

Steklina

Brucin

Vročica Q

Neenakost v zdravju



Uredništvo

Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ)
Center za nalezljive bolezni in okoljska
tveganja,
Trubarjeva 2,
1000 Ljubljana

Telefonska številka:
+386 1 2441 410

Številka faksa:
+386 1 2441 471

E-pošta:
enboz@ivz-rs.si

Glavna urednica:
Alenka Kraigher

Uredniški odbor:
Maja Sočan
Tatjana Frelj
Nina Pirnat
Lucija Perharič
Aleš Petrovič
Mitja Vrdelja

Oblikovanje in spletno urejanje:
Mateja Blaško Markič
Maja Praprotnik
Mitja Vrdelja
Nuša Kerč

Uredniški svet

ZZV Celje: Alenka Trop Skaza

ZZV Nova Gorica: Marko Vudrag

ZZV Koper: Boris Kopilović

ZZV Kranj: Irena Grmek Košnik

ZZV Ljubljana: Tomaž Čakš

ZZV Maribor: Karl Turk

ZZV Murska Sobota

ZZV Novo mesto: Dušan Harlander

ZZV Ravne: Marjana Simetinger

VSEBINA

Teme meseca	4
28. SEPTEMBER - SVETOVNI DAN STEKLINE	4
Tatjana Frelih ¹	4
BRUCIN - 2,3 dimetokstrijhidin-10-on alkaloid podoben strihninu	7
Lucija Perharič ¹ , Andreja Drev ¹	7
VROČICA Q	9
Nuška Čakš Jager ¹ , Pavel Pollak ¹ , Alenka Kraigher ¹	9
PONOVI IZBRUH NOROVIROZE V DOMU STAREJŠIH OBČANOV PREDDVOR	13
Irena Grmek Košnik ¹ , Andreja Krt Lah ¹ , Mateja Ravnik ¹ , Urška Milič ¹ , Monika Ribnikar ¹	13
SOCIOEKONOMSKI DEJAVNIKI, NEENAKOST V ZDRAVJU IN NALEZLJIVE BOLEZNI	14
Janet Klara Djomba ¹	14
Epidemiološko spremljanje in obvladovanje nalezljivih bolezni	17
PRIJAVLJENE NALEZLJIVE BOLEZNI	17
Maja Praprotnik ¹ , Maja Sočan ¹ , Eva Grilc ¹	17
PRIJAVLJENI IZBRUHI NALEZLJIVIH BOLEZNI²⁰	
Mateja Blaško Markič ¹ , Tatjana Frelih ¹	20
Novice	24
POROČILO S PRVEGA SIMPOZIJA O EPIDEMIJI E.coli O104 V NEMČIJI	24
Eva Grilc ¹	24
IZBRUH LISTERIOZE V AMERIKI	24
Eva Grilc ¹	24
Poročila	25
SREČANJE EVROPSKIH KOMUNIKATORJEV NA TEMO KRIZNEGA KOMUNICIRANJA	25
Mitja Vrdelja ¹	25



fotografija na naslovnici

in slikovno gradivo v eNBOZ: iStockphoto

TEME MESECA

28. SEPTEMBER - SVETOVNI DAN STEKLINE

Tatjana Freljih¹

¹ Inštitut za varovanje zdravja

Globalna pobuda za imenovanje Svetovnega dneva stekline je bila uradno podana že leta 2007. Njen namen in poslanstvo je ozaveščanje javnosti o posledicah stekline pri ljudeh in živalih ter seznanjanje z ukrepi za preprečevanje in obvladovanje stekline. Letošnje leto je že peto po vrsti, ko se obeležuje dan stekline in sicer že v več kot 130 državah.

Steklina še vedno spada med nalezljive bolezni z zelo visoko umrljivostjo. Vsako leto po svetu za steklino umre več kot 55 tisoč ljudi - približno ena smrt vsakih 10 minut. Večina smrtnih primerov se zgodi v Afriki in Aziji, skoraj 50% umrlih je otrok, mlajši od 15 let.

Povzročitelji stekline so Lyssa virusi iz družine Rhabdoviridae. Z virusom stekline se lahko okužimo ob stiku poškodovane kože ali sluznice s slino ali živčnim tkivom okužene živali.

Stekline ne moremo dobiti zaradi stika s krvjo, urinom ali blatom stekle živali. Možna je tudi okužba v laboratoriju ali v jamah, ki so naseljene z okuženimi netopirji ter s transplantacijo organov in z nezadostno inaktiviranim cepivom v vabah za lisice.

Bolezni znaki se običajno pojavijo v 1–3 mesecih po poškodbi ali drugem stiku z virusom stekline. Bolezen hitro napreduje v encefalomyelitis, smrt nastopi običajno v 20 dneh.

Steklina je bolezen tako domačih kot divjih sesalcev, predvsem psov in živali, kot so lisice, rakuni, mungi, dihurji in

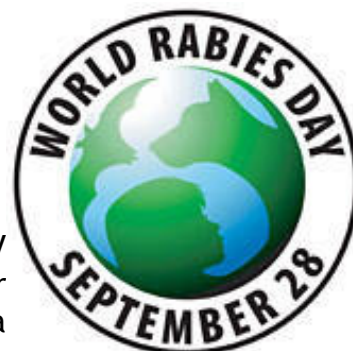
netopirji. V predelih, kjer programi za nadzor

stekline pri živalih niso dobro razviti, so za ljudi glavni izvor okužbe psi in mačke. Drugje pa so glavni rezervoar divje živali (predvsem lisice).

V Sloveniji je bila urbana steklina izkoreninjena v 50. letih prejšnjega stoletja. Silvatična oblika stekline se je v Sloveniji prvič pojavila leta 1973, ko je bila v Prekmurju ugotovljena prva stekla lisica. V nadaljnjih letih se je steklina razširila po celotnem območju Prekmurja, vendar reke Mure, kot naravne prepreke, ni prestopila. V letu 1979 se je steklina pojavila na severu Slovenije, od koder se je razširila čez celotno ozemlje. Od takrat je v različnih obsegih stalno prisotna. V večini primerov je steklina ugotovljena pri lisicah, posamezni primeri pa tudi pri drugih divjih in domačih živalih (jazbec, pes, mačka, konj, govedo, idr.). Virus stekline pri netopirjih v Sloveniji zaenkrat še niso potrdili.

Podatki o pojavu stekline pri živalih so dostopni na spletni strani Republiške Veterinarske uprave (http://www.vurs.gov.si/si/za_prebivalce_in_pravne_osebe/zdravje_zivali/steklina/).

V Sloveniji se obvladovanju stekline posveča veliko pozornosti. Imamo dober program preprečevanja stekline, ki ga izvajata veterinarska in zdravstvena služba. Zadnji primer stekline pri ljudeh je bil ugotovljen leta 1950.



Glavne značilnosti programa obvladovanja stekline v Sloveniji:

a) preprečevanje in izkoreninjanje stekline pri živalih

V Sloveniji je bilo uvedeno obvezno cepljenje psov proti steklini leta 1947, za ostale domače živali pa priporočljivo.

Prepoznana učinkovita metoda zatiranja stekline pri divjih živali je peroralno cepljenje lisic. Z izvajanjem te metode je večina zahodnoevropskih držav stekline že izkoreninila.

V Sloveniji se peroralno cepljenje lisic izvaja od leta 1988. Na začetku so vabe polagali ročno, od leta 1995 pa se vabe odlagajo s pomočjo za to posebej prirejenih letal. Letno se izvedeta dve akciji peroralnega cepljenja lisic, v spomladanskem in jesenskem času.

b) preprečevanje stekline pri ljudeh

Pri ljudeh stekline preprečujemo s celovito obravnavo oseb, pri katerih obstaja sum, da so prišle v stik z virusom stekline v antirabičnih ambulantah, ki so organizirane pri vseh zavodih za zdravstveno varstvo.

Osnovne aktivnosti v ambulantah so presoja o tveganju za bolezen pri osebi, ki se je zglasila v ambulanti, in odločitev o poekspozicijskem cepljenju.

Na podlagi ocene tveganja zdravnik postavi indikacijo za zaščito po izpostavljenosti virusu stekline (poekspozicijska profilaksa - PEP). Pri tem upošteva dejstva kot so: vrsta poškodbe, epizootiološka situacija stekline, vrsta živali, ki je poškodbo povzročila in okoliščine, v katerih je prišlo do poškodbe. Cepljenje ni vselej potrebno. V kolikor je potrebna zaščita, se osebo zgolj aktivno zaščiti s cepivom proti steklini ali pa v redkih primerih oseba prejme poleg cepiva tudi pasivno zaščito s humanim imunoglobulinom

proti steklini (HRIG). Kadar se oceni, da je potrebno cepljenje, se prične ne glede na to, koliko časa je minilo od poškodbe. Pri odločitvi za uporabo HRIG je ključna informacija v kakšnih okoliščinah je prišlo do stika z virusom. HRIG vedno apliciramo samo enkrat, običajno s prvo dozo cepiva. Če HRIG ne apliciramo hkrati s prvim odmerkom cepiva, ga lahko apliciramo še vključno sedmi dan od dneva aplikacije prvega odmerka cepiva, kasneje pa ne več, ker se začnejo ustvarjati protitelesa po aktivnem cepljenju in bi imunoglobulini zavrti nastajanje protiteles.

Za zaščito oseb, ki so v pogostejšem tveganju za okužbo z virusom stekline, je potrebno cepljenje pred izpostavljenostjo (preekspozicijsko cepljenje). Obvezno je za osebe, ki se pri svojem delu lahko okužijo z virusom stekline - veterinarji, lovci, gozdarji, laboratorijski delavci, študenti veterine..., priporočamo pa ga tudi popotnikom, ki potujejo ali se zadržujejo v državah z velikim tveganjem za stekline.

c) zmanjševanje možnosti stika med ljudmi in prenašalci stekline

Nenehno ozaveščanje in izobraževanje ljudi o odgovornem odnosu do živali, o nevarnosti stekline in ravnanju pri najdbi vab za lisice je ključno za uspešno zmanjševanje tveganja za okužbo z virusom stekline pri ljudeh.

