>55</sup> dr. Pika Založnik, Nacionalni inštitut za javno zdravje

<sup>56</sup> Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola

<sup>57</sup> TRATAC - Together for Responsible Attitude towards Alcohol Consumption

in doing ASBI. To compare the two professional groups, we performed parametric and non-parametric tests in the SPSS statistics program. We also conducted three focus groups with each professional group and asked the practitioners about their proposals for the future systemic implementation of the measure.

**Results:** There were no statistically important differences in the number of treated patients and successful treatments per practitioner nor the number of average meetings held per patient between the two professional groups. More patients agreed to be screened at FMD compared to RN ( $U=1268.50$ ;  $p=0.002$ ), yet more patients came back for the second meeting at RN compared to FMD ( $\chi^2=9.080$ ;  $p=0.003$ ). The key proposals of both professional groups about the systemic implementation of the measure were the assurance of a sufficient amount of time and the abolition of gathering the patients' consent for practicing the measure.

**Discussion:** In implementing the proposed version of the measure in family medicine practice on a system level, further attention should be directed to ensuring the right conditions for practicing the measures which go beyond merely the practitioners' competency.

**Keywords:** alcohol-related problems, alcohol screening and brief intervention for supporting quitting hazardous and harmful alcohol drinking, primary healthcare level, family medicine practice, systemic implementation.

## 1 Uvod

Med splošno razširjenimi dovoljenimi in nedovoljenimi drogami je alkohol zaradi svojih negativnih učinkov na zdravje človeka in okolico najbolj škodljiva droga (van Amsterdam, et al., 2015). Pitje alkohola je vzročno povezano z več kot 200 boleznimi, poškodbami in zdravstvenimi stanji, tudi duševnimi motnjami (WHO, 2014).

V Sloveniji je poraba alkohola visoko nad mednarodnim povprečjem (WHO, n.d.), pitje alkohola je nadpovprečno razširjeno tudi med slovenskimi mladostniki (Inchley, et al., 2020). Posebej skrb vzbujajoč je podatek, da v Sloveniji vsak dan beležimo v povprečju 3 smrti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih razlogov (Zaletel, et al., 2019).

Slovenija ima, sicer z nazadovanjem na področju strežbe alkoholnih pijač na športnih prireditvah (ZOPA-A, 2017), implementiranih več dokazano učinkovitih ukrepov (Roškar, et al., 2018). Med njimi tudi kratki ukrep za podporo pri opuščanju tvegane in škodljivega pitja alkohola (v nadaljevanju: KU TŠpA) (Roškar, et al., 2018), ki pa se v ambulanti družinske medicine izvaja nesistematično (ZDM) (NIJZ, n.d.) oz. le delno (DMS sistematično izvajajo le presejanje) (Poplas Susič & Marušič, 2011).

Prek projekta Evropskega socialnega sklada (Evropska komisija, 2016) je Slovenija zato investirala sredstva v razvoj pristopa SOPA - *Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola*, ki med drugim opredeljuje tudi prenovljeno različico KU TŠpA v ADM (Hočevar, et al., 2022; Hočevar, et al., n.d. v pripravi; Kolšek, 2022; Medved, et al., 2022). V letih 2016-2022 smo v okviru projekta opredelili modul poglobljenega usposabljanja za izvajanje ukrepa, ukrep posodobili ter ga testirali na primarni zdravstveni ravni in na centrih za socialno delo, ob tem smo opredelili tudi razširitev vstopnih točk oz. poklicev, kjer je izvedba aktualna (Hočevar, et al., 2022; Hočevar, et al., n.d. v pripravi).

