

Tema meseca:

LETNI PROGRAM MONITORINGA ZONNOZ

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 Gantar

Uredniški svet

ZZV Celje: Alenka Trop Skaza

ZZV Nova Gorica: Marko Vudrag

ZZV Koper: Boris Kopilović

ZZV Kranj: Irena Grmek Košnik

ZZV Ljubljana

ZZV Maribor: Karl Turk

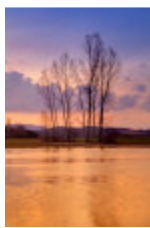
ZZV Murska Sobota

ZZV Novo mesto: Dušan Harlander

ZZV Ravne: Marjana Simetinger

VSEBINA

Uvodnik	4
Alenka Kraigher	
Tema meseca	5
Letni program monitoringa zoonoz	5
Eva Grilc	
Epidemiološko spremljanje in obvladovanje nalezljivih bolezni	7
Prijavljene nalezljive bolezni	7
Maja Praprotnik, Maja Sočan, Eva Grilc	
Prijavljeni izbruhi nalezljivih bolezni	10
Tatjana Frelj, Mateja Blaško Markič	
Novice	11
Prepoved uporabe bisfenola A pri izdelavi stekleničk za dojenčke	11
Lucija Perharič	
Poročila	12
Poročilo s konference »For a Healthy Future of Our Children - Childhood immunization«	12
Marta Grgič Vitek, Alenka Kraigher	
Udeležba na delavnici: Zaznavanje in ocena tveganja za javno zdravje v Evropski uniji	14
Tatjana Frelj, Andreja Krt Lah	
Obvestila	17
Informacija o ESPID-u	17
Nina Pirnat ¹	



fotografija na naslovnici

in slikovno gradivo v eNBOZ: iStockphoto

UVODNIK

Alenka Kraigher¹

1. Inštitut za varovanje zdravja

Vsako leto je zaradi cepljenja rešenih na milijone življenj. Z uvedbo rutinskih programov cepljenja v drugi polovici 20. stoletja je bil na področju cepljenja narejen velik korak k premagovanju bolezni. Mineva že več kot 30 let od razglasitve, da so zaradi cepljenja črne koze premagane, 21. junija 2002 je bilo razglašeno izkoreninjenje otroške paralize v Evropi. Brez sistematičnega cepljenja se tudi ošpice, mumps, rdečke, oslovski kašelj ne bodo umaknili.

Razmerje med tveganjem in koristjo je pri cepivih zelo občutljiva tema, zlasti glede cepljenja proti tistim boleznim, ki se ne pojavljajo pogosto ali pa se prav zaradi cepljenja sploh ne pojavljajo več. V teh primerih je toleranca do dejstva, da se lahko pojavijo neželeni učinki, zelo nizka oziroma je bistveno nižja kot pri drugih zdravilih. Zagotavljanje varnosti cepiv je zelo pomembno in je ključnega pomena pri vzpostavitvi zaupanja širše javnosti in s tem stabilnosti programa rutinskega cepljenja. Spremljanje neželenih učinkov po cepljenju pa je nujno potrebno za zaznavanje redkih in nepričakovanih neželenih pojavov in za pojasnjevanje morebitne vzročne povezave s cepljenjem.

Soočamo se s paradoksom, da kljub neizpodbitnim dokazom, da drugi ukrepi niso bolj učinkoviti kot je cepljenje, nekateri cepljenju ne zaupajo, na drugem koncu sveta pa ljudje nimajo možnosti, da bi se s cepljenjem zavarovali pred nalezljivimi boleznimi. Najrazličnejše informacije o tveganjih povezanih s cepljenjem omogočajo manipuliranje s podatki in povzročajo pojavljanje izkrivljenih interpretacij znanstvenih dejstev. Zmeda, ki jo takšni načini podajanja informacij vnesejo med ljudi, ima lahko posledice za vse prebivalce. Celo nekateri zdravniki navajajo lažna dejstva glede tveganja zaradi cepljenj. Eden takšnih primerov je britanski zdravnik Wakefield, ki je leta 1998 s sodelavci v Lancetu objavil članek, v katerem je opisal povezanost avtizma in vnetne črevesne bolezni s cepljenjem proti ošpicam, mumpsu in rdečkam. Po tej objavi je precepljenost za ošpicami v Veliki Britaniji in drugod po

Evropi izjemno upadla, ošpice pa so se začele pojavljati v izbruhih in terjale smrtne žrtve. British Medical Journal je januarja 2011 poročal o ugotovitvah, ki so Wakefieldove navedbe ovrgle. Wakefield je bil obtožen prevare in izgnan iz države, Lancet pa je njegov članek tudi formalno umaknil.

Odklanjanje cepljenja zaradi verskih in filozofskih prepričanj je prav tako zahtevalo že precej življenj. Eden takšnih primerov je z Nizozemske, kjer je konzervativna verska skupina odklanjala cepljenje proti otroški paralizi, kar je pripeljalo do kopičenja neimune populacije. Bolezen je leta 1994 zavzela epidemijske razsežnosti in zahtevala okoli 150 življenj pa tudi ogromno finančnih sredstev za zajezitev epidemije. Ali so imeli starši umrlih in invalidnih otrok legitimno pravico odkloniti cepljenje svojih otrok? Ne, te pravice niso imeli, niti zaradi nevarnosti za svoje otroke niti zaradi nevarnosti za druge.

Naloga zdravnikov je, da izkoristijo vsako priložnost za podajanje pojasnil in razlage o pomembnosti cepljenja in da s svojim ravnanjem dajejo zgled. Pomembno je, da se skrbnim staršem omogoči, da spregovorijo o svojih pomislekih, odgovori pa morajo temeljiti na trdnih argumentih. Pogovor mora potekati na spoštljiv in prijazen način, profesionalno, etično in v skladu z zahtevami zdravniškega poklica. Občutek varnosti in obveščenosti je pomembna podlaga za vzpostavitev dobrega odnosa do zdravnikov in institucij, ki prebivalcem omogočajo varovanje zdravja.

S cepljenjem nam je že uspelo izkoreniniti nevarne nalezljive bolezni, zato je zdaj naša naloga, da z znanjem, učinkovitim komuniciranjem in podprto z znanstvenimi dokazi kljubujemo oviram in nadaljujemo po načrtani poti ter tako zaščitimo tudi otroke naših otrok.

