

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Aleš Jost**

**NALEZLJIVE BOLEZNI KOT GROŽNJA VARNOSTI – ŠTUDIJA PRIMERA  
HUDEGA AKUTNEGA RESPIRATORNEGA SINDROMA (SARS)**

**Diplomsko delo**

**Ljubljana, 2004**

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Aleš Jost**

**Mentor: izred. prof. dr. Marjan Malešič**

**NALEZLJIVE BOLEZNI KOT GROŽNJA VARNOSTI – ŠTUDIJA PRIMERA  
HUDEGA AKUTNEGA RESPIRATORNEGA SINDROMA (SARS)**

**Diplomsko delo**

**Ljubljana, 2004**

Za strokovno pomoč pri pisanju diplomske naloge se zahvaljujem mentorju profesorju dr. Marjan Malešiču. Predvsem pa gre zahvala družini za neskončno potrpljenje.

1. UVOD .....	1
2. METODOLOŠKO-HIPOTETIČNI OKVIR .....	4
2.1. PREDMET PROUČEVANJA .....	4
2.2. CILJI PROUČEVANJA.....	4
2.3. HIPOTEZE.....	5
2.4. METODE DELA.....	5
2.5. OPREDELITEV TEMELJNIH POJMOV.....	5
2.6. RAZLAGA KRATIC .....	6
3. NALEZLJIVE BOLEZNI .....	7
3.1. DEJAVNIKI NALEZLJIVIH BOLEZNI.....	8
3.2. KRONOLOGIJA NALEZLJIVIH BOLEZNI .....	11
3.2.1. <i>Do prvega epidemiološkega prehoda.....</i>	11
3.2.2. <i>Prvi epidemiološki prehod .....</i>	12
3.2.3. <i>Drugi epidemiološki prehod.....</i>	13
3.2.4. <i>Tretji epidemiološki prehod .....</i>	13
4. NALEZLJIVE BOLEZNI IN VARNOST .....	15
4.1. OPREDELITEV VARNOSTI .....	15
4.2. OPREDELITEV GROŽNJE VARNOSTI .....	17
4.3. ŠTIRI PARADIGME VARNOSTI IN NJIHOVO VIDENJE NALEZLJIVIH BOLEZNI .....	18
4.3.1. <i>Realpolitika (Realpolitik).....</i>	18
4.3.2. <i>Skupna varnost (Common Security).....</i>	20
4.3.3. <i>Človeška varnost (Human Security) .....</i>	21
4.3.4. <i>Ekološka varnost (Ecological Security) .....</i>	22
4.4. NALEZLJIVE BOLEZNI KOT GROŽNJA VARNOSTI.....	23
4.4.1. <i>Vpliv nalezljivih bolezni na ekonomsko produktivnost.....</i>	24
4.4.2. <i>Vpliv nalezljivih bolezni na poseljenost in migracije.....</i>	25
4.4.3. <i>Vpliv nalezljivih bolezni na obrambne sposobnosti države.....</i>	27
4.4.4. <i>Vpliv nalezljivih bolezni na oblast .....</i>	28
5. SARS .....	29
5.1. KRONOLOGIJA.....	29

5.2. KLINIČNI ZNAKI SARS-a .....	31
5.3. POVZROČITELJ.....	32
5.4. NAČINI PRENOSA VIRUSA.....	33
5.4.1. <i>Kapljični prenos</i> .....	33
5.4.2. <i>Aerogeni prenos</i> .....	33
5.4.3. <i>Prenos s stikom</i> .....	33
5.5. SARS KOT GROŽNJA VARNOSTI .....	34
5.5.1. <i>Vpliv SARS-a na ekonomsko produktivnost</i> .....	36
5.5.2. <i>Vpliv SARS-a na poseljenost in migracije</i> .....	38
5.5.3. <i>Vpliv SARS-a na obrambne sposobnosti države</i> .....	39
5.5.4. <i>Vpliv SARS-a na oblast</i> .....	42
6. VARSTVO PRED NALEZLJIVIMI BOLEZNIMI V REPUBLIKI SLOVENIJI .....	44
6.1. <i>NORMATIVNI OKVIR</i> .....	44
6.2. REAKCIJE SLOVENSKEGA SISTEMA VARSTVA PRED NALEZLJIVIMI BOLEZNIMI NA SARS.....	46
6.2.1. <i>Odkrivanje SARS-a</i> .....	47
6.2.2. <i>Izolacija in obvladovanje SARS-a v zdravstvenih zavodih</i> .....	50
6.2.3. <i>Ukrepi v javnosti za obvladovanje SARS-a</i> .....	52
6.2.4. <i>Preprečevanje prenosa SARS-a z mednarodnimi potovanji</i> .....	54
6.2.5. <i>Obveščanje</i> .....	55
7. ZAKLJUČEK.....	57
8. VIRI IN LITERATURA .....	61
9. PRILOGE .....	69