AKCIJA CEPLJENJA LISIC PROTI STEKLINI

Veterinarska uprava RS (VURS) je v začetku oktobra začela jesensko akcijo cepljenja lisic s polaganjem vab s pomočjo letal.

Vabe so namenjene divjim živalim, vendar se kljub temu lahko zgodi, da vabo najde in poje tudi pes. Za psa vaba ni škodljiva, ob tem ko vabo zaužije se cepi proti steklini.

Pomembno pa je, da lastniki psov ne poskušajo vabe odstranjevati iz pasjega gobca, ker pri tem lahko pride do ugriza ali pa do tveganega stika z vsebino vabe, v katerem je oslabljen virus stekline.

V času polaganja vab lahko tudi prebivalci naključno pridejo v stik z vabami na svojem vrtu ali na sprehodu. Najdene vabe, poškodovane ali nepoškodovane, nikoli ne prijemamo z golimi rokami. Če je očitno, da je vaba nepoškodovana, jo primemo z vrečko in odvržemo v najbližji grm ali v smeti. Tudi v tem primeru je pomembno, da vabe ne prijemamo z golimi rokami. Vaba se lahko navzame človeškega vonja, ki odžene lisico ali drugo divjo žival. S tem je namen vabe neizkoriščen.

Če ob dotiku z vabo nismo prepričani ali je kapsula, ki se nahaja v vabi, cela ali poškodovana, je najbolje, da kapsulo z rokavicami ali plastično vrečko primemo ter odnesemo v najbližjo veterinarsko ali antirabično ambulanto. Tu bodo ocenili ali je poškodovana in jo tudi varno odstranili.

Tveganje za izpostavljenost virusu, ki je v kapsuli vloženo v vabo, je zelo majhno. Če je kapsula, v kateri je cepivo, nepoškodovana, ni tveganja za steklino. Če človek pride v stik s predrto kapsulo, ga napotimo v antirabično ambulanto.

O morebitnem cepljenju proti steklini se odloča, kadar je prišla oseba v stik z vsebino poškodovane kapsule.



Vaba za cepljenje lisic in kapsula s cepivom
Plakat: Cepljenje lisic proti steklini, VURS

Več o preprečevanju stekline pri ljudeh najdete na spletni strani IVZ:

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=153&pi=5&_5_FileName=4024.pdf&_5_Mediald=4024&_5_AutoResize=false&pl=153-5.3.

O ukrepih veterinarske službe pa na spletni strani VURSa:

http://www.vurs.gov.si/si/za_prebivalce_in_pravne_osebe/zdravje_zivali/steklina/

BRUCIN - 2,3 dimetokstrihmidin-10-on alkaloid podoben strihninu

Lucija Perharič¹, Andreja Drev¹

1 Inštitut za varovanje zdravja

S sklepom Ministrstva za zdravje je bila 2. septembra 2009 ustanovljena slovenska medresorska delovna skupina Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi, ki redno obvešča strokovno in splošno javnost o pojavu nevarnih ali novih psihoaktivnih snovi. Obvestila, namenjena splošni javnosti, so objavljena na spletni strani Inštituta za varovanje zdravja RS (IVZ): http://www.ivz.si/pojav_novih_psihoaaktivnih_snovi.

Več o Sistemu za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi in o delu medresorske delovne skupine je na voljo v publikaciji »Sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi v Sloveniji«, ki je v elektronski obliki na voljo na spletni strani IVZ:

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=166&pi=5&_5_id=1625&_5_PageIndex=0&_5_groupId=299&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&pl=166-5.0.

Septembra 2011 je slovenska medresorska delovna skupina iz Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami prejela opozorilo, da so v Avstriji kot heroin prodajali mešanico toksina brucina (104mg/g), alprazolama (pomirjevalo), paracetamola (protibolečinsko zdravilo), kafeina (poživilo) domperidona (zdravilo proti slabosti in bruhanju) in treh neznanih snovi. Zabeležili so en primer 18 ur trajajoče nezavesti po uporabi tega mamila. Bolnik je preživel (Almeida, 2011).

Avtorici prispevka sva članici skupine za zgodnje obveščanje o pojavu novih psihoaktivnih snovi. Pripravili sva obvestilo o pojavu in strupenosti brucina, ki smo ga posredovali vsem slovenskim centrom za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Centru za zastrupitve, policiji, Nacionalnemu forenzičnemu laboratoriju, Inštitutu za sodno medicino, nevladnim organizacijam, ki se ukvarjajo z ozaveščanjem, preprečevanjem in zdravljenjem odvisnosti od prepovedanih drog in nekaterim centrom za socialno delo.

Brucin (2,3 dimetokstrihmidin-10-on; CAS št. 357-57-3) je strihninu podoben, zelo grenak alkaloid, vendar ima manjšo farmakološko moč. Nahaja se v semenih in lubju strihninovca, *Strychnos nux-vomica* L. in *Strychnos ignatii* Berg, (Sliki 1 in 2). Pri sobni temperaturi je v obliki belih kristalov brez vonja, ki so dobro topni v vodi (Borges, 1990).

Brucin se je v preteklosti uporabljal kot strup za puščice, kot učinkovina nekaterih rodenticidov (sredstev za zatiranje glodalcev) in avicidov (sredstev za zatiranje ptic). Uporabljal se je kot tonik v medicini, medtem ko se pod imenom *Ignatia amara* še danes uporablja v homeopatiji. Redkeje se uporablja v kemijski in kozmetični industriji kot denaturant za olja in alkohole in pri nekaterih postopkih v analitski kemiji (Borges, 1990).

SLIKA 1

Strychnos nux vomica*Strychnos Nux vomica L.*

SLIKA 2

Strychnos ignatii Berg*Strychnos Ignatii Bergius.*

Brucin je zelo strupen pri zaužitju in vdihavanju. Oralni LD50 pri podgani znaša 1 mg/kg telesne mase, pri kuncu pa 4 mg/kg. Ocenjeni smrtni odmerek za odraslega človeka znaša 1 g. Pri stiku s kožo je dražilen. Pri segrevanju nastajajo strupeni dušični oksidi. Pri zastrupitvi z brucinom se lahko pojavijo naslednji simptomi in znaki: siljenje na bruhanje, bruhanje, nemir, vzdražljivost, povečan mišični tonus, trzanje mišic in pri večjih odmerkih epileptični krči. Mišični krči lahko povzročijo odmrtje mišic (rabdomiolizo), hiperkaliemijo, laktično acidozo in odpoved ledvic. Podatkov o morebitni strupenosti pri dolgotrajni izpostavljenosti ni. Prav tako ni podatkov o škodljivih vplivih na razmnoževanje. Specifičnega protistrupa ni. Zdravljenje je tako kot pri zastrupitvah s strihninom simptomatsko in podporno (Borges, 1990).

Skoraj vsak teden prejmemo obvestilo o pojavu nove psihoaktivne snovi oziroma

o novem načinu uporabe že dobro poznanih snovi. Slednje so pogosteje naravnega izvora s pestro etnofarmakološko oziroma etnotoksikološko tradicijo. Kot kaže, inherentna potreba človeka po omamljanju in pohlep, ki žene preprodajalce psihoaktivnih snovi, nimata meja.

Meniva, da dobra in hitra obveščanost deležnikov, ki smo vpleteni v ozaveščanje, preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, pripomore k zmanjšanju škode zaradi uporabe psihoaktivnih snovi, čeprav tega še nismo objektivno izmerili.

LITERATURA:

Almeida A. Warning: brucine sold as heroin in Austria. E - sporočilo z European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 15.9.2011.

Borges A. Brucine. Poisons Information Monograph. Center za zastrupitve, Lizbona, 1990. Dostopno 21.9.2011 na: http://www.inchem.org/documents/pims/chemical/brucin_e.htm

Sliki privzeti 4.10. 2001 s spletne strani: http://www.botanicalgarden.ubc.ca/potd/2010/02/strychnos_nuxvomica_and_strychnos_ignatia.php

VROČICA Q

Nuška Čakš Jager¹, Pavel Pollak¹, Alenka Kraigher¹

1 Inštitut za varovanje zdravja

Vročico Q povzroča intracelularna bakterija *Coxiella burnetii*. Bolezen je zoonoza, ki se pojavlja po vsem svetu med ovci, kozami in govedu, te pa predstavljajo živalski rezervoar za okužbo ljudi.

Coxiella burnetii je gram-negativna bakterija. Prve zapise o koksili so objavili raziskovalci iz Avstralije in Združenih držav Amerike leta 1930 (1). Koksiele so zelo patogene za človeka, ena sama bakterija lahko povzroči bolezen. Za razliko od ostalih rikacij, lahko tvori spori podobno obliko in je zelo odporna na zunanje vplive, kot so suša, vročina in svetloba. Za prenos na ljudi ni potreben prenašalec (2).

Klinična slika

Okužba pri ljudeh redkokdaj poteka brez znakov bolezni, lahko pa se pojavijo (2,3):

- kratkotrajna vročinska bolezen, ki jo spremlja glavobol, izrazito slabo počutje in bolečine v mišicah, včasih tudi suh kašelj;
- pljučnica z močnim glavobolom, mrzlico, bolečinami v mišicah in sklepih, suhim kašljem, pri polovici bolnikov simptome spremljajo povečana jetra in vranica. Druga oblika pljučnice je radiološko značilna pljučnica, ko bolniki z vročino nimajo kliničnih in fizikalnih znakov za pljučnico;
- kronična okužba, ki povzroči vnetje srčne mišice, pogosto pa tudi jeter. Bolezen se pokaže šele po nekaj mesecih, celo do 20 let



foto: A. Kraigher

po okužbi, kot utrujenost in težko dihanje.