Izkušnje kažejo, da so cepljenja prinesla ogromno koristi, ne le za posameznike ampak tudi za vse človeštvo, zato bi tveganje, ki ga prinaša opustitev cepljenja, moralo biti dovolj velik argument, da se cepljenju odzove vsak ali da ga vsaj ne zavrača v imenu drugih.

TEMA MESECA

Letni program monitoringa zoonoz

Eva Grilc¹

1. Inštitut za varovanje zdravja

Izraz zoonoza izvira iz besede zoon žival in nosos bolezen. Definicij zoonoz je več in se razlikujejo glede na vlogo živali pri prenosu okužbe na ljudi (1). So (nalezljive) bolezni oziroma okužbe, ki se naravno neposredno ali posredno prenašajo iz živali na ljudi (2). Možen je tudi prenos iz ljudi na živali. V tem primeru govorimo o antropozoonozah. Od približno 1.500 znanih mikrobov, s katerimi se človek lahko okuži, jih približno dve tretjini povzročajo zoonoze. Povzročitelji zoonoz so zelo raznoliki: bolezni povzročajo bakterije, virusi, paraziti, glive, prioni. Prenajajo se s stikom z živalskimi izločki in/ali tkivi, vdihavanjem izločkov, ugrizi, opraskaninami, ki jih povzročijo živali, zaužitjem živil živalskega izvora ipd.

Zoonoze niso nove bolezni. Mnogi že dolgo znani povzročitelji nalezljivih bolezni pri ljudeh npr. virus ošpic, gripe, HIV, so sprva krožili med živalsko populacijo. Hkrati pa povzročitelji zoonoz pogosto povzročajo porajajoče se ali celo nove nalezljive bolezni. V letu 2010 se je npr. tudi po Evropi močno razširila okužba z West Nile virusom pri ljudeh in živalih.

PROGRAM MONITORINGA ZOOZ

V Sloveniji je prijava zoonoz pri ljudeh v skladu z Zakonom o nalezljivih boleznih (Ur.l. RS št. 33/2006) obvezna. Nacionalno zbirko epidemioloških podatkov o zoonozah pri ljudeh vodi Inštitut za varovanje

zdravja (IVZ), ki vsako leto izda letno poročilo, v katerem so zajeti tudi podatki o spremljanju zoonoz pri ljudeh. Ker je področje spremljanja in obvladovanja zoonoz interdisciplinarno, v Sloveniji vsako leto izide tudi letni program monitoringa zoonoz (PMZ), ki ga skupaj izdajo Veterinarska uprava Republike Slovenije (VURS), Zdravstveni

inšpektorat Republike Slovenije (ZIRS) in IVZ. Program zajema zbiranje, spremljanje, analiziranje in posredovanje podatkov o pojavu zoonoz, njihovih povzročiteljev in s tem povezane protimikrobne

odpornosti (2).

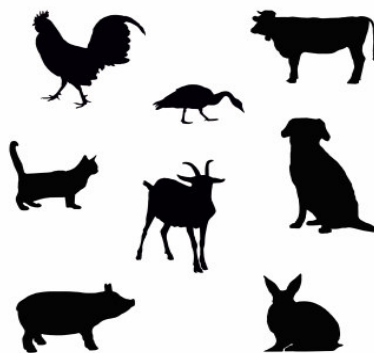
Sprejmejo in podpišejo ga

minister za zdravje in minister za

kmetijstvo,

gozdarstvo in prehrano ter glavna inšpektorica Inšpektorata RS za kmetijstvo, gozdarstvo in hrano (IRSKGH). Namen programa je zbiranje ustreznih in primerljivih podatkov, s pomočjo katerih se opredeli in oceni nevarnost, izpostavljenost in tveganja povezana z zoonozami ter povzročitelji. Program zajema vse faze v živilski verigi (»od njive oziroma hleva do potrošnika«), najbolj pa tiste faze, kjer se lahko pridobi največ ustreznih podatkov glede določene zoonoze ali njenega povzročitelja. Podatki za živila in krmo se zbirajo v primarni proizvodnji oziroma v vseh fazah živilske verige. V PMZ se vključujejo tudi nosilci živilske dejavnosti (2).

” Zoonoze so bolezni, ki se prenašajo iz ljudi na živali. “



V PMZ za leto 2011 so vključene zoonoze:

- bruceloza,
- kampilobakterioza,
- ehinokokoza,
- okužbe z bakterijo *Enterobacter sakazakii* (*Cronobacter* spp.),
- listerioza,
- salmoneloza,
- trihineloza,
- tuberkuloza (*Mycobacterium bovis*),
- VTEC (verotoksigena *E. coli*),
- jersinioza,
- vročica Q.

Glede na epidemiološko situacijo se v skladu s pravilnikom spremljajo tudi:

1. Virusne zoonoze, ki jih povzročajo:

- calcivirus,
- virus gripe,
- virus stekline,
- virusi, ki se prenašajo s členonožci.

2. Bakterijske zoonoze:

- borelijoza,
- botulizem,
- leptospiroza,
- psitakoza,
- tuberkuloza, razen navedene v rednem programu,
- vibrioza.

3. Parazitske zoonoze:

- anizakiaza,
- kriptosporidioza,
- cisticerkoza,
- toksoplazmoza.

4. Druge zoonoze, kot npr. spremljanje aviarnе influence pri labodih oziroma pticah od leta 2006 dalje.

OBVLADOVANJE ZOOZOZ

Poleg letnega programa monitoringa zoonoz IVZ, v sodelovanju z območnimi zavodi za zdravstveno varstvo (ZZV) in ZIRS-om, stalno spremlja epidemiološko situacijo zoonoz, analizira in objavlja podatke o njihovem pojavljanju ter proučuje dejavnike tveganja. Pomembna naloga IVZ in ZZV je tudi hitro zaznavanje in obvladovanje izbruhov, vzajemno obveščanje ZZV, IVZ, ZIRS, VURS; MKGP in IRSKGH o pojavu in gibanju bolezni ter usklajeno organiziranje in izvajanje protiepidemijskih, higienskih in drugih ukrepov. Pojav pomembnejših zoonoz obravnava tudi Komisija za zoonoze na ministrstvu za zdravje. IVZ o pojavu pomembnejših zoonoz med prebivalstvom obvešča tudi EU kontaktno točko EWRS (Early warning and response system), ki je na Evropskem centru za nadzor in preprečevanje bolezni (ECDC) v Stockholmu.