## 1. UVOD

*Iznajdljivost, znanje in organiziranost blažijo, a ne morejo odpraviti človekove ranljivosti pred invazijo zajedalskih oblik življenja. Nalezljive bolezni, ki so se pojavile pred človeštvom, bodo vztrajale tako dolgo kot človek, ter zagotovo kot doslej še naprej predstavljale enega temeljnih parametrov in determinant človeške zgodovine.*

William H. McNeill

*Vse kar povzroča negotovost, kaos, konflikte in vojne, je povezano z nacionalno varnostjo.*

Samuel R. Berger,  
Clintonov svetovalec za  
nacionalno varnost

Tisočletja se že človek bori s svojim okoljem in ga poskuša obvladovati. Kljub ogromnim uspehom pa ga stalno spremljajo nevarnosti iz tega istega okolja. Med njih štejemo tudi nalezljive bolezni, ki so bile v zgodovini človeštva temeljni generator njegove umrljivosti. Kuga, kolera, gobavost, tifus, črne koze, paraliza, davica, malarija, tuberkuloza in številne druge kužne bolezni so v zadnjih stoletjih terjale na milijone življenj, bile so hujši sovražnik kot preostale elementarne nesreče in vojne skupaj. Samo španska gripa je po prvi svetovni vojni, v kateri je umrlo okrog 14 milijonov vojakov, zahtevala preko 20 milijonov smrtnih žrtev.

Znanstveni napredek je z odkritjem zdravil in cepiv zmanjšal ogroženost razvitih držav pred nalezljivimi boleznimi, tako da so od šestdesetih let prejšnjega stoletja mnogi znanstveniki in zdravniki verjeli, da so te bolezni obsojene na propad. Uspeh z

zatrjem črnih koz je omenjene domneve le še potrdil, čeprav so patogeni mikrobi in zajedavci v nerazvitih državah, kjer je neustrezen socioekonomski položaj zagotavljal ploden inkubator za nalezljive bolezni, še naprej vsako leto ubili milijone ljudi. Zaradi pretiranega samozadovoljstva bogatih in s tem povezanega neupravičenega zanemarjanja epidemiologije in infektologije pa se je v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja kakovost varstva pred nalezljivimi boleznimi zmanjšala tudi pri njih. In v takšnih okoliščinah so se nato pojavile nove množične in nepričakovane epidemije infekcij.

Čeprav je npr. že Thomas Hobbes (v Fidler, 2003: 291) trdil, da mora država svojim državljanom zagotavljati fizično varnost pred zunanji in notranji oblikami ogrožanja, pa je tradicionalni koncept varnosti svet mikroorganizmov, ki nas obdaja, nam lahko prizadene gorje ali nas celo umori, bolj ali manj ignoriral. Dejstvo je, da se varnostni analitiki do konca hladne vojne niso resneje ukvarjali niti z biološkim orožjem, s katerim so nalezljive bolezni sicer neločljivo povezane, temveč so se osredotočali na razmerje med ameriškim in sovjetskim jedrskim in konvencionalnim orožjem. Prvi napredki pri povezovanju varnosti in nalezljivih bolezni so se pokazali v osemdesetih in prvi polovici devetdesetih let, ko so analitiki varnostnih študij začeli obravnavati tudi nevojaške grožnje, med njih pa uvrstili tudi nalezljive bolezni. Sovpadanje varnosti in nalezljivih bolezni pa je številne diskurze na državni, meddržavni, nevladni, pa tudi akademski ravni pritegnilo v drugi polovici devetdesetih. Temeljni vzroki za to so bili pustošenje pandemije AIDS-a v nerazvitem svetu, zaznava globalnega problema nalezljivih bolezni, ki so ali izbruhnile prvič ali pa se pojavljale znova, skrb zaradi širjenja biološkega orožja med nekaterimi državami ter zaradi povečanega strahu pred uporabo istega orožja s strani teroristov. Bistvo razprav o korelaciji nalezljivih bolezni in varnosti pa ni enoznačno, saj ga opredeljujejo dometi različnih perspektiv varnosti v kontekstu mednarodnih odnosov. Širša pojmovanja varnostne sfere pripisujejo nalezljivim boleznim znotraj nje bolj subtilno vlogo.