Izvajanje nove različice ukrepa, ki ga v grobem opredeljujejo tri faze (presejanje, svetovanje in spremljanje), je bilo v projektnej pilotu v vseh testiranih poklicnih skupinah uspešno (Hočevar, et al., 2022; Hočevar, et al., n.d. v pripravi). Za namene priprave predloga za učinkovito sistemsko implementacijo ukrepa v ambulanti družinske medicine nas je nadalje zanimalo, ali je izvajanje KU TŠpA lahko enako uspešno s strani obeh poklicnih skupin oz. kakšne so morebitne razlike v učinkovitosti ter kakšni so predlogi izvajalcev glede sistemske implementacije ukrepa v ambulanti družinske medicine v prihodnje. Skladno s tem smo postavili sledeča hipotezo in raziskovalno vprašanje:

- (H) V uspešnosti izvajanja KU TŠpA ni razlik med ZDM in DMS v ADM.
- (RV): Kakšna stališča imajo izvajalci ukrepa o sistemski implementaciji ukrepa v ADM?

## 2 Metode

Raziskavo smo izvedli na dva načina, kvantitativno in kvalitativno.

### 2.1 Kvantitativni del raziskave

#### Udeleženci, pripomočki in postopek

Ob koncu pilota smo izvedli presečno raziskavo z analizo v informacijski sistem vnese-nih podatkov o izvajanju ukrepa. Podatke so vnašali izvajalci pristopa SOPA, ki so v okviru projekta izvajali KU TŠpA v ADM. Skupno je bilo 123 izvajalcev: 64 (52 %) ZDM in 59 (48 %) DMS. 20 izvajalcev je bilo moškega spola, 103 pa ženskega. Izbrani zdravstveni delavci so prihajali iz 18 zdravstvenih domov po Sloveniji<sup>58</sup> in so ukrep izvajali v obdobju 25 mesecev (2018-2020).

Zanimale so nas sledeče faze izvajanja ukrepa: povabilo k pogovoru o pitju alkohola v okviru projekta SOPA<sup>59</sup>, presejanje za TŠpA, svetovanje za opuščanje TŠpA ter izvedena uspešna obravnava. Za spremljanje izvajanja kratkega ukrepa so izbrani zdravstveni delavci vse faze obravnave vpisovali v spletno aplikacijo, posebej pripravljeno za ta namen.

Za izvajanje primerjav med obema poklicnima skupinama smo izvedli parametrične in neparametrične teste (Hi kvadrat test, T-test, Mann-Whitney U test) v statističnem programu SPSS.

### 2.2 Kvalitativni del raziskave

#### Udeleženci, pripomoček in postopek

Ob zaključevanju pilota smo z izbranimi skupinami izvajalcev ukrepa izvedli tudi šest fokusnih skupin, po tri z vsako poklicno skupino. Pri tem smo sledili priporočilu po Krueger (1994) in Morgan (1997) za doseglo vsebinske zasičenosti FS. Posamezna fokusna skupina (FS) je štela 5-11 udeležencev. Od skupno 42 udeležencev FS, ki so prihajali iz osmih zdravstvenih domov<sup>60</sup>, je bilo skupno 14 ZDM in 9 DMS iz ADM, ostali udeleženci so bili skladno s širšimi cilji evalvacije projektih aktivnosti drugih poklicev<sup>61</sup>. Izvajalcem smo zastavili vprašanje o njihovih predlogih glede systemske implementacije izvajanja ukrepa v prihodnje. Vprašanje o systemski implementaciji je bilo zastavljeno kot zadnje v okviru 2-urnega srečanja izvajalcev z moderatoriko.

Analizo sta ročno neodvisno na podlagi branja transkriptov izvedli dve raziskovalki, obe sta na anonimiziranih podatkih izvedli osnovno in osno kodiranje, ena je nato po primerjavi obeh analiz izvedla še selektivno kodiranje oz. opredelila nadkategoriji in jedrno kategorijo.

<sup>58</sup> ZD Koper, ZD Nova Gorica, ZD Ajdovšina, ZD Idrija, konzorcij ZD Bled in ZD Radovljica, ZD Ljubljana, ZD Kočevje, ZD Ravne, ZD Laško, ZD Sevnica, ZD Brežice, ZD Slovenska Bistrica, ZD Maribor, ZD Ptuj, ZD Lenart, ZD Ormož, ZD Gornja Radgona, ZD Murska Sobota.