Zoonoze so kompleksna in pomembna skupina nalezljivih bolezni. Letni program monitoringa zoonoz v Sloveniji spremlja najpogostejše oziroma najpomembnejše zoonoze. Ob tem je treba stalno spremljati epidemiološko in epizootiološko situacijo zaradi pojava redkejših ali celo (znova) porajajočih se zoonoz.

Literatura:

1. Weinberg A. Zoonoses. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Philadelphia; Elsevier, Churchill Livingstone 2000: 3630–6.
2. Pravilnik o monitoringu zoonoz in povzročiteljev zoonoz (Ur. l. RS št. 325/2003).

EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE IN OBVLADOVANJE NALEZLJIVIH BOLEZNI

Prijavljene nalezljive bolezni

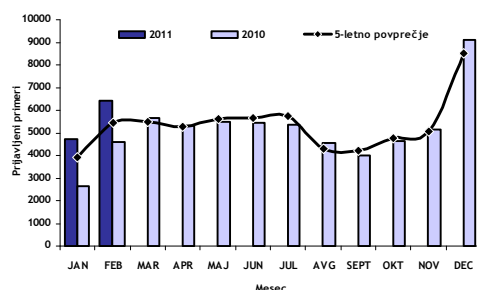
Maja Praprotnik¹, Maja Sočan¹, Eva Grilc¹

1. Inštitut za varovanje zdravja

V februarju 2011 smo zabeležili 6408 prijav nalezljivih bolezni, kar je 35 % več kot v januarju 2011, 39 % več kot v enakem obdobju v letu 2010 in 17 % več od petletnega povprečja (Slika 1).

SLIKA 1

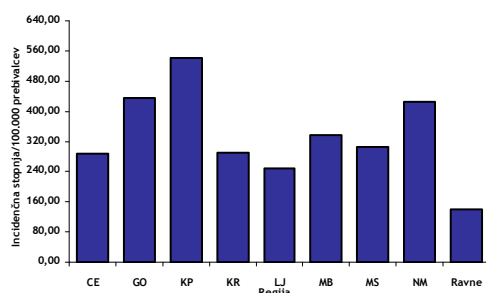
Prijavljene nalezljive bolezni po mesecih, Slovenija, 2010–2011, in petletno povprečje



Stopnja obolevnosti je znašala 314.21/100 000 prebivalcev, najvišja je bila v koprski (540.91/100 000), najnižja pa v ravnski regiji (139.47/100 000) (Slika 2). V število prijavljenih primerov niso zajeti AIDS, spolno prenosljive okužbe (razen hepatitsov), tuberkuloza in pljučnice (MKB-10: J12–J18).

SLIKA 2

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

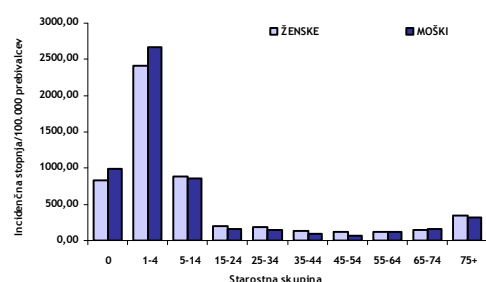


Med 6408 prijavljenimi primeri je bilo 52 % bolnikov (3317) ženskega spola in 48 % (3091) moškega. 3727 (58 %) obolelih je bilo otrok v starosti od 0–14 let. Najvišja prijavna incidenčna stopnja je bila v starostni skupini 1–4 leta (2545.97/100 000 prebivalcev), najnižja

pa v starostni skupini 45–54 let (94.46/100 000 prebivalcev) (Slika 3).

SLIKA 3

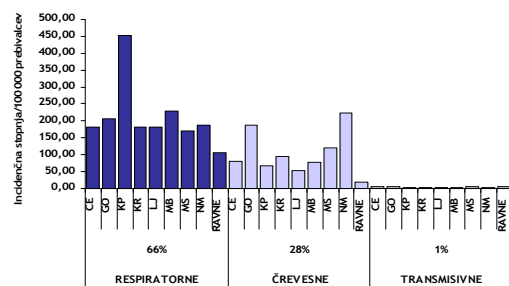
Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po spolu in starosti, Slovenija, februar 2011



februarja so bile najpogosteje prijavljene norice (1529), akutni tonzilitis (1131), gastroenteritis neznane etiologije (956), škrlatinka (318) in kalicivirusne okužbe (292).

SLIKA 4

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



RESPIRATORNE NALEZLJIVE BOLEZNI

Respiratorne nalezljive bolezni so predstavljale 66 % (4216) vseh prijavljenih bolezni v februarju. Med najpogostejšimi so bile prijavljene norice, akutni tonzilitis in škrlatinka. Stopnja obolevnosti je znašala 206.43/100 000 prebivalcev, najvišja je bila v koprski regiji (453.21/100 000 prebivalcev), najnižja pa v ravnski (107.09/100 000 prebivalcev) (Slika 4).

ČREVESNE NALEZLJIVE BOLEZNI

28 % (1790) prijav vseh nalezljivih bolezni so predstavljale črevesne nalezljive bolezni. Največ je bilo prijav gastroenteritisa neznane etiologije, kalicivirusnih in rotavirusnih okužb. Februarja je bila stopnja obolevnosti črevesnih nalezljivih bolezni 87.64/100 000 prebivalcev (Slika 4).

Najvišja stopnja obolevnosti je bila v novomeški regiji (223.32/100 000 prebivalcev), najnižja pa v ravenski (20.59/100 000 prebivalcev).

VEKTORSKE NALEZLJIVE BOLEZNI

Februarja smo zabeležili 76 primerov vektorskih bolezni, kar predstavlja en odstotek vseh februarskih prijav. Prijavljeno je bilo 74 primerov Lymške borelioze ter en primer klopnega meningoencefalitisa. Zabeležili smo tudi primer importirane malarije; bolnica, stara 49 let je potovala po Ugandi in Ruandi.