Ne glede na vlogo nalezljivih bolezni v okviru varnostne teorije pa nas njihovi izbruhi opozarjajo, da nikakor ne smemo pozabiti na vlaganja v varstvo pred nalezljivimi boleznimi, v preventivo, njihovo zgodnje prepoznavanje, nadzor nad njimi ter v zmožnost takojšnjega ukrepanja. K temu je pripomogla tudi prva epidemija 21. stoletja, epidemija SARS-a, ki je sprva nakazovala na uresničitev mračnih fantazijskih

napovedi umetnikov in bojazni epidemiologov, da se utegne v afriških pragozdovih pojaviti skrivnosten smrtonosen virus, ki bi se prenesel v svetovne megalopolise, kjer bi sejal razdejanje in tisoče smrti. Epidemija SARS-a, ki sicer ne izvira iz Afrike, temveč se je pojavila na Kitajskem, na srečo (še) ni sledila najbolj črnogledim scenarijem.

V Sloveniji primerov okužb s SARS-om nismo zabeležili. Zaradi narave nalezljivih bolezni, da lahko iz enega primera nastane epidemija, in ker nalezljive bolezni ne poznajo državnih meja, pa zahteva preprečevanje nastanka in širjenja nalezljivih bolezni in epidemij tudi pri nas stalno zagotavljanje primernih kadrovskih, materialnih in finančnih sredstev. V primeru nekontroliranega pojava bolezni in njenega razširjenja so stroški in posledice namreč neprimerno večji. Nalezljivim boleznim je potrebno torej tudi v Sloveniji nameniti posebno pozornost, saj SARS in druge nalezljive bolezni tudi nad nami in našo varnostjo lebdijo kot Damoklejev meč, grožnja, da se bodo enkrat razširile preko vseh dopustnih mej.



## **2. METODOLOŠKO-HIPOTETIČNI OKVIR**

### **2.1. PREDMET PROUČEVANJA**

V svoji nalogi bom obravnaval nalezljive bolezni kot sklop v sistemu virov ogrožanja. Pri tem se bom omejil zgolj na tiste bolezni, za katerimi obolijo ljudje, namenoma pa bom prezrl tiste, ki prizadanejo zgolj živali ali rastline, a jih kljub temu priznavamo kot grožnjo varnosti. Prav tako pa se ne nameravam podrobneje ustavljati ob AIDS-u, saj bom v ospredje postavil okužbe, ki so »bolj kužne«, kot je virus HIV, saj se prenašajo aergeno, preko zajedalcev ali insektov, telesen stik (kot pri prenosu HIV-a) pa ni nujno potreben.

V nadaljevanju se bom osredotočil na SARS. Na kratko bom opisal bolezen samo in raziskal, zakaj je grožnja varnosti. Pri tem se zavedam, da določene informacije niso javno dostopne, kajti nekatere države (očitki so namenjeni predvsem Kitajski) so zaradi različnih ožjih interesov prikrivale resnico o dejanskem stanju v zvezi z epidemijo.

V zaključni fazi pa bo predmet mojega proučevanja varstvo pred SARS-om in ostalimi nalezljivimi boleznimi v Sloveniji. Pri tem pa se ne bom omejil zgolj na zdravstvo, temveč tudi na normativne okvire, nadzor na mejah, lukah in letališčih, obveščanje in osveščanje javnosti ter znanstvenoraziskovalno sfero, ki so prav tako pomemben člen v verigi preprečevanja širjenja epidemij.

### **2.2. CILJI PROUČEVANJA**

V svoji nalogi želim osvetliti obstoj nalezljivih bolezni v sistemu virov ogrožanja in to podkrepiti z empiričnimi kazalci, ki se nanašajo na epidemijo SARS-a. S predstavitvijo ukrepov, ki so jih v tujini izvedli zaradi te bolezni, in njihovo evalvacijo ter analizo dejavnosti, ki so jih pri nas izvedli tisti, ki se soočajo z nalezljivimi boleznimi, pa želim oceniti pripravljenost Slovenije na izbruh takšnih ali podobnih epidemij oz. pandemij.