<sup>59</sup> Povabilo k pogovoru o pitju alkohola v okviru projekta SOPA – upošteva vse osebe, ki jih je izvajalec ukrepa vprašal za soglasje za sodelovanje v raziskavi v projektu SOPA.

Presejanje za TŠpA – upošteva vse osebe, ki so podale soglasje in bile presejane.

Obravnava oz. svetovanje za opuščanje TŠpA – upošteva vse osebe, ki so podale soglasje za sodelovanje in za katere je bilo s presejanjem ugotovljeno, da pijejo tvegano, škodljivo (ali tudi da obstaja sum na sindrom odvisnosti od alkohola – v tem primeru je svetovanje bilo usmerjeno v motiviranje osebe za iskanje ustrezne pomoči).

Izvedena uspešna obravnava – kot uspešno obravnavo se je v projektu SOPA definiralo obravnavo osebe, pri kateri ni suma na SOA in pri kateri sta svetovalnim srečanjem sledili dve zaporedni uspešni spremljanji po 3 mesecih. Spremljanje je bilo definirano kot uspešno, če je oseba v treh mesecih od srečanja abstinentna ali pila znotraj meja manj tveganega pitja alkohola.

<sup>60</sup> ZD Nova Gorica, ZD Ajdovšina, ZD Sevnica, ZD Brežice, ZD Maribor, ZD Lenart, ZD Gornja Radgona, ZD Murska Sobota.

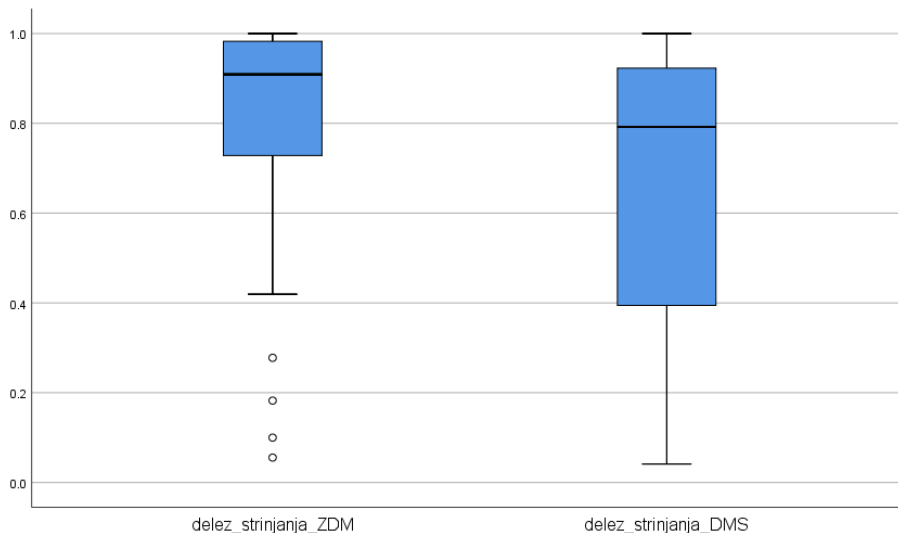
<sup>61</sup> V poklicni skupini zdravniki so bili še specialisti medicine dela, prometa in športa, pri DMS v ADM pa še DMS v patronažnem varstvu in DMS/psihologi iz zdravstvenovzgojnih centrov/centrov za krepitev zdravja (ZVC/CKZ).

### 3 Rezultati

#### 3.1 Kvantitativni del raziskave

Pri DMS so v okviru projekta SOPA povabili veliko več pacientov k pogovoru o pitju alkohola kot pri ZDM ( $M_{ZDM}=55$ ,  $M_{DMS}=123$ ;  $U=1264$ ;  $p=0,002$ ; Mann-Whitney U test).