TABELA 1

Prijavljene nalezljive bolezni po datumu prijave, Slovenija, februar 2011

	R e g i j a									Februar 2011		Skupaj leto 2011	Februar 2010 Inc./ 100 000 preb.
	CE	GO	KP	KR	LJ	MB	MS	NM	Ravne	Skupaj	Inc./ 100 000 preb.		
A02.0 Salmonelni enteritis	0	0	1	0	6	0	1	1	1	10	0.49	22	0.54
A03.3 Griža (Sh.sonnei)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.05	1	0.00
A04.0 Infekcija z enteropatogeno E.coli	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	2	0.05
A04.3 Infekcija z enterohemoragično E.coli	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0.15	5	0.00
A04.4 Enteritis (E.coli)	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3	0.15	9	0.29
A04.5 Enteritis (Campylobacter)	3	2	1	5	15	6	5	2	1	40	1.96	73	1.91
A04.7 Enterokolitis (Clostridium difficile)	1	0	0	1	0	0	4	0	0	6	0.29	13	0.20
A04.8 Druge opredeljene črevesne inf. (bakterijske)	1	0	2	1	0	0	0	0	0	4	0.20	6	0.93
A04.9 Črevesna bakterijska infekcija, neopredeljena	3	36	12	12	0	0	0	0	3	66	3.24	120	1.67
A05.9 Bakterijska zastrupitev s hrano, neopredeljena	2	0	0	0	0	3	5	0	0	10	0.49	19	0.39
A06.9 Amebioza, neopredeljena	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
A07.1 Lamblioz (Giardioza)	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0.10	4	0.20
A08.0 Rotavirusni enteritis	81	17	7	17	56	12	5	29	4	228	11.18	299	6.57
A08.1 Akutna gastroenteropatija (virus Norwalk)	32	6	4	10	15	37	5	182	1	292	14.32	539	8.88
A08.2 Adenovirusni enteritis	0	3	2	5	8	2	2	2	0	24	1.18	39	0.93
A08.3 Drugi virusni enteritis	4	0	0	3	23	4	0	0	1	35	1.72	66	1.32
A08.4 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	11	45	28	2	2	1	13	1	1	104	5.10	203	5.10
A08.5 Druge opredeljene črevesne infekcije	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	2	0.00
A09 Driska in gastroenteritis (infekcija)	105	81	40	135	207	188	105	92	3	956	46.88	1885	44.13
A32.7 Listerijska sepsa	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.05	1	0.00
A37.0 Oslovski kašelj (Bordetella pertussis)	1	0	0	5	0	6	0	0	1	13	0.64	31	0.59
A37.1 Oslovski kašelj (Bordetella parapertussis)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.05	2	0.00
A37.9 Oslovski kašelj, neopredeljen	0	0	0	0	1	48	0	0	0	49	2.40	76	0.39
A38 Škrlatinka	24	19	37	29	77	80	14	17	21	318	15.59	563	17.16
A39.0 Meningokokni meningitis (G01*)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.05	2	0.05
A39.4 Meningokokemija, neopredeljena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
A40.3 Sepsa, ki jo povzroča Streptococcus pneumoniae	6	0	0	1	3	1	2	0	1	14	0.69	16	0.29
A40.8 Druge vrste streptokokna sepsa	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0.10	2	0.20
A41.0 Sepsa, ki jo povzroča Staphylococcus aureus	0	1	0	1	6	1	2	0	0	11	0.54	16	0.25
A41.1 Sepsa zaradi kakega drugega opred. stafilokoka	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
A41.5 Sepsa zaradi drugih gram-negativnih organizmov	5	0	0	0	2	4	6	0	0	17	0.83	27	0.49
A41.8 Druge vrste opredeljena sepsa	1	2	0	0	0	2	3	0	0	8	0.39	12	0.20
A41.9 Sepsa, neopredeljena	6	5	0	1	4	4	1	1	1	23	1.13	33	0.69
A46 Erizipel (šen)	13	22	11	40	21	29	10	7	4	157	7.70	267	6.47
A48.1 Legioneloza (legionarska bolezen)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.05	2	0.10
A48.8 Druge opredeljene bakterijske bolezni	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.15	5	0.20