Laboratorijska potrditev

Vročico Q potrdimo s pregledom bolnikove krvi, kjer dokazujemo prisotnost specifičnih protiteles.

Zdravljenje

Kratkotrajna vročinska bolezen se pozdravi sama. Pri pljučnici in kronični okužbi je potrebno jemati antibiotik (2,3).

Pojavnost *C. burnetii*

Bakterija je po svetu zelo razširjena. Le malo je držav, kjer te bolezni ni. Incidenca bolezni je večja, kot je zabeležena, predvsem zaradi blažjih oblik bolezni ali zaradi pomanjkanja dostopnosti do laboratorijskih preiskav in diagnoze. Profesionalna izpostavljenost živalim in njihovim proizvodom predstavlja najpogostejšo pot prenosa pri sporadičnih okužbah. (4,5). Vročici Q so poklicno izpostavljeni zlasti kmetje, delavci v klavnicah, veterinarji in osebe, ki se ukvarjajo s predelavo kože (6,7). Prav tako zasledimo primere okužbe z bakterijo v raziskovalnih medicinskih in veterinarskih centrih (3).

Rezervoar

Okužene so lahko domače in divje živali, še posebno drobnica in govedo, pa tudi mačke in psi, ki poleg ptic in klopotov predstavljajo naravni bazen za bakterijo. Med živalmi bakterijo prenašajo klopi. Okužena žival je ponavadi brez znakov bolezni ali pa so znaki zelo blagi. Pogosto se poveča splavnost pri okuženih živalih, predvsem pri ovcah in kozah. Zelo kužni so iztrebki živali in posteljica v času kotenja. *Coxiella burnetii* je bila izolirana iz mleka goved, ovac in koz. Inficirano govedo izloča *C. burnetii* v mleko, ne da bi žival kazala kakršnekoli bolezenske znake več kot 200 dni pa tudi več kot dve leti. Količina izločenih mikroorganizmov precej variira iz dneva v dan. Inficirano vime in izločeno mleko praviloma ne kažeta nobenih sprememb. V sirih ostane *C. burnetii* pri življenju do 25 dni, v belem mlademu siru pa tudi 42 dni (8).

Živali še dolgo po okužbi izločajo bakterijo v okolico. V prahu, slami, mleku in na živalskih kožah preživi bakterija več mesecev. Bakterija je odporna na številna dezinfekcijska sredstva.

Poti prenosa

Povzročitelj vročice Q se prenaša iz okužene živali na človeka (2,3):

- posredno z vdihavanjem prahu, iz površin, okuženih s posteljico ob porodih ali izločki okuženih živali. Aerosoli, ki vsebujejo bakterije, lete lahko prenašajo z vetrom tudi v razdalji kilometer in več;
- z neposrednim stikom z okuženo živaljo ali okuženimi materiali, kot so volna, koža, dlaka ipd.;
- redkeje se ljudje okužijo z uživanjem kontaminiranega, surovega mleka ali z uživanjem izdelkov iz nepasteriziranega mleka;

- okužba človeka preko pika klopa je zelo redka. Praviloma se bolezen ne prenaša s človeka na človeka, literatura pa navaja redke primere okužbe s človeka na človeka, ob pomoči okuženi materi pri porodu ali pri obdukcijah.

Pri epidemijah v Vojvodini in Banatu se je potrdilo, da je vročica Q predvsem profesionalna bolezen, za katero so zboleli veterinarji, ki so se ukvarjali z zdravljenjem živali, veterinarski tehniki in veterinarski inšpektorji. Okužbe mesarjev in delavcev v klavnicah so posledica vdihavanja okuženega prahu, ki je bil kontaminiran z amnijsko tekočino in plodovnimi ovojnicami bolnih živali. Znani so primeri vročice Q pri veterinarjih in mesarjih, ki so bili v stiku s krvjo, telesnimi tekočinami ali črevesno vsebino okuženih živali. Na področju nekdanje Jugoslavije je bila vročica Q prvič opisana leta 1948, v mleku krav pa so jo prvič dokazali leta 1957. Na območju Slovenije je bilo med ljudmi največ obolenj v slovenski Istri, na Kočevskem in v okolici Kamnika.

Pri številnih izbruhih po svetu so ugotovili časovno povezanost z obdobjem kotitve, ko tovrstna tkiva in organi kontaminirajo okolico in se človek okuži preko aerosola, kar naj bi bila najpomembnejša pot prenosa okužbe za ljudi. O tem poročajo iz Velike Britanije (9), Francije (10), Italije (11), Nizozemske (12). Primer takega izbruha vročice Q smo imeli tudi v Sloveniji (13,14).

Inkubacija in imunost

Čas od okužbe do pojava znakov bolezni navadno traja običajno 2–3 tedne, lahko pa tudi 3–30 dni. Imunost po preboleli bolezni je dolgotrajna. Protitelesa se lahko laboratorijsko dokažejo tudi še 10–15 let po preboleli bolezni (3).

Splošni preventivni ukrepi

Okužbo preprečimo:

- z visoko pasterizacijo ali prekuhavanjem mleka ob naslednjih kombinacijah temperature in časa: 89°C/1 sekunda, 90°C/0.5sekunde, 94°C/0.1 sekunde, 96°C/0.05 sekunde, 100°C/0.01 sekunde. Ker je *C. burnetti* sorazmerno odporna proti toploti, pogosto preživi kombinacijo temperature in časa, ki se običajno uporablja pri pasterizaciji mleka (72°C/15 sekund oziroma 63°C/30 minut). Porast temperature za 3°C pri pasterizaciji po katerem koli od omenjenih postopkov zadostuje, da inaktivira mikroorganizme v mleku (15). Mlečna kislina omenjeno rikecijo v jogurtu uniči v 24 urah;
- z dobro kmetijsko oziroma živinorejsko prakso - higienskimi postopki pri delu z živino, kot so: redno higiensko vzdrževanje in prezračevanje hlevov, izogibanje stiku z živalskimi izločki in še zlasti pri kotenju previdnost pri ravnanju s posteljico. Priporočljivo je, da se ob kotenju uničijo vsi ostanki oziroma odpadki in razkuži hlev;
- cepivo je na voljo samo v Avstraliji in sicer za poklicno izpostavljene skupine (3).

Specifični ukrepi ob pojavu obolelih za vročico Q:

- prijava nalezljive bolezni ustrezni epidemiološki službi;
- dezinfekcija vseh delovnih površin in sterilizacija vseh materialov, raziskovalnih, veterinarskih ali kontaminiranih oblačil. Posebna pozornost je potrebna pri obdukcijah oseb ali živali, za katere je bil postavljen sum na okužbo z vročico Q;

- izolacija bolnikov ni potrebna;
- epidemiološka preiskava izvora okužbe;
- zdravljenje obolelih glede na klinično sliko. Pri akutni obliki bolezni je pogosto potrebna antibiotična terapija s tetraciklini ali kinoloni 14 dni, pri nosečnicah pa se uporablja ko-trimoksazol. Pri zdravljenju kroničnih oblik bolezni je pogosto potrebno uporabljati kombinacijo antibiotikov. Endokarditis se zdravi 2 leti (2,3);
- pri izbruhu bolezni je potrebno odstraniti izvor okužbe, opazovanje izpostavljenih oseb in zdravljenje obolelih. Posebna pozornost je potrebna pri nosečnicah, imunsko oslabelelih osebah in bolnikih s hemodinamskimi motnjami (3).

Vročico Q je v skladu z Zakonom o nalezljivih boleznih (Ur.l.RS št.33/2006) obvezno prijaviti. Število prijavljenih primerov je v Sloveniji razmeroma majhno, saj je letno prijavljenih od 2 do 5 primerov bolezni. Izjema so leta 1991, 1992 in 2007, ko je bil prijavljen po en izbruh vročice Q in pri katerih je zbolelo 74, 47 oziroma 93 oseb.

LITERATURA:

1. Wikipedia, *Coxiella burnetii*, History, Dosegljivo na : http://en.wikipedia.org/wiki/Coxiella_burnetii (29.8.2011).
2. Marolt-Gomišček M., Radšel-Medvešček A. Infekcijske bolezni, Tangram 1992.
3. David L. Heymann, Control of Communicable Diseases Manuel, 19th Edition 2008.
4. Sting R, Kopp J, Mandl J, Seeh C, Seemann G, Kimmig P, Schmitt K, Mentrup T. Studies of *Coxiella burnetii* infections in dairy herds with special regard to infections in men. Berl Munch Tierarztl Wochenschr. 2002 Sep-Oct;115(9-10):360-5.
5. Cabassi CS, Taddei S, Donofrio G, Ghidini F, Piancastelli C, Flammini CF, Cavirani S. Association between *Coxiella burnetii* seropositivity and abortion in dairy cattle of Northern Italy. New Microbiol. 2006 Jul;29(3):211-4.
6. Medić A, Dzelalija B, Punda Polić V, Gjenero Margan I, Turković B, Gilić V.

Q fever epidemic among employees in a factory in the suburb of Zadar, Croatia. *Croat Med J.* 2005 Apr;46(2):315-9.

7. van Woerden HC, Mason BW, Nehaul LK, Smith R, Salmon RL, Healy B, Valappil M, Westmoreland D, de Martin S, Evans MR, Lloyd G, Hamilton-Kirkwood M, Williams NS. Q fever outbreak in industrial setting. *Emerg Infect Dis.* 2004 Jul;10(7):1282-9.

8. Milohnoja M. (1986). Bakterijske zoonoze in humane infekcije. Ljubljana: Inštitut za higieno živil, VTOZD za Veterinarstvo, VDO Biotehniška fakulteta.