### 2.3. HIPOTEZE

1. Od začetka osemdesetih let prejšnjega stoletja se večja pojav in razširjenost nalezljivih bolezni, ki smo jih poznali že v preteklosti, mnogo nalezljivih bolezni pa so v istem obdobju odkrili povsem na novo.
2. Nalezljive bolezni, kot je denimo SARS, predstavljajo v današnjem obdobju redefinirane varnosti pomemben vir ogrožanja.
3. Slovenija na izbruh nalezljivih bolezni, kot je SARS, ni dobro pripravljena.

### 2.4. METODE DE LA

Prva etapa v izdelavi moje naloge bo zbiranje informacij in podatkov (metoda sistematičnega zbiranja virov), sledila pa bo analiza vsebine relevantnih virov (knjig, člankov v revijah, časopisih in na svetovnem spletu, dokumentov in vodenih intervjujev). Uporabil bom analizo teorije nalezljivih bolezni in varnosti, v delih, kjer bom predstavil zgodovinski pregled epidemij in kronologijo SARS-a, bom uporabljal kronološko metodo. S pomočjo sinteze analize vsebin želim izdelati model, s pomočjo katerega bom poskušal uvrstiti SARS k virom ogrožanja. V poglavju o slovenski pripravljenosti na epidemije bom uporabil primerjalno metodo, saj bom razmere pri nas primerjal s tistimi v tujini, prav tako pa tudi sistemski pristop, kajti z nalezljivimi boleznimi se mora soočati cel sklop akterjev, ki skupaj tvorijo zaključen sistem.

### 2.5. OPREDELITEV TEMELJNIH POJMOV

Epidemija je pojav nenavadno velikega števila bolnikov z določeno boleznijo v kakem kraju s tendenco k širjenju. Lahko se razširi na več držav ali na vso celino. Včasih je omejena na en zavod, npr. bolnišnico (Mikrobiološki slovar, 1994).

Epidemiologija je veda o pojavljanju in razširjenosti bolezni (Mikrobiološki slovar, 1994).

Izolacija je ukrep, s katerim bolnike, ki so se okužili z nalezljivo boleznijo, ločimo od zdravih oseb ter jim omejimo gibanje, s čimer zaščitimo zdrave osebe pred okužbo

(CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 45).

Karantena je ukrep, s katerim se omeji svobodno gibanje za obdobje najdaljše možne inkubacijske dobe in določi obvezne zdravstvene preglede zdravim osebam, ki so bile ali za katere se sumi, da so bile v stiku z nekom, ki je zbolel za nalezljivo boleznijo (CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 80).

Nalezljive bolezni so bolezenska stanja, ki se s širjenjem okužbe lahko prenašajo z enega človeka na drugega. Povzročitelji so mikroorganizmi (bakterije, virusi, glive in paraziti). Mikroorganizmi povzročajo bolezenske znake z izločanjem škodljivih snovi, ki delujejo na tkivo lokalno, lahko pa se razširijo po organizmu s krvnim obtokom in sprožijo bolezensko dogajanje v različnih organih. Nalezljive bolezni povzročajo le tisti mikroorganizmi, ki se razmnožujejo na človeku ali v njem, od človeka in mikroorganizma pa je odvisno, ali se bo bolezen tudi razvila. Oseba z okužbo je prenašalec, ki lahko ima simptome znakov okužbe ali pa tudi ne. Okužba se lahko prenaša na različne načine (s kužnimi kapljicami, z neposrednim in posrednim stikom z bolnikom in njegovimi telesnimi izločki ter z okuženo hrano in vodo) (Oxfordova Enciklopedija žive narave, 1995).

Pandemija označuje masovno obolevanje prebivalcev večih držav (širi se iz ene v drugo), tudi celin (Kosanović – Četković, 1974: 34).

Patogenost je potencialna sposobnost mikroba, da povzroči bolezen. Je genetična (dedna), stalna, nespremenljiva lastnost mikroorganizma (Ožbolt, 2002: 11).

Virulenca je stopnja patogenosti. Patogenost je lahko v različnih okoliščinah različno močno izražena. Patogen mikroorganizem je lahko zelo virulenten, srednje virulenten, slabo virulenten ali avirulenten (Ožbolt, 2002: 11).