A49.0 Stafilokokna infekcija, neopredeljena	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.15	3	0.39
A49.9 Bakterijska infekcija, neopredeljena	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	0.15	4	0.00
A69.2 Lymska boreliozna - eritem	10	7	3	8	21	7	5	5	3	69	3.38	155	4.07
A84.1 Centralnoevropski klopnj - KME	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.05	2	0.00
A85.0 Enterovirusni encephalomyelitis (G05.1*)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.10	2	0.00
A86 Neopredeljeni virusni encefalitis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.05	1	0.00
A87.0 Enterovirusni meningitis(G02.0*) ECHO,Coxsackie	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
A87.8 Druge vrste virusni meningitis	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0.10	2	0.10
A87.9 Virusni meningitis, neopredeljen	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0.10	5	0.15
B00.4 Herpesvirusni encefalitis (G05.1*)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
B01.0 Varičelni meningitis (G02.0*)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
B01.8 Norice z drugimi komplikacijami	0	1	2	1	1	0	0	0	0	5	0.25	9	0.10
B01.9 Norice brez komplikacij	224	86	130	102	552	220	88	110	11	1523	74.68	2527	40.21
B02.8 Zoster z drugimi zapleti	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.05
B02.9 Zoster brez zapleta	39	17	20	40	67	43	15	7	10	258	12.65	469	11.87
B15.9 Hepatitis A brez hepatične kome	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0.15	3	0.00
B16.9 Akutni hepatitis B	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.05	2	0.05
B17.1 Akutni hepatitis C	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.05
B18.1 Kronični virusni hepatitis B brez agensa delta	0	0	0	3	2	2	0	0	0	7	0.34	10	0.05
B18.2 Kronični virusni hepatitis C	2	1	0	2	4	0	0	0	1	10	0.49	13	0.29
B27.0 Gamaherpesvirusna mononukleozna	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.10	8	0.29
B27.1 Citomegalovirusna mononukleozna	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.05
B27.8 Druge infektivske mononukleoze	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
B27.9 Infektivska mononukleozna, neopredeljena	1	1	5	1	23	2	4	1	0	38	1.86	81	3.14
B35.0 Tinea barbae in tinea capitis (brade in glave)	6	0	1	0	1	0	1	2	0	11	0.54	27	0.69
B35.2 Tinea manuum (roke)	5	0	0	0	1	11	1	0	0	18	0.88	28	1.27
B35.3 Tinea pedis (noge)	0	5	3	0	6	12	1	1	3	31	1.52	72	1.96
B35.4 Tinea corporis (telesa)	4	5	0	0	1	8	1	2	0	21	1.03	40	1.03
B35.6 Tinea cruris	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.05	1	0.00
B35.8 Druge dermatofitoze	0	2	1	0	0	4	1	0	0	8	0.39	10	0.10
B35.9 Dermatofitoza, neopredeljena	34	17	5	0	11	27	8	4	1	107	5.25	196	3.29
B37.9 Kandidioza, neopredeljena	1	0	3	1	0	0	0	0	0	5	0.25	7	0.10
B50.9 Malaria, ki jo povz. Pl. falciparum, neopredeljena	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.05	1	0.05
B58.9 Toksoplazmoza, neopredeljena	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0.10	3	0.05
B67.8 Ehinokokoza jeter, neopredeljena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
B68.9 Tenioza, neopredeljena	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0.15	3	0.10
B80 Enterobioza	4	8	8	5	11	6	0	12	0	54	2.65	91	2.55
B86 Skabies	1	2	1	2	5	9	2	0	1	23	1.13	38	0.88
B95.3 Pneumokokna bakteriemična pljučnica	2	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0.15	3	0.10
G00.3 Stafilokokni meningitis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
G00.8 Druge vrste bakterijski meningitis	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.05	1	0.00
G01.0 Meningitis pri Lymski boreliozni	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.00
G63.0 Polinevropatija pri Lymski boreliozni	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.05	1	0.20
J02.0 Streptokokni faringitis	19	0	29	23	22	0	3	9	0	105	5.15	186	5.44
J03.0 Streptokokni tonzilitis	79	36	135	79	307	262	49	25	2	974	47.76	1714	32.95
J03.9 Akutni tonzilitis, neopredeljen	23	5	87	0	0	32	0	10	0	157	7.70	292	11.28
J10 Gripa, dokazano povzročena z virusom influenze	0	0	0	0	36	0	6	51	0	93	4.56	137	0.20
J10.0 Gripa s pljučnico, virus influenza dokazan	0	0	0	18	4	0	0	3	0	25	1.23	29	0.05
J10.1 Gripa z drugimi manif. na dihalih, dokazan v. infl.	100	14	16	22	15	0	0	11	27	205	10.05	286	0.29
J10.8 Gripa z drugimi manif., virus influenza dokazan	0	0	0	1	3	0	0	6	0	10	0.49	21	0.05
J11.0 Gripa s pljučnico, virus ni dokazan	0	0	2	0	2	0	0	0	0	4	0.20	10	0.00
J11.1 Gripa z dr. manif. na dihalih, virus ni dokazan	0	0	181	0	0	0	0	0	0	181	8.88	245	0.25
J11.8 Gripa z drugimi manif., virus ni dokazan	0	0	4	1	0	0	0	0	0	5	0.25	10	0.10
J20.0 Akutni bronhitis (Mycoplasma pneumoniae)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.10	2	0.00
M01.2 Artritis pri Lymski boreliozni	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.15	3	0.05
Z22.3 Nosilec drugih opredeljenih bakterijskih bolezni	0	2	0	0	1	0	0	0	0	3	0.15	4	0.10
Z22.5 Nosilec povzročitelja virusnega hepatitisa B	1	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0.15	4	0.00
SKUPAJ	880	453	784	585	1556	1081	372	594	103	6408	314.21	11146	
INCIDENCA/100.000 PREBIVALCEV	288.12	435.67	540.91	288.91	248.86	336.00	305.39	424.50	139.47	314.21			

Prijavljeni izbruhi nalezljivih bolezni

Tatjana Freljih¹, Mateja Blaško Markič¹

1. Inštitut za varovanje zdravja

V letošnjem letu (do 17. marca 2011) so regijski zavodi za zdravstveno varstvo prijavili 20 izbruhov nalezljivih bolezni. Deset izbruhov se je pojavilo v domovih starejših občanov, trije v zavodih za ljudi s posebnimi potrebami, dva v zdravilišču, po eden pa v bolnišnici, osnovni šoli, vrtcu, osnovni

šoli in vrtcu ter na območju. V petih primerih je bil kot povzročitelj izoliran norovirus, v po dveh virus influence A (H1N1) ter rotavirus, v enem pa Bordetella pertussis. Za devet izbruhov še ni izdelanega končnega poročila (Tabela 2).

TABELA 2

Prijavljeni izbruhi nalezljivih bolezni, Slovenija, februar 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		sum na enterovirozo	kontaktni	76	17			
GO	* Zavod za ljudi s posebnimi potrebami	30.1.2011		Virus influence A (H1N1)	kapljični	217	16	1		
KP	Dom starejših občanov	19.2.2011	23.2.2011	norovirus	kontaktni	65	28	1	0	0
KP	* Dom starejših občanov	14.3.2011				240	24			
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		rotavirus	kontaktni	128	22	1		
LJ	* Dom starejših občanov	13.2.2011			kontaktni	201	36			
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 influence A (H1N1)	kapljični	25	9	1	0	0
MB	* Osnovna šola in vrtec	10.1.2011		Bordetella pertussis	aerogeni	224	10			
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			sum na hidrični izbruh	ni podatka	31			
NM	* Dom starejših občanov	9.2.2011				236	6			
NM	* Dom starejših občanov	23.2.2011				294	19			

Legenda: I - izpostavljeni; Z - zboleli; H - hospitalizirani; U - umrli; V - verjetni primeri;

* - končno poročilo v pripravi

NOVICE

Prepoved uporabe bisfenola A pri izdelavi stekleničk za dojenčke

Lucija Perharič¹

1. Inštitut za varovanje zdravja



V skladu z odločitvijo Evropske komisije je 1. marca 2011 v Evropski skupnosti (ES) stopila v veljavo direktiva 2011/8/EU. Direktiva od 1. junija 2011 prepoveduje prodajo stekleničk za dojenčke, ki vsebujejo bisfenol A (BPA). Proizvajalci tovrstnih stekleničk so že pričeli s prostovoljnim umikom.