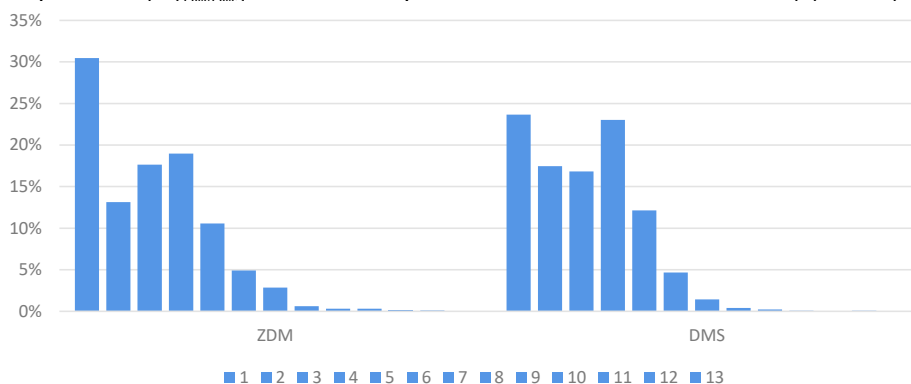
Pri ZDM se je po povabilu k pogovoru o pitju alkohola v okviru projekta SOPA veliko več pacientov kot pri DMS strinjalo s presejanjem ( $M_{ZDM}=90,91$  %,  $M_{DMS}=79,19$  %;  $U=1268,50$ ;  $p=,002$ ; Mann-Whitney U test) (slika 1):



Slika 1: Grafikon kvartilov deleža strinjanja s presejanjem – ZDM in DMS

Pri DMS je bilo število pacientov, ki so bili po presejanju tudi obravnavani zaradi TŠpA, večje, vendar te razlike niso bile statistično značilne ( $M_{ZDM}=20,35$  %,  $M_{DMS}=25,71$  %;  $U=570,50$ ;  $p=0,14$ ; Mann-Whitney U test).

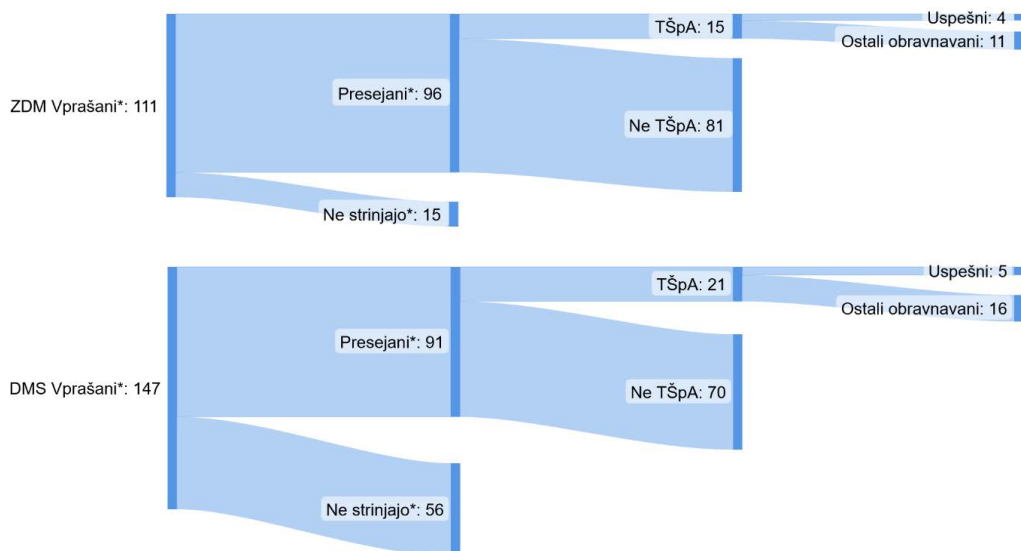
Pacienti so se pri DMS v primerjavi z ZDM v večji meri vrnili na drugo srečanje ( $\chi^2=9,080$ ;  $p=0,003$ ; Hi kvadrat test) – pri ZDM je na le eno srečanje, ki vključuje presejanje, prišlo 29,2 % pacientov, pri DMS pa 23,5 %. Pri obeh profilih pa so bila povprečno izvedena 3 srečanja na pacienta ( $M_{ZDM/DMS}=3$ ,  $F=5,677$ ,  $p=0,4$ ; T-test za neodvisne vzorce) (slika 2):