9. van Woerden HC, Mason BW, Nehaul LK, Smith R, Salmon RL, Healy B, Valappil M, Westmoreland D, de Martin S, Evans MR, Lloyd G, Hamilton-Kirkwood M, Williams NS. Q fever outbreak in industrial setting. *Emerg Infect Dis.* 2004 Jul;10(7):1282-9.

10. Berri M, Souriau A, Crosby M, Rodolakis A. Shedding of *Coxiella burnetii* in ewes in two pregnancies following an episode of *Coxiella* abortion in a sheep flock. *Vet Microbiol.* 2002 Feb 26;85(1):55-60.

11. Cabassi CS, Taddei S, Donofrio G, Ghidini F, Piancastelli C, Flammini CF, Cavirani S. Association between *Coxiella burnetii* seropositivity and abortion in dairy cattle of Northern Italy. *New Microbiol.* 2006 Jul;29(3):211-4.

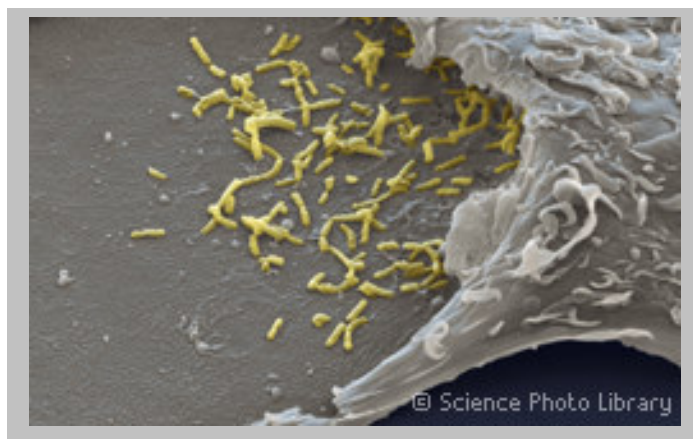
12. Schimmer B, Morroy G, Dijkstra F, Schneeberger P M, Weers-Pothoff G, Timen A, Wijkmans C, van der Hoek W.

Large ongoing Q fever outbreak in the south of The Netherlands, 2008. *Eurosurveillance*, Volume 13, Issue 31, 31 July 2008.

13. Grilc E, Socan M, Koren N, Ucakar V, Avsic T, Pogacnik M, Kraigher A. Outbreak of Q fever among a group of high school students in Slovenia, March-April 2007. *Euro Surveill.* 2007 Jul 19;12(7):E070719.1.

14 . Pojav vročice Q med dijaki in profesorji veterinarske srednje šole ter študenti veterinarske in biotehniške fakultete v Ljubljani. CNB Novice. Maj 2007. Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/?ni=104&pi=5&_5_FileName=1441.pdf&_5_MediaId=1441&_5_AutoResize=false&pl=104-5.3. (23. 8. 2010)

15. <http://www.fda.gov/downloads/Food/FoodSafety/Product-SpecificInformation/MilkSafety/NationalConferenceonIntertateMilkShipmentsNCIMSModelDocuments/UCM209789.pdf>.



PONOVNI IZBRUH NOROVIROZE V DOMU STAREJŠIH OBČANOV PREDDVOR

Irena Grmek Košnik¹, Andreja Krt Lah¹, Mateja Ravnik¹, Urška Milič¹, Monika Ribnikar¹

1 Zavod za zdravstveno varstvo Kranj

V Domu starejših občanov Preddvor je Zavod za zdravstveno varstvo Kranj v letu 2010 in 2011 obravnaval izbruha noroviroze med varovanci doma in zaposlenimi. Prvi izbruh je bil konec leta 2010, kjer jih je od 90 zaposlenih zbolelo 18, med 187 varovanci pa jih je zbolelo 76. Odvzeta sta bila tudi vzorca blata dveh varovank, pri obeh (stari 69 oziroma 74 let) pa je bil v blatu dokazan antigen norovirusa. Virus smo dokazali z metodo ELISA.

V avgustu 2011 smo ponovno obravnavali izbruh noroviroze v istem domu, kjer je od 277 izpostavljenih, zbolelo 19 oseb, od tega 14 varovancev in 5 zaposlenih. Odvzeti so bili štirje vzorci blata štirih varovank. Pri treh primerih (starih od 76 do 86 let) je bil dokazan norovirus genske skupine GGI. Uporabili smo metodo verižno reakcijo s polimerazo v realnem času (qPCR), ki ločuje med genskima skupinama GGI in GGII.

Stopnja obolevnosti je bila decembra 2010 med obolelimi varovanci 40,1%, med zaposlenimi pa 22%. Leta 2011 je

bila precej nižja, med varovanci le 5%, med zaposlenimi pa 1,8%. Iz tega je razvidna hitra reakcija zaposlenih na izbruh in upoštevanje posredovanih navodil o ravnanju v primeru pojava

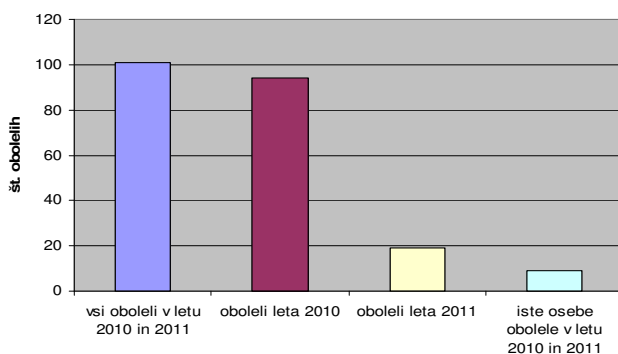
črevesnih nalezljivih obolenj, morda pa tudi delna imunost, ki so jo varovanci pridobili med prvim izbruhom. Zanimivost obeh izbruhov je, da je devet oseb zbolelo dvakrat. Razlaga, da lahko za okužbo z norovirusi obolimo večkrat je, da se zaradi velike različnosti med sevi in pomanjkljive imunosti posameznikov ponavljajoče okužbe lahko pri nekaterih ljudeh pojavljajo celo življenje.

Človeški norovirusi so namreč razvrščeni v genske skupine GI, GII in GIV. Vsaka genska skupina je dodatno razdeljena še na genotipe glede na 80% podobnost gena za kapsidno beljakovino. Genska skupina GI ima 8 genotipov, genska skupina GII pa kar 19. Virusi iz genske skupine GIV so izredno redki.

Molekularno diagnostiko oziroma metodo qPCR smo v Laboratoriju za medicinsko mikrobiologijo Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj uvedli v začetku marca letošnjega leta. Do drugega izbruha v Domu starejših občanov Preddvor smo na Gorenjskem zaznavali le norovirus genske skupine GGII. V drugem izbruhu v avgustu 2011 pa smo zaznali norovirus genske skupine GGI, kar je tudi pojasnilo, zakaj je devet varovancev za novorvirusno okužbo obolelo dvakrat.

SLIKA 3

Oboleli v izbruhu noroviroze v letu 2010 in 2011



SOCIOEKONOMSKI DEJAVNIKI, NEENAKOST V ZDRAVJU IN NALEZLJIVE BOLEZNI

Janet Klara Djomba¹

1. Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za javno zdravje,

Neenakost in nalezljive bolezni v Evropi

Z neenakostjo v zdravju se danes srečujejo vse evropske države, ne glede na razvitost. V zadnjih letih je bilo ogromno napora vloženega v zmanjševanje neenakosti v zdravju, vendar so razlike še vedno prisotne. Že dolgo je znano, da so kronične bolezni povezane s socioekonomskim (SE) statusom, vendar tudi za nalezljive bolezni velja, da so neenakomerno porazdeljene v družbi in da največje breme nosijo ranljive in marginalne skupine. Ranljive skupine so večjemu tveganju izpostavljene tako zaradi okoljskih dejavnikov kot tudi vedenjskih dejavnikov tveganja (1).

Evropska unija in njene članice so se zavezale k zmanjševanju revščine in socialne izključenosti, vendar še vedno 16 % evropske populacije živi pod pragom revščine. Tudi Evropska komisija in Svetovna zdravstvena organizacija sta se z dokumenti in delovnimi načrti zavezala k zmanjševanju neenakosti v zdravju (2,3).

Zadnji izbruh ošpic v Bolgariji, aprila 2009, potrjuje potrebo po zmanjševanju neenakosti v zdravju preko ciljanega delovanja na SE dejavnike. Izbruh je terjal preko 23.000 zbolelih in 24 smrti, 90 % od njih v romski etnični skupnosti. Večina prizadetih (več kot 60 %) je bila mlajša od 15 let, tretjina ni bila cepljena v skladu s priporočili. Na potek epidemije je vplival skupek več dejavnikov: vnos virusa iz tujine, reforma zdravstvenega sistema, SE dejavniki, socialna marginalizacija, natrpani bivalni pogoji in visoka stopnja mobilnosti v romskih skupnostih (4). Isti dejavniki lahko

vplivajo tudi na izbruhe drugih bolezni, ki jih sicer preprečujemo s cepljenjem (npr. davica, otroška paraliza), če povzročitelj zaide v podobno populacijsko skupino. Pogostost tuberkuloze je pri članicah Evropske unije tudi danes obratno sorazmerna z blagostanjem znotraj populacije. Nevarnost za širjenje tuberkuloze npr. predstavlja visok delež zbolelih v zaporih držav nekdanje Sovjetske zveze, od koder se bolezen potencialno lahko razširi v splošno populacijo.

Očitno je, da nalezljive bolezni v Evropi ne predstavljajo pomembnega javnozdravstvenega problema samo v ranljivih skupinah, ampak predstavljajo grožnjo tudi na ravni celotnega prebivalstva, saj neenakomerno porazdeljena pojavnost nalezljivih bolezni in večja koncentracija okužb in dejavnikov tveganja v določenih skupinah lahko pospeši širjenje nalezljivih bolezni. V vseh državah Evropske unije so natrpani bivalni prostori, migracijsko ozadje, nizka izobrazba, nizki dohodki in ostali negativni SE dejavniki povezani z nesorazmernim bremenom nalezljivih bolezni.