BPA je snov, ki se uporablja v proizvodnji polikarbonatne plastike, iz katere so narejeni številni plastični materiali in izdelki. Majhne količine BPA lahko iz materialov, namenjenih stiku z živili, prehajajo v živila. To velja tudi za stekleničke za dojenčke, če se jih segreva oziroma natančno čisti.

Prepoved BPA v stekleničkah za dojenčke temelji na previdnostnem principu, zaradi negotovosti o sposobnosti razstrupljanja BPA v prvih šestih mesecih življenja. Danska je leta 2010 začasno prepovedala uporabo BPA v materialih, namenjenih stiku z živili, ki se uporabljajo pri otrocih do treh let starosti, medtem ko je Francija prepovedala uporabo BPA v stekleničkah za dojenčke. V istem času je ocena tveganja Evropske agencije za varno hrano (EFSA) pokazala, da BPA ne predstavlja tveganja za zdravje odraslih oseb in otrok, ker je celokupni dnevni vnos BPA pri vseh skupinah prebivalstva ES manjši od sprejemljivega dnevnega vnosa (TDI)¹. BPA lahko oponaša delovanje ženskega spolnega hormona, estrogena, pri

laboratorijskih glodalcih. Vendar so novejša študija metabolizma (presnove) in toksikokinetike (obnašanja v telesu) pokazale pomembne razlike v presnovi BPA pri glodalcih in ljudeh. Ljudje presnovimo in izločimo BPA hitreje kot poskusni glodalci. Medtem ko se presnovek BPA pri ljudeh izloči v nekaj urah, traja to pri podgani nekaj dni. Ker se BPA v našem telesu zadržuje krajši čas, lahko sklepamo, da se bodo pri človeku učinki, ki so bili prisotni pri glodalcih pri določenih odmerkih, pojavili šele pri višjih odmerkih.

Kot je povedal evropski komisar za zdravje in varstvo potrošnikov John Dalli, predstavlja odločitev Evropske komisije, da prepove BPA na podlagi previdnostnega principa, prelomnico v varovanju zdravja potrošnikov, še posebej otrok. Komisija se je za ta korak odločila kljub zaključkom ocene tveganja EFSA, predvsem zaradi negotovosti v zvezi s sposobnostjo presnavljanja BPA pri dojenčkih, mlajših od šestih mesecev, še posebej tistih, ki so hranjeni izključno po steklenički.

Literatura:

1. Škodljivost bifenola A. Privzeto 1. 3. 2011 s spletne strani: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=125&pi=5&_5_File_name=1967.pdf&_5_MediaId=1967&_5_AutoResize=false&pl=125-5.3.
2. Ban of Bisphenol A in baby bottles. Privzeto 1.3. 2011 s spletne strani: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/229&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

¹ TDI je količina snovi, ki jo lahko vnašamo v telo vse življenje, ne da bi škodovali zdravju. Za BPA znaša TDI 0,05 mg/kg telesne mase/dan.

POROČILA

Poročilo s konference »For a Healthy Future of Our Children - Childhood immunization«

Marta Grgič Vitek¹, Alenka Kraigher¹

1. Inštitut za varovanje zdravja

3. in 4. marca 2011 je Madžarska v sklopu svojega predsedovanja EU, v sodelovanju z Evropsko komisijo, Evropskim centrom za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) in Regionalnim uradom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za Evropo, organizirala konferenco o cepljenju otrok v EU. Konferenca na ekspertni ravni je bila namenjena izmenjavi stališč in pogledov na nekatere

izzive, ki ostajajo, kljub zelo uspešnemu obvladovanju bolezni s cepljenjem, ki poteka v okviru nacionalnih oziroma subnacionalnih programov cepljenja v vseh državah članicah.

Na srečanju so bila izoblikovana stališča in predlogi, ki bodo podlaga za zaključke na prihodnjem srečanju Sveta Evrope o uspehih in izzivih pri cepljenju otrok v Evropi.

Eden od izzivov je obdržati oziroma povečati delež cepljenih otrok in doseči trenutno premalo cepljene skupine, to je skupine, ki jih s cepljenjem ne uspemo doseči. To so zlasti prebivalci, ki imajo svojstven način življenja oziroma se pogosto preseljujejo, da se jih z običajnimi metodami zelo težko zajame oziroma pritegne. To so tudi

skupine, ki nasprotujejo cepljenju zaradi drugačnega prepričanja in dvoma v uspeh cepljenja ter posamezniki, ki se za cepljenje ne morejo odločiti, ker jih skrbijo morebitni neželeni učinki. Ponovno je bil izpostavljen cilj eliminacije ošpic v Evropi, ki kljub velikemu napredku v letu 2010 ni bil dosežen¹. V septembru 2010, ko je bilo ponovno srečanje držav članic evropske regije SZO v Moskvi, je bila sprejeta resolucija, da se obnovi

zaveza o eliminaciji ošpic in rdečk ter preprečevanju sindroma kongenitalnih rdečk do leta 2015² in

ohranitev polia proste Evrope.

Poudarjeno je bilo, da je priprava in učinkovita komunikacija strokovnih (z dokazi podprtih) informacij nujna za ohranitev zaupanja javnosti v programe cepljenja otrok.

Razprava je potekala tudi o izzivih pri evidentiranju posameznih cepljenj in

razlikah med nacionalnimi/subnacionalnimi shemami cepljenja ter o tem, ali to lahko vpliva na slabšo precepljenost otrok. Ob tem se je pojavilo tudi vprašanje, ali je potrebna standardizirana, več-jezikovna »evropska knjižica o cepljenju«, ki bi lahko izboljšala

” Za zdravo prihodnost naših otrok – cepljenje otrok“



komunikacijo oziroma olajšala delo izvajalcem cepljenja v Evropi.

Predstavniki SZO in ECDC so poudarili pomen pravočasnega in zanesljivega spremljanja precepljenosti pri ocenjevanju tveganja za izbruhe v Evropi. Posebej je bil poudarjen velik pomen informacijskih sistemov za spremljanje cepljenja, tako imenovanih registrov cepljenja, ki omogočajo sodoben pretok informacij in hiter vpogled podatkov o cepljenju ciljnih skupin, ko je to z vidika varovanja javnega zdravja nujno potrebno, kot tudi za ocenjevanje uspešnosti in učinka cepljenja.