Slika 2: Histogram deležev pacientov glede na število srečanj – ZDM in DMS

DMS so imele v povprečju izvedenih več uspešnih obravnav ( $M_{DMS}=17,9\%$ ,  $M_{ZDM}=16,13\%$ ), vendar te razlike niso bile statistično značilne ( $U=1638$   $p=0,26$ ; Mann-Whitney U test).

Slika 3 prikazuje primerjavo povprečij števila povabljenih, presejanih, obravnavanih in uspešno obravnavanih za vsako od obeh poklicnih skupin, z označenimi kategorijami (\*), kjer so razlike med poklicnima skupinama statistično pomembne, v absolutnih vrednostih:



Slika 3: Prikaz izvedbe ukrepa po profilu – število povabljenih, presejanih, obravnavanih in uspešno obravnavanih (povprečja na profil), z označenimi kategorijami (\*), kjer so razlike med poklicnima skupinama statistično pomembne

### 3.2 Kvalitativni del raziskave

Ključna predloga oz. nadkategoriji obeh poklicnih skupin glede sistemske implementacije ukrepa sta bila dovolj časa in odprava zbiranja soglasja pacienta za izvajanje ukrepa. Npr.:

- Z3\_3\_1/191: ‚Jaz bi s časovnega vidika. V ambulantah družinske medicine imamo preveliko glavarinskih količnikov. Je naš cilj že dolgo časa, da se to zmanjša, in ko bomo enkrat ta cilj dosegli, bomo lahko tudi te stvari bolj izvajali.‘
- Z3\_4\_1/199: ‚... samo meni je bilo všeč, ker si potem delal izven, a ne ... Ker si imel svojih 15, 20 minut za to. Ni bilo treba stisnit v tisto ... To mi je bilo všeč pri SOPA. V miru, rabiš pa mir.‘
- D1\_7\_1/165: ‚Jaz bi samo ... ko tiste podpise zbiraš, tisto je problem, ker če bi bilo avtomatsko, da ko ti zabeležiš, da je alkohol, tisto se mi zdi, da je bil tam največji problem, in se tam vse ustavi. Pacient, za katerega vem, da je alkoholik, in tudi on ve, da ga preveč spije, vendar noče.‘

Ob tem so nekateri zdravniki in DMS predlagali, da bi zato ukrep edine ali pretežno izvajale DMS, saj imajo več časa, paciente bolj poznajo in imajo bolj vzpostavljeno zaupanje. Prav tako se je predlagalo, naj ukrep izvajajo v ZVC/CKZ, z izpostavljenim, da je treba zagotoviti ustrezno napotovanje. Večina izvajalcev je bila sicer usmerjena v zagotavljanje ustreznih pogojev izvajanja ukrepov v ADM, kar je postala jedrna kategorija. Nekaj respondentov je bilo mnenja, da je treba zagotoviti prostovoljno sodelovanje izvajalcev, pojavilo

se je tudi mnenje, naj se ukrep izvaja že tudi pri mlajši populaciji in da naj se spremljanje nadaljuje tudi po enem in na pet let.

V vseh skupinah so izpostavili, da sta bila v projektu SOPA dobro zastavljena informacijski sistem in organizacija, izpostavili so uporabna podporna gradiva, konkretnost pristopa in uporabnost usvojenih znanj ter dobro podporo projektnega tima.