## 2.6. RAZLAGA KRATIC

AIDS            Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti)

IVZ             Inštitut za varovanje zdravja

HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus imunske pomanjkljivosti)
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (Hud akuten respiratorni sindrom, tudi: Sindrom akutnega oteženega dihanja, Sindrom akutno oteženega dihanja, Sindrom oteženega dihanja, Sindrom hude dihalne stiske)
SARS-Cov	Severe Acute Respiratory Syndrome Associated Coronavirus (virus, ki povzroča SARS)
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZNB	Zakon o nalezljivih boleznih

### 3. NALEZLJIVE BOLEZNI

V tisočletjih sožitja s svetom mikroorganizmov, ki živijo znotraj in ob ostalih živih bitjih, so se med človekovim makroorganizmom in mikrobi izoblikovali določeni odnosi in načini medsebojne adaptacije, ki omogočajo to sožitje. Mnogo mikroorganizmov pravzaprav na ljudi sploh ne učinkuje, nekateri pa celo omogočajo njihovo preživetje. Sem uvrščamo npr. tiste, ki čistijo okolje, delajo zemljo bolj rodovitno, sodelujejo v živilski industriji ter tiste, ki v našem telesu producirajo vitamine. Le manjši del izmed njih povzroča bolezni.

Vendar pa do pojava nalezljivih boleznih pride le, če je izpoljenih pet pogojev, ki predstavljajo tako imenovano Vogralikovo verigo. Ti pogoji so: izvor ali rezervoar okužbe, pota širjenja okužb, vhodna vrata (klice lahko vstopajo v organizem skozi vso površino kože ter skozi površino vseh sluznic), število in vrsta klic ter odpornost človeškega organizma. S tem ko verigo kjerkoli presekamo, preprečimo širjenje nalezljive bolezni (Ožbolt, 2002: 11).

Povzročitelji nalezljivih boleznih pri ljudeh pripadajo različnim skupinam mikrobov, ki jih delimo na bakterije, viruse, rikecije,<sup>1</sup> in protozoe (praživali). Opozoriti pa je potrebno, da lahko nalezljive bolezni povzročijo tudi nekatere glive in gliste (Kosanović – Četković, 1974: 24 –25).

Okužba se lahko pridobi iz številnih različnih izvorov in rezervoarjev, najpogostejši izvori so bolni ljudje, ki se lahko nahajajo v različnih bolezenskih stadijih, ter živali. V stanju akutne oblike bolezni (bolezen je dobro opazna) bolniki običajno hitro širijo

---

<sup>1</sup> Bakterije reda Rickettsiales, ki se po velikosti uvrščajo med ostale bakterije in viruse (Mikrobiološki slovar, 1994).

klice. Bolezen pa lahko poteka tudi tiho, brez izrazitih kliničnih simptomov. Takšni bolniki se ne zavedajo svoje bolezni, zato so za okolico toliko bolj nevarni. Enako nevarni pa so tisti ljudje, ki so preboleli neizrazito nalezljivo bolezen in ostali dolgotrajni nosilci klic. Imenujemo jih klicenosci (Ožbolt, 2002: 12).

Klice lahko pridejo od rezervoarja okužbe do človeka po različnih poteh: z onesnaženo hrano, vodo, prstjo, zrakom, prahom, insekti ali preko človeka. Prenos preko slednjega je možen preko tesnega stika s klicenoscem (direktni kontakt) in preko okuženih predmetov. Glavni načini okužb so: inhalacija (respiratorne bolezni, pa tudi ošpice, mumps, rdečke, norice), ingestija (večinoma so to okužbe prebavnega trakta, lahko tudi otroška paraliza, hepatitis A), kontakt – preko rok, poljubljanje (glivična obolenja ...), spolni odnos (sifilis, gonoreja, genitalni herpes, klamidoze, hepatitis B in AIDS), inokulacija – vdor mikroorganizmov preko poškodovane kože, npr. ugriz živali, medicinski poseg ... (steklina, hepatitis B, C in AIDS), transmisivna pot, preko insektov, ki z ugrizom in sesanjem krvi prenašajo povzročitelje nalezljivih bolezni (malarija, klopni meningoencefalitis in lymška borelijoza) ter transplacentarni prenos (nekateri, predvsem virusne okužbe nosečnic se lahko prenašajo preko placente na plod) (Ožbolt, 2002: 12).