Organizatorji so pripravili tudi okroglo mizo o izboljšanju precepljenosti na splošno in posebej v skupinah z nižjo precepljenostjo. Iztočnica so bili zgovorni podatki o izbruhih bolezni, ki se jih lahko prepreči s cepljenjem - v nekaterih

državah, ki se soočajo s problemom slabe precepljenosti v nekaterih ciljnih skupinah (Romi, skeptiki, nasprotniki cepljenja...). Izpostavljena je bila potreba po proučitvi razlogov za nedosegljivost oziroma nižjo precepljenost in po oblikovanju usmerjenih in inovativnih pristopov do tovrstnih skupin. Usklajene, vendar ne enake aktivnosti na področju cepljenja v evropskih državah, lahko prispevajo k uresničevanju zastavljenih ciljev eliminacije in eradikacije bolezni.

¹ Steffens I, Martin R, Lopalco P. Spotlight on measles 2010: measles elimination in Europe - a new commitment to meet the goal by 2015. *Euro Surveill* 2010;15(50). pii: 19749.

² World Health Organization (WHO). Resolution. Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2010 and Sustained support for polio-free status in the WHO European Region. Moscow, Russia, WHO Regional Office for Europe; 2010. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/12/2236/RC60_eRes12.pdf.

Udeležba na delavnici: Zaznavanje in ocena tveganja za javno zdravje v Evropski uniji

Tatjana Frelih¹, Andreja Krt Lah²

1. Inštitut za varovanje zdravja
2. Zavod za zdravstveno varstvo Kranj

Pomemben del dejavnosti Evropskega centra za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni (ECDC) predstavlja učinkovito odzivanje na izbruhe bolezni ali nenavadnih dogodkov, ki predstavljajo tveganje za javno zdravje, usklajen pristop in sodelovanje izkušenih strokovnjakov na ravni skupnosti. Tako določa tudi Uredba 851/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o ustanovitvi ECDC.

Vloga ECDC je tudi izobraževanje strokovnjakov, ki delujejo na posameznih področjih javnega zdravja v EU in v državah EFTE (Evropska cona proste trgovine). Cilj izobraževanj je spodbujanje sodelovanja med posameznimi državami članicami, izmenjava izkušenj, izboljšanje dela na posameznih področjih, zmanjševanje obstoječih razlik, ohranjanje ustreznega ravnovesja in identifikacija vseh ciljnih strokovnjakov, ki delujejo na področju javnega zdravja (preprečevanje in nadzor nad nalezljivimi boleznimi) in krepitev neformalnih stikov za hitrejši pretok informacij o nalezljivih boleznih.

Z namenom izpopolnjevanja in nadgradnje na področju zaznave groženj, ocene tveganja in ukrepanja, je ECDC skupaj s HPA že leta 2009 razvil gradivo za usposabljanje strokovnjakov iz držav članic in EFTE, ki delujejo na področju hitrega odzivanja in groženj.

Z izvajanjem tega programa v enotedenskih delavnicah, želi ECDC nadgraditi svoje izkušnje z izkušnjami udeležencev iz držav članic in jih obenem seznaniti z delovanjem ECDC kot celote, predvsem v zvezi z

zaznavanjem groženj in odzivanjem nanje.

Letošnja delavnica z naslovom »Zaznavanje in ocena tveganja za javno zdravje v Evropski uniji« je potekala med 7. in 11. marcem 2011, v prostorih ECDC v Stockholmu. Delavnice se je udeležilo 20 predstavnikov iz 15 različnih evropskih držav. Med udeleženci sva bili tudi dve predstavnici iz Slovenije, in sicer z Inštituta za varovanje zdravja in Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj.

Delavnica je potekala v obliki predavanj, delavnic, prikaza primerov ter skupinskega in individualnega dela čez cel dan. Vsako jutro so bila najprej uvodna predavanja, katerim je sledil praktični del. Na praktičnih vajah smo obravnavali posamezne primere groženj. Po skupinah smo preverjali zaznavanje groženj, izdelovali ocene tveganj in pripravljali oceno tveganj za nosilce odločanja tako na nacionalni kot tudi na ravni EU.

Prvi dan delavnice je bil namenjen predstavitvi ECDC in seznanitvi s predstavniki posameznih enot tega centra. Slovenski udeleženci sva prvi dan, zaradi odpovedanega nedeljskega leta, zamudili. Za en dan sva obstali na Dunaju in prispeli v Stockholm šele v ponedeljek, z enodneвно zamudo.

V torek je bila predstavitev aktivnosti izvajanja pripravljenosti in odzivanja na grožnje po posameznih državah, ki smo ga pripravili udeleženci delavnice. Vsak udeleženec je imel na voljo 10 minut. Ker večina ni upoštevala časovnih omejitev, je za najino predstavitev zmanjkalo časa.

Naslednji dan se je začel zanimivo. Vsak udeleženec je moral izbrati dve fotografiji, na katerih so bili prizori različnih nevarnih živali ali tveganih aktivnosti. Posameznik je izbral po dve fotografiji, in sicer eno, na kateri je bilo tveganje, ki bi ga bil pripravljen sprejeti, in drugo, na kateri je bilo tveganje, ki bi ga za nobeno ceno ne bi sprejel.

Namen te vaje je bil dojeti **koncept tveganja**, ki je vedno odvisen od **verjetnosti** in od **resnosti tveganja**. Pri oceni tveganja moramo vedno upoštevati tudi, ali imamo na razpolago ukrepe, s katerimi lahko tveganje spremenimo ali zmanjšamo.

Predstavljene so bile vse strukture in sistemi, ki so vključeni v spremljanje in nadzor nad nalezljivimi in neznanimi boleznimi, ki lahko predstavljajo grožnjo javnemu zdravju na ravni EU ter s spremljanjem in nadzorom povezani različni izrazi in definicije, ki se pri tem uporabljajo, pa tudi njihov pomen.