Neenakost in nalezljive bolezni v Sloveniji

V Sloveniji imamo na voljo malo podatkov o povezanosti SE dejavnikov in nalezljivih bolezni. Izjemo predstavljajo tuberkuloza, hepatitis C in HIV/AIDS. Pri obravnavi bolnikov s tuberkulozo se zbirajo podatki, iz katerih je razvidno, ali pri obolelem gre za priseljenca iz države, kjer je tveganje za okužbo višje. Za hepatitis C je znano, da je pojavnost višja med intravenoznimi uživalci drog, HIV/AIDS

pa ima najvišjo prevalenco med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi (5). Za nobeno od naštetih nalezljivih boleznih pa nimamo podatka o ostalih pomembnih SE dejavnikih, kot so zaposlenost, višina dohodka, bivalni pogoji, izobrazba ipd. Tovrstni podatki se v okviru spremljanja nalezljivih boleznih (še) ne zbirajo, zato nimamo na voljo zanesljivih podatkov o povezanosti SE dejavnikov na pojav in razširjenost nalezljivih boleznih ali vpliv neenakosti v zdravju na pojav le-teh.

V luči SE dejavnikov in nalezljivih boleznih je potrebno omeniti tudi cepljenja. Cepljenje proti najpomembnejšim nalezljivim boleznim je v Sloveniji obvezno in brezplačno, vendar so v zadnjih letih na voljo tudi cepiva, ki niso obvezna in so plačljiva, lahko pa pomembno doprinesejo k boljšemu zdravju.

Eno od teh cepiv je cepivo proti humanemu papilomavirusu (HPV) za ženske, ki niso zajete v cepilno shemo in je cepivo zato za njih plačljivo. Cepljenje proti HPV lahko za starše deklic predstavlja strošek, ki si ga ne morejo privoščiti. Ob domnevi, da je tvegano spolno vedenje pogostejše pri dekletih iz družin s slabšimi SE pogoji, imamo opravka s skupino z visokim tveganjem za okužbo s HPV. Za potrditev domneve bi potrebovali podatke o povezavi SE dejavnikov in

precepljenostjo proti HPV. Podatkov o SE statusu staršev deklic, ki se cepijo, in tistih, ki se ne cepijo, nimamo, zato tudi ne moremo pridobiti zanesljivih primerjav.

Skupina z visokim tveganjem za okužbe so tudi mladi, ki potujejo v eksotične države in ne prejmejo vseh priporočenih cepiv. Ta cepljenja predstavljajo velik del stroška potovanja. Zaradi pomanjkanja denarja se zlasti mladi in študenti pogosto odločijo samo za obvezna cepljenja, ki so predpisana za določeno državo, ne pa tudi za cepljenja proti drugim pogostim boleznim, ki niso obvezna.

LITERATURA:

1. Semenza JC, Suk JE, Tsolova S. Social determinants of infectious diseases: a public health priority. *Euro Surveill* 2010;15(27):pii=19608.
2. Semenza JC. Strategies to intervene on social determinants of infectious diseases. *Euro Surveill* 2010;15(27):pii=19611.
3. Technical Committee for the priority of the Spanish Presidency on "Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities". General Directorate for Public Health and International Health. Ministry of Health and Social Policy, Madrid, Spain. Reducing health inequalities and monitoring social determinants of health in the European Union: a priority of the Spanish Presidency of the European Union 2010. *Euro Surveill* 2010;15(27):pii=19612.
4. Marinova L, Muscat M, Mihneva Z, Kojouharova M. An update on an ongoing measles outbreak in Bulgaria, April-November 2009. *Euro Surveill* 2009;14(50):pii=19442.
5. Inštitut za varovanje zdravja. Epidemiološko spremljanje nalezljivih boleznih v letu 2010. Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/gradiva_nalezljive_bolezni

EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE IN OBVLADOVANJE NALEZLJIVIH BOLEZNI

PRIJAVLJENE NALEZLJIVE BOLEZNI

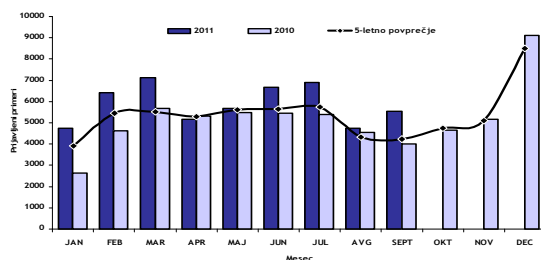
Maja Praprotnik¹, Maja Sočan¹, Eva Grilc¹

¹ Inštitut za varovanje zdravja

V septembru 2011 smo zabeležili 5544 prijav nalezljivih bolezni, kar je 17 % več kot v avgustu 2011, 39 % več kot v enakem obdobju v letu 2010 in 31 % več od petletnega povprečja (Slika 4).

SLIKA 4

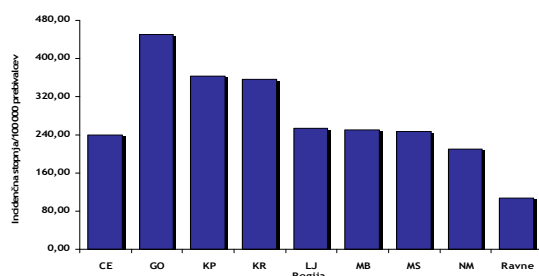
Prijavljene nalezljive bolezni po mesecih, Slovenija, 2010–2011, in petletno povprečje



Stopnja obolevnosti je znašala 270.54/100.000 prebivalcev, najvišja je bila v novogoriški (451.14/100.000), najnižja pa v ravenski regiji (108.65/100.000) (Slika 5). V število prijavljenih primerov niso zajeti AIDS, spolno prenosljive okužbe (razen hepatitisov), tuberkuloza in pljučnice z izjemo pnevmokokne invazivne pljučnice.

SLIKA 5

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po regijah, Slovenija, september 2011

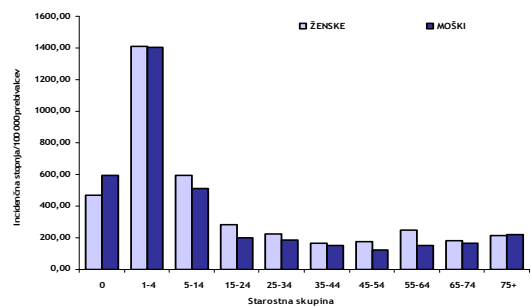


Med 5.544 prijavljenimi primeri je bilo 54 % bolnikov (3.003) ženskega spola in 46 % (2.541) moškega. 2239 (40%) obolelih so bili otroci v starosti od 0–14 let. Najvišja prijavna incidenčna stopnja je bila v starostni skupini 1–4 leta (1.405,32/100.000 prebivalcev), najnižja

pa v starostni skupini 45–54 let (147,64/100.000 prebivalcev) (Slika 6).

SLIKA 6

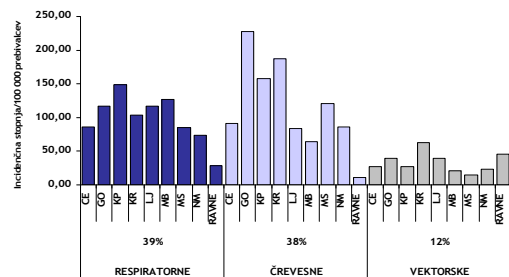
Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po spolu in starosti, Slovenija, september 2011



Septembra je bil najpogosteje prijavljen gastroenteritis neznanе etiologije (1.294), akutni tonzilitis (862), Lyme borelioz (656), pasovec (353) in norice (315).

SLIKA 7

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po skupinah in regijah, Slovenija, september 2011



RESPIRATORNE NALEZLJIVE BOLEZNI

Respiratorne nalezljive bolezni so predstavljale 39 % (2.184) vseh prijavljenih bolezni v septembru. Med najpogostejšimi sta bila prijavljena akutni tonzilitis in pasovec.

Stopnja obolevnosti je znašala 106,94/100.000 prebivalcev, najvišja je bila v koprski regiji (148,55/100.000 prebivalcev), najnižja pa v ravenski (28,83/100.000 prebivalcev) (Slika 7).

ČREVESNE NALEZLJIVE BOLEZNI

38 % (2.128) prijav vseh nalezljivih bolezni so predstavljale črevesne nalezljive bolezni. Največ je bilo prijav gastroenteritisa neznane etiologije, neopredeljenih črevesnih virusnih infekcij in rotavirusnih okužb. Septembra je bila stopnja obolevnosti črevesnih nalezljivih bolezni 104,19/100.000 prebivalcev (Slika 7). Najvišja stopnja obolevnosti je bila v novogoriški regiji (227,59/100.000 prebivalcev), najnižja pa v ravenski (10,98/100.000 prebivalcev).

VEKTORSKE NALEZLJIVE BOLEZNI

Septembra smo zabeležili 686 primerov vektorskih bolezni, kar predstavlja 12 % vseh septembrskih prijav. Večina prijav so bile prijave Lymške borelioze (656) in 24 prijav klopnega meningoencefalitisa. Prejeli smo dve prijavi importirane malarije; zboleli sta 21 in 55 letni potnici, za kateri nimamo podatkov, kje sta potovali. Prejeli smo tudi tri prijave importirane denge– zboleli so trije moški (26, 44 in 47 let), ki so bili mesec in pol zaposleni v Mumbaju v Indiji.