### 3.1. DEJAVNIKI NALEZLJIVIH BOLEZNI

Okolje, v katerem se nalezljive bolezni lahko razvijejo in zakoreninijo v družbo, predstavlja konvergenca raznih faktorjev. Konvergenčni model (ponazarja sovpadanje dejavnikov združenih v štiri temeljne domene, to so 1. genetski in biološki dejavniki, 2. dejavniki fizičnega okolja, 3. ekološki dejavniki in 4. socialni, politični ter ekonomski dejavniki, ter njihov vpliv na ljudi in mikrobo, ki se lahko odrazi v izbruhih nalezljivih bolezni (Hamburg, 2003: 55-60).

V okviru omenjenih domen pa avtorji navajajo naslednje individualne dejavnike nalezljivih bolezni, iz značilnosti katerih (večine izmed njih) je moč razbrati, da se bodo nalezljive bolezni vse bolj pogosto pojavljale tudi v prihodnosti:

- Prilagajanje in spremembe mikrobov

Mikrobi so zaradi selekcijskih pritiskov podvrženi nenehnim evolucijskim spremembam. S pomočjo teh strukturnih in funkcionalnih genetskih sprememb lahko

obidejo človekov imunski sistem in napadejo njegove celice, ogromen evlucijski potencial pa jih varuje pred najbolj učinkovitimi zdravstvenimi terapijami ter onemogoča razvoj učinkovitih cepiv (Hamburg, 2003: 53 –55; Brower, Chalk, 2003: 18-19).

- **Odpornost ljudi na infekcije**

Človeško telo je s številnimi fizičnimi, celičnimi in molekularnimi ovirami razvilo sistem, ki ga varuje pred infekcijami. Te pa ga lahko ogrozijo, če mikrobi obidejo te naravne obrambne mehanizme ali če je imunski sistem kako drugače oslavljen, npr. z genetsko pogojenimi boleznimi in nezadostno ter nepravilno prehranjenostjo (Hamburg, 2003: 60 –64; Likar, 1999: 37-38).

- **Podnebje in vreme**

Mnogo nalezljivih bolezní je ali močno pogojenih s kratkotrajnimi vremenskimi pojavi ali pa nakazujejo celo na možen vpliv dolgoročnih podnebnih sprememb. Podnebje lahko učinkuje na šíirjenje nalezljivih bolezní neposredno preko vplivov na reprodukcijo in gibanje (tudi evolucijo) patogenov in vektorjev. Ko imamo v mislih klimatsko pogojene ekološke spremembe in/ali vedenje ljudi, pa govorimo o posrednem vplivu podnebnih razmer na infekcijske bolezní (Hamburg, 2003: 65;)

- **Demografija in vedenje ljudi**

Nalezljive bolezní se lahko pojavljajo tudi zaradi vedenja ljudi (npr. spolne navade), ki večá njihovo izpostavljenost patogenom, ter zaradi dejstva, da se infekcije lažje širijo, ker število prebivalstva absolutno gledano nenehno narašča. Dodatni dejavnik so še demografske spremembe, kot so npr. urbanizacija in nastajanje megalopolisov ter staranje svetovne populacije. Veča pa se tudi delež prebivalstva, ki ima okrnjen imunski sistem zaradi kemoterapij, kroničnih bolezní ali okužbe z virusom HIV (Brower, Chalk, 2003: 26; Likar, 1999: 38).

- **Ekonomski razvoj in izkoriščanje tal**

Ekonomski razvoj ima lahko zaželjene, pa tudi nezaželjene vplive na okolje, ki se odražajo v ekoloških spremembah, le-te pa lahko spremenijo reprodukcijske in transmissijske vzorce patogenov. Naraščajoče število porajajočih se nalezljivih bolezní izvira tako tudi iz pogostejših stikov ljudi z živalskimi rezervoarji in iz spremenjenih načinov izkoriščanja tal (Hamburg, 2003: 69).