Sledila je predstavitev koncepta **epidemic intelligence (EI)**. Epidemiološko preiskovanje informacij (EI) vključuje vse aktivnosti, povezane z zgodnjim odkrivanjem groženj, ki lahko predstavljajo tveganje za zdravje, njihovo preverjanje, ocenjevanje, z namenom priprave učinkovitih preventivnih ukrepov.

Ta koncept poudarja vključevanje informacij, ki jih pridobimo na podlagi epidemiološkega spremljanja nalezljivih bolezni. Tradicionalno se izvaja na podlagi kazalnikov (indicator based surveillance) in na podlagi spremljanja nenavadnih dogodkov (event based surveillance). Registrira se tudi bolezni, ki niso vključene v obvezno prijavljanje, vključuje pa tudi druge partnerje, ne samo zdravstvo (kmetijstvo, okolje, šolstvo). Poudarek je na vseh dogodkih, ki imajo lahko resne zdravstvene posledice in ne le tistih, ki so povezani z nalezljivimi boleznimi.

Predstavljeni so bili različni viri za epidemiološko preiskovanje informacij, uradni in neuradni, merila za vključevanje informacij in orodje Threat Tracking Tool (TTT), ki ga za spremljanje groženj uporablja ECDC.

V popoldanskem času smo imeli predstavitev principov izdelave ocene tveganja, pristop k oceni tveganja in bistvenih elementov, ki jih vsebuje ocena tveganja, ter vloge ECDC.

Ocena tveganja mora temeljiti na najboljših razpoložljivih znanstvenih dokazih, ki so dobro dokumentirani in podprti z referencami, biti mora dovolj prožna za različne situacije, pregledna, dosledna, racionalna in razumljiva za vse vpletene, predstavljene morajo biti vse negotovosti in predpostavke.

Po uvodnem predavanju smo izvedli praktično vajo, katere scenarij je temeljil na resničnem dogodku. Prišlo je do vnosa stekline iz endemskega območja stekline z nelegalnim uvozom steklega psa v državo brez stekline. Cilj vaje je bil spoznati načine zbiranja in pridobivanja informacij (EI) o grožnjah za javno zdravje in za izdelavo ocene tveganja.

Sledila je predstavitev različnih pristopov pri izdelavi ocene tveganja. Predstavljeni so bili različni algoritmi, odločevalski modeli (ocenjevanja tveganj na podlagi verjetnosti ali vplivov na javno zdravje) in principi ocenjevanja groženj zaradi bolezni neznanega izvora.

V popoldanskem času so nam predstavili princip delovanja ocenjevanja groženj in odzivanja na ravni EU, merila, na podlagi katerih se začne (sproži) ocena ogroženosti in pristop, ki ga uporablja ECDC.

V praktičnih vajah smo ocenjevali različna sporočila, ki so bila posredovana prek sistema za zgodnje zaznavanje groženj (EWRS). Vsako sporočilo je bilo treba oceniti, ali vsebuje elemente, ki zahtevajo izdelavo ocene tveganja, in sprejeti odločitev o tem, katere deležnike je treba obvestiti.

V praktični vaji smo na podlagi scenarija o vnosu West Nile virusa v neko državo preizkusili uporabo algoritmov za oceno tveganja na nacionalni ravni in ravni EU.

Zadnji dan v dopoldanskem času je predstavnica Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) predstavila Mednarodni zdravstveni pravilnik in njegov namen. Mednarodni zdravstveni pravilnik (MZP) 2005, ki je stopil v veljavo junija 2007, vsebuje velike spremembe na področju nacionalnega in mednarodnega javnega zdravja. Ena najbolj bistvenih sprememb je bila razširitev področja uporabe (vsi dogodki, ki lahko mednarodno ogrožajo javno zdravje). Od držav članic zahteva, da ohranijo sposobnost za odkrivanje, oceno, poročanje in obveščanje o vseh dogodkih, ki lahko predstavljajo tveganje mednarodnih razsežnosti za javno zdravje SZO.

Predstavila je obveznosti posameznih držav, principe komuniciranja in obveščanja na ravni SZO v primeru pojava groženj ter principe ocenjevanja tveganj na osnovi kriterijev iz Anexa II tega pravilnika.

V popoldanskem času so nam predstavili vidike komunikacije z

različnimi mediji in na kaj moramo biti pozorni pri posredovanju ključnih informacij. Predstavljeni so bili tudi bistveni elementi krizne komunikacije, od izdelave komunikacijskega načrta, do posredovanja informacij različnim ciljnim skupinam.

Udeleženci smo čez teden imeli priložnost, da smo se udeležili okrogle mize, ki je vsak dan ob 11.30 v ECDC Centru za hitro ukrepanje (EOC). Oseba, zadolžena za EI, posreduje zbrane informacije prisotnim na okrogli mizi. Te informacije obravnavajo različni strokovnjaki ter se odločajo o nadaljnjih ukrepih in posredovanju informacij drugim deležnikom.

Delavnica je bila zelo interaktivna, predstavljene informacije koristne, pridobljeno znanje pa uporabno in koristno za nadgradnjo Oddelka za pripravljenost in odzivanje na grožnje na IVZ. Osvojili smo koncept epidemiološke inteligence in pridobili znanje o tem, kdaj informacija oziroma dogodek pomeni grožnjo za javno zdravje, kako to informacijo posredovati naprej in kaj je v pristojnosti posameznih deležnikov.

SLIKA 1:

Udeleženci delavnice »Zaznavanje in ocena tveganja za javno zdravje v Evropski uniji«, Stockholm, marec 2011



OBVESTILA

Informacija o ESPID-u

Nina Pirnat¹

1. Inštitut za varovanje zdravja



29. letno srečanje Evropskega združenja za pediatrijo in infekcijske bolezni (European Society of Pediatric Infectious Diseases - ESPID)

29. letno srečanje ESPID-a se bo letos odvijalo med 7.–11.6.2011 v Haagu na Nizozemskem. Srečanja združenja ESPID vsako leto prinašajo sveže informacije o epidemiologiji, diagnostiki, zdravljenju in preprečevanju najpomembnejših infekcijskih bolezni in okužb v pediatriji. Številni klinični primeri bodo predstavljeni in obravnavani interaktivno - na delavnicah.

<http://www2.kenes.com/espид2011/Pages/Home.aspx>



”V puščavi nisi izgubljen, če lahko verjameš v oazo.“

Phil Bosmans