TABELA 1

Prijavljene nalezljive bolezni po datumu prijave, Slovenija, september 2011

	R e g i j a									September 2011		Skupaj leto 2011	September 2010 Inc./100 000 preb.
	CE	GO	KP	KR	LJ	MB	MS	NM	Ravne	Skupaj	Inc./100 000 preb.		
A02.0 Salmonelni enteritis	15	1	4	29	21	8	2	4	1	85	4.15	263	2.88
A03.3 Griža (<i>Sh.sonnei</i>)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0.10	8	0.10
A04.0 Infekcija z enteropatogeno <i>E.coli</i>	0	2	0	2	2	0	0	2	0	8	0.39	30	0.34
A04.1 Infekcija z enterotoksigeno <i>E.coli</i>	16	0	0	0	1	1	0	0	0	18	0.88	53	0.05
A04.2 Infekcija z enteroinvazivno <i>E.coli</i>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.05	7	0.00
A04.3 Infekcija z enterohemoragično <i>E.coli</i>	1	1	0	0	4	1	0	0	0	7	0.34	31	0.10
A04.4 Enteritis (<i>E.coli</i>)	0	0	1	2	1	0	0	0	0	4	0.20	34	0.29
A04.5 Enteritis (<i>Campylobacter</i>)	18	12	5	12	39	20	7	10	2	125	6.10	775	5.08
A04.6 Enteritis (<i>Yersinia enterocolitica</i>)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.05	11	0.10
A04.7 Enterokolitis (<i>Clostridium difficile</i>)	0	0	1	0	4	0	6	0	0	11	0.54	78	0.20
A04.8 Druge opredeljene črevesne inf. (bakterijske)	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0.20	14	0.49
A04.9 Črevesna bakterijska infekcija, neop	4	15	18	24	1	0	0	0	1	63	3.07	366	1.71
A05.0 Stafilokokna zastrupitev s hrano	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	22	0.00
A05.4 Zastrupitev s hrano (<i>Bacillus cereus</i>)	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0.15	7	0.05
A05.9 Bakterijska zastrupitev s hrano, neopredeljena	4	0	0	0	0	3	2	0	0	9	0.44	79	0.15
A07.1 Lambliozna (Giardioza)	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0.15	17	0.10
A07.2 Kriptosporidioza	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0.10	7	0.00
A07.9 Protozojska črevesna bolezen, neopredeljena	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0.10	3	0.00
A08.0 Rotavirusni enteritis	7	30	17	22	79	12	6	6	0	179	8.73	1905	2.20
A08.1 Akutna gastroenteropatija (virus Norwalk)	18	1	7	6	31	4	4	4	0	75	3.66	1703	1.32
A08.2 Adenovirusni enteritis	1	0	1	5	11	0	1	0	0	19	0.93	131	1.42
A08.3 Drugi virusni enteritis	2	0	0	0	3	3	0	0	0	8	0.39	107	0.54
A08.4 Črevesna virusna infekcija, neop.	7	53	42	29	53	1	16	0	1	202	9.86	940	5.03
A08.5 Druge opredeljene črevesne inf.	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0.10	12	0.00
A09 Driska in gastroenteritis (infekcija)	181	116	121	245	283	151	101	92	3	1293	63.10	8666	42.99
A27.9 Leptospiroza, neopredeljena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	4	0.00
A37.0 Oslovski kašelj (<i>Bordetella pertussis</i>)	7	0	0	3	5	0	2	0	1	18	0.88	151	1.42
A37.1 Oslovski kašelj (<i>Bordetella parapertussis</i>)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	5	0.00
A37.9 Oslovski kašelj, neopredeljen	3	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0.20	110	0.88
A38 Škrlatinka	6	10	6	5	35	23	1	5	1	92	4.49	2061	3.95
A39.0 Meningokokni meningitis	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.05	6	0.00
A40.0 Sepsa, streptokok skupine A	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0.15	10	0.00
A40.2 Sepsa, streptokok skupine D	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.05	1	0.00
A40.3 Sepsa, <i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	0	3	0	1	2	0	1	2	11	0.54	92	0.39
A40.9 Streptokokna sepsa, neopredeljena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	6	0.00
A41.0 Sepsa - <i>Staphylococcus aureus</i>	1	0	0	2	6	0	0	0	0	9	0.44	62	0.34
A41.1 Sepsa - drugi opred. stafilokoka	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0.15	11	0.05
A41.2 Sepsa - neopred. stafilokok	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0.10	4	0.05

A41.3 Sepsa - <i>Haemophilus influenzae</i>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	8	0.00
A41.5 Sepsa - drugi gram negativni organizmi	1	0	0	0	4	7	4	0	0	16	0.78	137	0.83
A41.8 Druge vrste opredeljena sepsa	0	1	0	0	0	1	2	0	0	4	0.20	66	0.39
A41.9 Sepsa, neopredeljena	3	2	1	6	5	6	0	1	0	24	1.17	192	1.02
A46 Erizipel (šen)	32	28	18	38	62	60	26	17	3	284	13.86	1907	11.13
A48.1 Legioneloza (legionarska bolezen)	1	0	0	1	4	0	0	0	0	6	0.29	31	0.73
A48.8 Druge opr. bakterijske bolezni	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	19	0.20
A49.0 Stafilokokna infekcija, neopredeljena	20	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0.98	43	0.39
A49.1 Streptokokna infekcija, neopredeljena	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	3	0.05
A49.9 Bakterijska infekcija, neopredeljena	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.15	19	0.20
A69.2 Lymska borelijoza - eritem	70	39	38	122	236	65	16	31	30	647	31.57	4729	23.52
A79.8 Druge rikicioze	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	6	0.10
A84.1 Centralnoevropski klopnj - KME	3	1	1	4	9	1	2	0	3	24	1.17	225	0.78
A85.0 Enterovirusni encephalomyelitis	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.20	8	0.05
A87.0 Enterovirusni meningitis	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0.10	8	0.24
A87.9 Virusni meningitis, neopredeljen	2	0	1	0	10	4	1	0	0	18	0.88	87	0.39
A90 Vročica denga (klasična denga)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.15	3	0.10
A98.5 HMRS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.05	5	0.10
B00.3 Herpesvirusni meningitis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.05	2	0.00
B01.8 Norice z drugimi komplikacijami	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0.10	31	0.00
B01.9 Norice brez komplikacij	32	9	8	36	181	27	5	12	3	313	15.27	10030	10.25
B02.0 Encefalitis zaradi zostra	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0.15	4	0.00
B02.8 Zoster z drugimi zapleti	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	4	0.00
B02.9 Zoster brez zapleta	37	27	25	43	80	77	31	20	9	349	17.03	2694	14.98
B15.9 Hepatitis A brez hepatične kome	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	10	0.05
B16.9 Akutni hepatitis B	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0.10	12	0.05
B17.1 Akutni hepatitis C	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0.15	12	0.05
B18.0 Kronični VHB z agensom delta	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
B18.1 Kronični VHB brez agensa delta	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0.15	30	0.15
B18.2 Kronični virusni hepatitis C	3	0	0	1	1	0	0	1	0	6	0.29	55	0.29
B27.0 Gamaherpesvirusna mononukleoza	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0.10	23	0.15
B27.1 Citomegalovirusna mononukleoza	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	6	0.00
B27.9 Infekcijska mononukleoza, neop.	3	11	5	6	34	6	3	4	1	73	3.56	561	2.39
B35.0 Tinea barbae, capitis (brada, glava)	8	2	0	1	1	0	1	3	3	19	0.93	154	2.15
B35.2 Tinea manuum (roke)	5	4	4	0	2	9	5	2	0	31	1.51	218	1.42
B35.3 Tinea pedis (noge)	1	18	12	1	20	36	4	4	4	100	4.88	550	2.93
B35.4 Tinea corporis (telesa)	7	8	5	0	12	8	5	3	2	50	2.44	284	1.85
B35.6 Tinea cruris	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0.10	6	0.00
B35.8 Druge dermatofitoze	2	4	0	0	0	2	0	8	0	16	0.78	47	0.20
B35.9 Dermatofitoza, neopredeljena	44	15	7	0	21	56	10	12	5	170	8.30	1165	7.03
B37.9 Kandidioza, neopredeljena	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0.10	25	0.10
B50.9 Malaria - <i>Pl. falciparum</i> , neop.	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0.10	5	0.00
B58.9 Toksoplazmoza, neopredeljena	1	1	0	0	0	1	0	1	0	4	0.20	11	0.05
B67.9 Ehinokokoza, druge vrste in neop.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.05	4	0.00
B68.1 Trakuljavost, ki jo povzroča taenia saginata	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
B68.9 Tenioza, neopredeljena	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0.10	9	0.10
B80 Enterobioza	6	10	15	4	22	8	3	3	1	72	3.51	460	2.78
B86 Skabies	3	2	3	3	5	2	2	1	1	22	1.07	195	0.68
B95.3 Pneumokokna bakteriemična pljučnica	0	0	1	0	0	0	1	1	1	4	0.20	24	0.05
G00.1 Pnevmonokni meningitis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	7	0.05
G01.0 Meningitis pri Lymski borelijozi	0	0	0	0	2	0	0	1	0	3	0.15	17	0.10
G03.9 Meningitis, neopredeljen	1	0	1	2	1	0	0	0	0	5	0.24	22	0.10
G04.9 Encefalitis, mielitis in encefalom., neopredelje	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	2	0.00
G63.0 Polinevropatija pri Lymski borelijozi	2	0	0	0	0	2	0	0	0	4	0.20	21	0.24
J02.0 Streptokokni faringitis	16	0	19	7	17	0	1	5	0	65	3.17	876	3.81
J03.0 Streptokokni tonzilitis	82	29	59	60	290	166	22	13	0	721	35.18	7368	22.20
J03.8 Akutni tonzilitis z drugimi opred.org.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.05	6	0.00
J03.9 Akutni tonzilitis, neopredeljen	22	1	66	1	0	29	0	21	0	140	6.83	1341	5.95
J13 Pljučnica - <i>Strept. pneumoniae</i>	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0.15	60	0.10
M01.2 Artritis pri Lymski borelijozi	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.10	9	0.20
Z22.3 Nosilec drugih opredeljenih bakterijskih bolezni	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0.10	37	0.05
Z22.5 Nosilec povzročitelja VHB	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0.15	34	0.20
SKUPAJ	725	462	532	726	1624	807	295	294	79	5544	270.54		
INCIDENCA/100 000 PREBIVALCEV	240.09	451.14	363.62	357.30	253.43	249.88	247.17	210.66	108.65	270.54			