Izpostavljeno je bilo tudi, da je treba izobraziti in vključiti ves kader iz ZD, da vsi poznajo princip in vsebino dela z namenom skupnega delovanja, in pomen ozaveščenosti vodstvenega kadra. Npr.:

*D3 167-169: »...Meni se zdi pomembno, če že delujemo, da vsi stremimo k istemu cilju in sodelavci, ki so, da razumejo. Ker tukaj smo samo mi razumeli, ki smo bili vključeni v SOPO, ostali v ZD ne vem, koliko so se usmerjali oz. angažirali....«*

*»...In se mi zdi, da razmišljanje vodstva - in vsi, da razmišljajo o istem cilju in ne samo projekt SOPA. Razumevanje tega - da se jim (op. zaposlenim) omogoči, da gredo skozi neka izobraževanja.« »...in tudi prepričanje (op. vodstva), ... in edino tako lahko delujemo dobro.«*

## 4 Razprava in zaključek

Med ZDM in DMS glede na rezultate naše raziskave ni razlik v uspešnosti pri izvajanju ukrepa KU TŠpa. Podrobnejša analiza izvedbe ukrepa kaže na nekatere procesne razlike med obema poklicnima skupinama. DMS so k sodelovanju povabile več pacientov kot ZDM, kar je lahko odraz večje angažiranosti oz. priložnosti za to pri rednem delu DMS v primerjavi z ZDM. DMS pitje alkohola pri pacientu redno naslavljajo že sicer, v okviru preventivnega pregleda za srčno-žilne bolezni pri starejših od 30 let, kar za vprašanje o pripravljenosti na sodelovanje pri projektni izvedbi ukrepa ponuja pripraven kontekst. Razlog je lahko tudi v tem, da - kot so na mesečnih posvetovalnih srečanjih med izvajanjem ukrepa priznavali nekateri ZDM - so ZDM ponekod v informacijski sistem vnašali le tiste primere, kjer se je pacient s sodelovanjem strinjal (NIJZ, n.d.).

Pri presejanju pa je prišlo do večjega osipa pri DMS, saj so se bili pacienti po povabilu k sodelovanju v večji meri pripravljeni pogovarjati o svojem pitju alkohola pri ZDM v primerjavi z DMS. Osip pri strinjanju s presejanjem v okviru projekta je glede na izkušnje izvajalcev v fokusnih skupinah povezan z nestrinjanjem pacientov s podpisom soglasja za sodelovanje v projektnem ukrepu, ki ga je moral izvajalec pridobiti od pacienta pred izvajanjem ukrepa. V luči tega bi bila razlika pri presejanju lahko posledica t.i. moči avtoritete zdravniške halje. Ne nasproten temu je tudi podatek, da so se pacienti v večji meri na drugo srečanje vračali pri DMS v primerjavi z ZDM. Lahko, da je bila pri pacientih pri DMS za vračanje na pogovor motivacija v večji meri intrinzična in ne zunanja, kot je bila morda v večji meri zaradi učinka bele halje pri ZDM za sodelovanje v pogovoru pri prvem srečanju. Zbiranje soglasij je bila projektna specifična, ki se z implementacijo pristopa v sistem ukine, kar pa sicer samo po sebi ne razrešuje bojzani udeležencev, da sta njihova pivski status in izvedba ukrepa vidna v osebni kartoteki, oz. posledično nepripravljenosti na (odkrit) pogovor o pitju alkohola. Tu se odraža, kako pomembno je še naprej intenzivno in kontinuirano delati na detabuizaciji in destigmatizaciji težav oz. obravnav zaradi pitja alkohola (Hočevar, et al., 2022; Hočevar, et al., n.d. v pripravi).

V fokusnih skupinah so v obeh poklicnih skupinah izpostavili pomanjkanje časa za izvedbo ukrepa v rednem delovnem času, pogost je bil predlog zmanjšanja glavarinskega

količnika pri ZDM in/ali izvajanja ukrepa izven delovnega časa<sup>62</sup>. Podobno so izpostavili slovenski zdravniki tudi v dveh predhodnih raziskavah (Kersnik, et al., 2009; Poplas Susič, et al., 2010). Politični odločevalec je od preteklih raziskav višino glavarinskega količnika že zmanjšal, ni pa hkrati zagotovil ustrezno večjega števila ZDM.