PRIJAVLJENI IZBRUHI NALEZLJIVIH BOLEZNI

Mateja Blaško Markič¹, Tatjana Freljih¹

1. Inštitut za varovanje zdravja

V letošnjem letu (do 20. oktobra 2011) so regijski zavodi za zdravstveno varstvo prijavili 59 izbruhov nalezljivih bolezni. Dvajset izbruhov se je pojavilo v domovih starejših občanov, šest v zdravilišču, pet v zavodih za ljudi s posebnimi potrebami in vrtcih, trije v bolnišnici, gostinskem obratu, območju vodovoda ter otroškem letovišču, po dva v osnovni šoli, na kolektivnem izletu in v družinskem okolju, in po eden pa v osnovni šoli in vrtcu, izobraževalnem zavodu, menzi,

kolektivu tovarne ter planinskem domu. V petindvajstih primerih je bil kot povzročitelj izoliran norovirus, v trinajstih rotavirus, v treh virus influence A (H1N1) v po dveh Bordetella pertussis ter norovirus in rotavirus, v po enem pa Clostridium Difficile, Salmonella Enteritidis, Salmonella Paratyphi B, Staphylococcus aureus, ter norovirus, rotavirus in E.coli. Za pet izbruhov še ni izdelanega končnega poročila (Tabela 2).

TABELA 2

Prijavljeni izbruhi nalezljivih bolezni, Slovenija, oktober 2011

ZZV	LOKACIJA	ZAČETEK	KONEC	POVZROČITELJ	VRSTA IZBRUHA	I*	Z*	H*	U*	V*
CE	Zdravilišče	21.1.2011	1.2.2011	norovirus	kontaktni	73	28	0	0	0
CE	Dom starejših občanov	31.1.2011	20.2.2011	rotavirus	kontaktni	207	56	0	0	0
CE	Zdravilišče	2.3.2011	11.3.2011	norovirus	kontaktni	111	29	0	0	0
CE	Zdravilišče	17.3.2011	28.3.2011	rotavirus	kontaktni	111	28	0	0	0
CE	Zdravilišče	2.4.2011	28.3.2011	norovirus	kontaktni	120	31	0	0	0
CE	Dom starejših občanov	21.5.2011	25.5.2011	norovirus	kontaktni	130	18	0	0	0
CE	Dom starejših občanov	24.5.2011	31.5.2011	rotavirus	kontaktni	208	26	0	0	0
CE	Zavod za ljudi s posebnimi potrebami	2.8.2011	5.8.2011	norovirus	kontaktni	31	19	0	0	0
CE	Vrtec	7.9.2011	9.9.2011	norovirus	kontaktni	15	15	1	0	0
CE	*Vrtec	30.9.2011				780	40			
GO	Zavod za ljudi s posebnimi potrebami	30.1.2011	4.2.2011	Virus influence A (H1N1)	Kapljični	217	25	1	0	0
GO	Dom starejših občanov	13.4.2011	24.4.2011	rotavirus	kontaktni	217	60	0	0	0
GO	Dom starejših občanov	8.5.2011	24.5.2011	rotavirus	kontaktni	144	14	1	0	0
KP	Dom starejših občanov	19.2.2011	23.2.2011	norovirus	kontaktni	65	28	1	0	0
KP	Dom starejših občanov	14.3.2011	19.3.2011	norovirus	kontaktni	284	39	0	0	0

KP	Vrtec	8.4.2011	16.4.2011	rotavirus	kontaktni	54	24	1	0	0
KP	*Gostinski obrat	17.6.2011	17.6.2011	Staphylococcus aureus, enterotoksin D	alimentarni	60	31	6	0	0
KP	otroško letovišče	2.8.2011	8.8.2011	rotavirus	kontaktno	138	49	0	0	4
KP	otroško letovišče	12.8.2011	17.8.2011	rotavirus	kontaktni	186	50	0	0	0
KP	Dom starejših občanov	27.8.2011	28.8.2011	Salmonella paratyphi B	alimentarni	205	3	1	2	0
KP	otroško letovišče	6.9.2011	9.9.2011	neznan	kontaktni	166	8	0	0	0
KP	*Gostinski obrat	11.10.2011				150	10			
KR	Dom starejših občanov	30.12.2010	8.1.2011	norovirus	kontaktni	75	32	0	0	0
KR	Bolnišnica	4.1.2011	17.1.2011	norovirus	kontaktni	300	18	0	0	0
KR	Vrtec	1.3.2011	15.3.2011	rotavirus	kontaktni	128	17	1	0	0
KR	Osnovna šola	4.2.2011	4.4.2011	Bordetella pertussis	kapljični	449	10	1	0	0
KR	Dom starejših občanov	25.7.2011	26.8.2011	norovirus	kontaktni	277	19	0	0	0
KR	Gostinski obrat	29.8.2011	30.8.2011	norovirus	kontaktni	370	22	0	0	13
KR	*Območje	5.9.2011								
LJ	Dom starejših občanov	13.2.2011	4.3.2011	norovirus	kontaktni	201	46	0	0	0
LJ	Zavod za ljudi s posebnimi potrebami	22.1.2011	23.1.2011	Virus influenza A (H1N1)	kapljično - kontaktni	ni podatka	14	2	0	0
LJ	Dom starejših občanov	10.4.2011	15.5.2011	rotavirus	kontaktni	125	46	0	0	0
LJ	Izobraževalni zavod	11.4.2011	17.4.2011	neznan	kontaktni	870	51	0	0	0
LJ	Dom starejših občanov	13.3.2011	30.3.2011	norovirus	kapljično - kontaktni	200	19	1	0	0
LJ	Dom starejših občanov	7.5.2011	16.5.2011	rotavirus	kontaktni	201	20	0	0	0
LJ	Območje vodovoda	3.6.2011	21.6.2011	rotavirus, norovirus, E.Coli	hidrični izbruh	3600	152	1	0	0
LJ	Izlet	2.6.2011	4.6.2011	Salmonella enteritidis	alimentarni	120	8	2	0	0
LJ	Menza	24.6.2011	1.7.2011	norovirus	kapljično - kontaktni	165	46	0	0	0
LJ	Planinski dom	4.9.2011	5.9.2011	neznan	ni ugotovljeno	60	15	0	0	0
LJ	Kolektiv	19.5.2011	21.5.2011	norovirus	kontaktno-kapljični	260	9	0	0	0
LJ	*Družina	19.9.2011			sum na zastrupitev s hrano	8	5			

LJ	*Družina	8.10.2011				8	8	3		
MB	Dom starejših občanov	2.1.2011	24.1.2011	norovirus	kontaktni	250	101	1	0	0
MB	Zavod za ljudi s posebnimi potrebami	22.1.2011	6.2.2011	Virus influenza A (H1N1)	kapljični	25	9	1	0	0
MB	Osnovna šola in vrtec	10.1.2011	20.3.2011	Bordetella pertussis	aerogeni	234	17	0	0	0
MB	Dom starejših občanov	14.1.2011	28.1.2011	neznan	kontaktni	165	31	1	0	0
MB	Zavod za ljudi s posebnimi potrebami	8.1.2011	15.2.2011	norovirus	kontaktni	1058	110	0	0	0
MB	Osnovna šola	16.2.2011	1.3.2011	domnevno norovirus	domnevno aerosolni	32	10	0	0	0
MB	Dom starejših občanov	16.2.2011	11.3.2011	norovirus	kontaktni	254	110	0	0	0
MB	Območje Zdravstvene regije Maribor	25.2.2011	ni podatka	norovirus, rotavirus	hidrični	cca 1850	20	0	0	0
MB	Bolnišnica	25.4.2011	30.4.2011	Cl.Difficile	kontaktni	40	9	9	0	0
MB	Vrtec	19.5.2011	30.5.2011	rotavirus	kontaktni	46	17	3	0	0
MB	Izlet	2.10.2011	5.10.2011	norovirus	kontaktni	41	19	1	0	0
MS	Zdravilišče	6.4.2011	21.4.2011	norovirus	Kontaktno-aerogeni	2306	112	6	0	0
MS	zdravilišče	15.8.2011	26.8.2011	norovirus	kontaktno-aerogeni	70	15	1	0	0
NM	Bolnišnica	1.12.2010	12.3.2011	notrovirus, rotavirus	kontaktni	ni podatka	181	119	0	0
NM	Dom starejših občanov	29.12.2010	17.1.2011	norovirusi	kapljično - kontaktni	478	180	3	1	0
NM	Dom starejših občanov	9.2.2011	28.2.2011	rotavirus	kontaktni	236	24	0	0	0
NM	Dom starejših občanov	23.2.2011	1.3.2011	norovirus	kontaktno - aerogeni	294	81	0	0	0

Legenda: I - izpostavljeni; Z - zboleli; H - hospitalizirani; U - umrli; V - verjetni primeri; * - končno poročilo v pripravi

NOVICE

POROČILO S PRVEGA SIMPOZIJA O EPIDEMIJI E.coli O104 V NEMČIJI

Eva Grilc¹

¹ Inštitut za varovanje zdravja

V septembru 2011 je v Nemčiji potekal prvi klinični simpozij o epidemiji okužb z E.coli O104. Simpozij je organiziralo Nemško združenje za nefrologijo. Sodelovali so mednarodno priznani strokovnjaki - kliniki in mikrobiologi z vsega sveta. Obravnavali so znanstvena dognanja o okužbi s STEC, diagnostiki in možnostih zdravljenja hemolitično uremičnega sindroma (HUS), ki je posledica okužbe s STEC, saj tovrstna E.coli proizvaja šigov toksin.

Na simpoziju so ugotavljali, da je bilo dobro sodelovanje med kliniki različnih specialnosti, mikrobiologi ter epidemiologi ključno za obvladovanje epidemije. Podobni izbruhi bi se lahko v bodoče pojavili tudi izven Nemčije, zato je potrebno na evropski ravni vnaprej zagotoviti pogoje za hitro in učinkovito izmenjavo kliničnih in drugih podatkov.

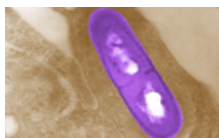
LITERATURA:

Jansen A Highlights from the clinical symposium on Shiga toxin-producing E.coli /Hemolytic uremic syndrome, Berlin, Eurosurveillance 2011. Dosegljivo na spletu: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19977>.

IZBRUH LISTERIOZE V AMERIKI

Eva Grilc¹

¹ Inštitut za varovanje zdravja



Center za nalezljive bolezni (CDC) iz Atlante, skupaj z Ameriško agencijo za živila in zdravila (FDA) ter javnozdravstvenimi inštituti raziskuje izbruh listerioze v več ameriških državah. Rezultati prvih preiskav so pokazali, da se okužba verjetno širi preko melon iz Granade v Koloradu, ki

jih pridelujejo na farmi Jensen. Melone so že umaknili s trga. Do sedaj je zbolelo 100 oseb iz 20 ameriških držav, od katerih jih je 18 umrlo. Zaradi dolge inkubacije listerioze so možni tudi novi primeri okužbe, ki so jo povzročili štirje sevi *Listeria monocytogenes*.

LITERATURA:

<http://www.cdc.gov/listeria/>.

POROČILA

SREČANJE EVROPSKIH KOMUNIKATORJEV NA TEMO KRIZNEGA KOMUNICIRANJA

Mitja Vrdelja¹

1. Inštitut za varovanje zdravja

Zadnji teden septembra 2011 je v švedskem glavnem mestu potekalo srečanje strokovnjakov s področja komuniciranja na temo kriznega komuniciranja in komuniciranja tveganj. Štiridnevno usposabljanje, ki so se ga udeležili predstavniki iz 11 držav Evropske unije in Norveške, je v imenu Evropske komisije pripravil Generalni direktorat za zdravje in varstvo potrošnikov.

Namen usposabljanja je bil: razumevanje pomena in koristi sodelovanja med strokovnjaki in komunikatorji, razumevanje pomena transparentnosti pri komuniciranju in delovanju, spoznanje orodij za medsebojno sodelovanje in za skupno koordinacijo komuniciranja ter izmenjava mnenj in dobrih praks.

V okviru usposabljanja smo si podrobneje ogledali sistem delovanja in komuniciranja Švedske. Tako smo obiskali nekaj njihovih ključnih inštitucij, ki v primeru kriznih razmer tesno in uspešno sodelujejo med seboj, in sicer: National Board of Health and Welfare¹, Swedish Medical Products Agency, National Food Agency in Swedish Civil Contingencies Agency, obiskali pa smo tudi European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in si ogledali delovanje njihovega centra za krizne razmere.

¹ Njene naloge so podobne nalogam našega Inštituta za varovanje zdravja, nimajo pa področja nalezljivih bolezni. V inštituciji je zaposlenih 1000 ljudi, od tega jih 25 dela na področju komuniciranja. V času kriznih razmer, kot je bila pandemija gripe, komunikatorjem pomagajo tudi sodelavci iz drugih enot.

Izkušnje Švedske

V kriznih razmerah zgoraj omenjene inštitucije na vseh nivojih in področjih med seboj tesno sodelujejo in redno usklajujejo svoje aktivnosti, pri čemer so vsem jasne njihove odgovornosti in pristojnosti. To se dobro odraža tudi pri njihovih komunikacijskih aktivnostih. V kriznim razmerah namreč aktivirajo t. i. »crisis communication network« (ang. mrežo kriznega komuniciranja), v okviru katere redno potekajo skupni dogovori, usklajevanja in izmenjava stališč med komunikatorji. Po njihovih dosedanjih izkušnjah so na takšen način dosegli visoko stopnjo poenotenosti sporočil, s čimer so si pri švedski javnosti zgradili zaupanje in ugled. Pomemben element je tudi skupen komunikacijski kanal - spletna stran www.krisinformation.se, kjer objavljajo skupna sporočila/obvestila za splošno javnost. Čeprav spletno mesto administrira in ureja njihova vladna agencija Swedish Civil Contingencies Agency, so za vsebino besedila iz posameznega področja odgovorne posamezne inštitucije same. Pri objavah na omenjeni spletni strani pogosto uporabijo orodje »najpogostejša vprašanja« (ang. FAQ - Frequently asked questions). Zanimivo je, da zgoraj omenjene inštitucije na svojih spletnih straneh teh obvestil ne objavljajo, ampak na določeno temo objavljajo samo obvestila, namenjena drugim javnostim (npr. strokovni javnosti v primeru organizacije National Board of Health and Welfare). S tem dosežejo, da celotna splošna javnost prejema sporočila

samo iz enega glavnega komunikacijskega kanala. Na ta način je dosežena visoka stopnja usklajenosti sporočil, kar je v kriznem komuniciranju zelo pomembno. Omenjena spletna stran je ves čas aktivna, na njej pa v »mirnem« obdobju objavljajo sporočila o zadevah, ki bi lahko za Švedsko in njene prebivalce predstavljale potencialno nevarnost za zdravje (npr. poplave v določenih državah, električne težave itd.).

V primeru večjih kriz aktivirajo tudi klicni center, kjer na vprašanja državljanov in drugih deležnikov odgovarjajo za to usposobljeni posamezniki - ne gre za strokovnjake s posameznega področja, ampak ljudi, usposobljene za telefonsko konverzacijo, sprejemanje klicev itd. Klicateljem predvsem odgovarjajo na vprašanja iz seznama najpogostejših vprašanj. V primeru, da odgovor iz tega seznama ni zadosten ali popoln, morajo posamezne inštitucije odgovor dopolniti.

Povdariti je treba, da je pri vseh komunikacijskih aktivnostih, tako v mirnem še bolj pa v kriznem času, za komunikatorje ključnega pomena, da imajo v času krize in kriznega dogajanja ves čas dostop do strokovnjakov. Zato so potrebna skupna srečanja in sestanki med strokovnjaki in komunikatorji tudi v mirnem času, da se že takrat vzpostavi sodelovanje in način medsebojnega dela. Zavedati se je treba, da moramo biti v času krize odzivni, potrebne so hitre reakcije in ukrepi. Če se izrazim figurativno, to pomeni, da je treba medijem ves čas zagotavljati informacije, saj jih ne smemo puščati lačnih. V primeru lakote bodo namreč grizli in takrat izgubimo nadzor nad komuniciranjem in situacijo. Če citiram še švedsko

kolegico - vodjo odnosov z mediji na njihovem National Board of Health and Welfare: »V času krize ni časa za *small talk*, zato mora biti komunikator tudi '*mind reader*'. Takrat ni časa za *prijaznost in vljudnost*, saj se takrat ne gradijo *odnosi*«. Pomembno je tudi, da komunikator pozna temo, še bolj pomembno pa je, da pozna sistem delovanja (torej zdravstveni sistem). Kljub pomanjkanju časa, hudih pritiskih in premajhnem številu ljudi je potrebno vsak dogodek dokumentirati, saj ga bomo le tako lahko kasneje analizirali in se iz izkušnje kaj naučili.

Švedske izkušnje kažejo, da zgoraj zapisano ni zgolj neuporabna teorija, ampak predvsem odlična in posnemanja vredna praksa. Kot ugotavljajo sami, v kriznih razmerah uporabljajo tri glavne strategije - transparentnost, zaupanje in tradicija. Znano je, da je na Švedskem visoko zaupanje prebivalcev v vladne inštitucije - po nekaterih ocenah jim zaupa skoraj 50 odstotkov prebivalcev. Seveda jim takšnega zaupanja ni uspelo zgraditi čez noč, ampak ga na teh vrednotah gradijo že stoletja. Svoje zgledne tradicije se zelo zavedajo in jo v precejšnji meri tudi upoštevajo pri načrtovanju komunikacijskih aktivnosti. Naj v luči gradnje transparentnosti in s tem zaupanja javnosti zaključim z besedami švedske kolegice: »*Vsak papir, ki ga imam na svoji mizi, je javen dokument. Vsako elektronsko sporočilo, ki ga napišem ali prejmem, je javen dokument. Javnost ima pravico dostopati do vsega tega, ker mi javnost daje plačo*«.

Pri nas podobni standardi še niso vzpostavljeni, Kako blizu oziroma daleč smo, je seveda stvar diskusije, vsekakor pa je Švedska odličen vzor. Menim, da bi bilo potrebno tudi pri nas vzpostaviti podoben sistem. Najprej bi bilo treba preveriti naše trenutne kapacitete, kaj je tudi pri nas že vzpostavljeno in nato vse skupaj prilagoditi našemu okolju.

Takšen sistem bi tako lahko vzpostavili v relativno kratkem času, medtem ko bo za vzpostavitev podobnih vrednot in načina razmišljanja, kot ga imajo na Švedskem (in seveda še v nekaterih drugih državah z dolgo tradicijo demokracije), potrebno precej več časa.

SLIKA 8

Delegati ob obisku ECDCja





”Tudi nežen cvet se mora prebiti iz blata, iz temne, trde prsti in zrasti proti svetlobi. Iz teme in težavnih razmer se razvije v novo rastlino, v nov cvet.”

Julija Doria