Glede na aktualno situacijo pomanjkanja ZDM v Sloveniji je implementacija ukrepa, s poglobljenim predhodnim in sprotnim usposabljanjem za izvajalce, posebej velik izziv, ki pa je glede na razširjenost dejavnika tveganja in resnost morebitnih negativnih posledic, enako pomembna kot samo zagotavljanje zadostnega števila ambulant družinske medicine. Morda velja trenutno pozornost najprej usmeriti v to, da pri starejših od 30 let DMS v okviru preventivnega pregleda za srčno-žilne bolezni začne ukrep sistemsko izvajati v celoti, torej vključno s svetovanjem in spremljanjem, kot se je izkazalo uspešno v projektne pilotu pristopa SOPA. Ob tem je treba tudi v primeru DMS zagotoviti ustrezne pogoje, kar se zdi trenutno manjši od obeh izzivov.

Ob tem velja izkoristiti od leta 2022 sistemsko urejeno možnost obravnave v ZVC/CKZ (Hočevar, et al., 2022; Hočevar, et al., 2022; Povšnar & Hočevar, 2022), kjer tako ZDM kot DMS z usmerjanjem pacientov lahko ključno prispevata k dometu ZVC/CKZ pri podpori pacientom v primeru težav zaradi alkohola na primarni zdravstveni ravni.

Raziskava ima poleg običajnih omejitev izbranih kvantitativnih in kvalitativnih raziskovalnih zasnov še nekatere specifične omejitve, pristranosti, ki so lahko vplivale na rezultate in jih velja pri interpretaciji rezultatov vzeti v ozir. Sodelujoči v kvantitativnem delu niso vsi enako dolgo sodelovali v projektu in izvajali ukrep, kar je lahko vplivalo na rezultate o (primerjavi) učinkovitosti obeh poklicnih skupin, sodelujočih 6 od 18 skupin izvajalcev je bilo izbranih glede na razpoložljivost za izvedbo fokusnih skupin in pri obeh poklicnih skupinah so v fokusnih skupinah ob udeležencih aktualnih poklicev sodelovali še udeleženci sorodnih zdravstvenih poklicev, kar je lahko vplivalo na razvoj pogovora v izbranih fokusnih skupinah.

Kljub omejitvam oba dela raziskave skupaj ponujata dober vpogled v nekatere ključne vidike uspešnosti in dinamike izvajanja kratkega ukrepa podpore pri opuščanju čezmernega pitja alkohola v ambulanti družinske medicine in usmerjata k nadaljnjim korakom za sistemsko implementacijo ukrepa v ADM.

ADM zaradi svojega dometa predstavlja ključno vstopno točko za reševanje tveganega in škodljivega pitja alkohola na individualni ravni. Pozornost velja nadalje in kontinuirano angažirano usmerjati v ozaveščanje o nenadomestljivi vlogi ADM pri zamejevanju tveganega in škodljivega pitja alkohola/reševanju alkoholne problematike in v spodbudo političnemu odločevalcu k ustrezni sistemski implementaciji ukrepa v ADM v celoti.

## Literatura

- Evropska komisija, Generalni direktorat za regionalno in mestno politiko, 2016. *Evropski strukturni in investicijski skladi 2014-2022: Uradna besedila in komentarji*. Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije. Available at: <https://www.eu-skladi.si/sl/dokumenti/publikacije/publikacija-esis.pdf> [Accessed 10 May 2023].
- Hočevar, T., Kolšek, M., Henigsman, K., Roškar, M. & Boben Bardutzky, D., 2022. *Priročnik za izvajanje pristopa SOPA Priročnik za izvajanje aktivnosti in obravnavo pitja alkohola (učno gradivo)*. Ljubljana: NIJZ. [Accessed 10 May 2023].
- Hočevar T., Henigsman K., Štruc A. & Založnik P., v pripravi. *Utemeljitev pristopa SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola Izbrani ukrepi zamejevanja pitja alkohola med odraslimi prebivalci Slovenije*. Ljubljana: NIJZ.
- Inchley, J, Currie D., Budisavljenić, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., eds. 2020. *Spotlighting on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/18 Health Behaviour in School-aged Children*

<sup>62</sup> Izvajanje ukrepa v projektu SOPA je bilo finančno stimulirano.

- (HBSC) survey in Europe and Canada. *International report. Volume 1. Key findings And Volume 2: Key data*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kersnik, K., Poplas Susič, T. & Kolšek, M., 2009. What May Stimulate General Practitioners to Undertake Screening and Brief Intervention for Excess Alcohol Consumption in Slovenia? A Focus Group Study. *Journal of International Medical Research*, 37(5), pp. 1561-1569. 10.1177/147323000903700534.
- Kolšek, M., 2022. Specialist družinske medicine. In: T. Hočevar, M. Kolšek, K. Henigsman, M. Roškar, & D. Boben Bardutzky, eds. *Priročnik za izvajanje pristopa SOPA Priročnik za izvajanje aktivnosti in obravnavo pitja alkohola (učno gradivo)* (zv. 2). Ljubljana: NIJZ, pp. 8-15.
- Krueger, R.A., 1994. *Focus Groups: A practical guide for applied research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Medved, N., Vrhovski, M. & Hočevar, T., 2022. Diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine. In: T. Hočevar, M. Kolšek, K. Henigsman, M. Roškar, & D. Boben Bardutzky, eds. *Priročnik za izvajanje pristopa SOPA Priročnik za izvajanje aktivnosti in obravnavo pitja alkohola (učno gradivo)* (zv. 2). Ljubljana: NIJZ, pp. 16-23.
- Morgan, D.L., 1997. *Focus Groups as qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, n.d. *Interna poročila s terena*. s.l.: s.n.
- Poplas Susič, T., Kersnik, J. & Kolšek, M., 2010. Wh do general practitioners not screen and intervene regarding alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. *Wien Kin Wochenschr*, 122(2), pp. 68-73. 10.1007/s00508-010-1335-z.
- Poplas Susič, A. & Marušič, D., 2011. Referenčne ambulate. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav*, 27(1), pp. 9-17. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/52486057.pdf> [Accessed 10 May 2023].
- Povšnar, E. & Hočevar, T. 2022. Zdravstvenovzgojni center in center za krepitev zdravja. In: T. Hočevar, M. Kolšek, K. Henigsman, M. Roškar, & D. Boben Bardutzky, eds. *Priročnik za izvajanje pristopa SOPA Priročnik za izvajanje aktivnosti in obravnavo pitja alkohola (učno gradivo)* (zv. 2). Ljubljana: NIJZ, pp. 24-33.
- Republika Slovenija, 2017. *Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju porabe alkohola – ZOPA-A*. Uradni list RS, 27/17, 2017. Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2017-01-1440/> [Accessed 10 May 2023].
- Roškar, M., 2018. *Alkoholna politika v Sloveniji: Priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov ter neenakosti med prebivalci*, 3. izd., Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L. & van den Brink, W., 2015. European rating of drug harms. *J Psychopharmacol*, 29(6), pp. 655-660. 10.1177/0269881115581980.
- World Health Organization, 2014. *Global status report on alcohol and health 2014*. (pdf) Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-alcohol-and-health-2014> [Accessed 10 May 2023].
- World Health Organization, n.d. *European health for all database (HFA-DB)*. Geneva: WHO. Available at: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/> [Accessed 10 May 2023].
- Zaletel, M., Vardič, D. & Hladnik, M., eds. 2019. *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: [https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zdravstveni\\_statisticni\\_letopis\\_2019.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zdravstveni_statisticni_letopis_2019.pdf) [Accessed 10 May 2023].