- Tehnologija in industrija

Nalezljive bolezni se pojavljajo tudi kot neposreden rezultat sprememb v tehnologiji in industriji. Napredek v medicinski tehnologiji, ki omogoča npr. transfuzijo krvi, presajanje organov in tkiv ter uporabo živalskih tkiv, predstavlja nove možne poti za prenos doočenih infekcij. K naraščanju nalezljivih bolezni prispeva tudi način vzreje živali za hrano, saj večkrat produkcijo povečujejo z antibiotiki, kar pa prispeva k odpornosti mikrobov na antibiotike (Hamburg, 2003: 88).

- Mednarodna potovanja in trgovina

Vedno večja mobilnost ljudi, živali, hrane in ostalih dobrin z mednarodnimi potovanji in trgovino vodi do širitve patogenov in njihovih vektorjev po celem svetu. Mikrobi, ki se kolonizirajo brez vsakršnih simptomov ali pa lahko okužijo in se prenašajo v času, ko je infekcija še asimptomatska, se s pomočjo gostitelja, ki potuje in ne more vedeti, da je nosilec, zlahka širijo. Patogeni v hrani (npr. »meso norih krav«) se lahko prav tako nenamerno dostavljajo preko meja, vektorji tropskih bolezni pa se zlahka prenašajo v prostorih letal za prtljago in kolesa (Brower, Chalk, 2003: 14-16; Likar, 1999: 163).

- Slabitev javnega zdravstva

Nezadostni zdravstveni ukrepi ali celo njihova odsotnost, še posebej pomanjkanje pitne vode, neurejene sanitarne razmere in nezadovoljiva osebna higiena, dramatično vplivajo na pojavljanje in obstoj nalezljivih bolezni po celem svetu. Nazadovaje javnega zdravstva v razvitih državah se odraža v problemih s produkcijo zadostnih zalog cepiv, v imunizacijskih stopnjah, ki so za mnoge populacijske skupine pod želeno ravni, ter v nezadostnem posvečanju nadzoru nad vektorji določenih nalezljivih bolezni (Hamburg, 2003: 107).

- Revščina in socialne neenakosti

Hkrati z dejstvom, da imajo nalezljive bolezni obsežne ekonomske posledice, pa ima družbena neenakost, ki v večini izhaja iz revščine, temeljni vpliv na pojavljanje teh bolezni. Smrtnost zaradi nalezljivih bolezni je namreč tesno povezana s transnacionalnimi neenakostmi v dohodkih. Globalni ekonomski trendi pa ne zaznamujejo zgolj osebnih razmer in z njimi povezane dovzetnosti za nalezljive bolezni, marveč tudi strukturo in razpoložljivost javnih zdravstvenih inštitucij potrebnih za zmanjšanje tveganj (Hamburg, 2003: 121).

- Vojne in lakota

Vojne in lakote so med sabo tesno povezani pojavi, ki vplivajo tudi na širjenje infekcijskih bolezni. Opravljanje dolžnosti med vojno, s tem povezana nezadostna in nepravilna prehrana, ter pogost zlom javnega zdravstva v takšnih primerih pogosto privedejo do pojava in širjenja nalezljivih bolezni, kot so malarija, kolera in tuberkuloza (Hamburg, 2003: Likar, 1999: 37).

- Pomanjkanje politične volje

Če hočemo doseči napredek v nadzoru nalezljivih bolezni, ni zadostna zgolj politična volja vlad v regijah z najbolj razširjenimi boleznimi, temveč je potrebno tudi sodelovanje korporacij, uradnikov, zdravstvenih strokovnjakov ter prebivalcev bogatih regij, saj si načeloma vsi delimo enako globalno mikrobno pokrajino. Samozadovoljstvo, ki se je v razvitih državah pojavilo na področju ocen ogroženosti zaradi nalezljivih bolezni, moramo opustiti, če ne želimo izgubiti priložnosti, da zmanjšamo globalne tegobe zaradi infekcij (Hamburg, 2003: 127).

- Namensko povzročanje nalezljivih bolezni

Današnji svet je zelo občutljiv na morebitne biološke napade, njegova verjetnost pa je čedalje višja. Sistemi javnih zdravstev bi zato morali biti pripravljene na različne biološke agense, ki predstavljajo grožnjo nacionalni varnosti, saj lahko ubijejo množice in zakrivijo družbeni razkroj (Hamburg, 2003: 130).

Prepoznavanje načinov, kako dejavniki pojavljanja nalezljivih bolezni konvergirajo in s tem spreminjajo dovzetnost za nalezljive bolezni, je temeljnega pomena za razvoj in implementacijo učinkovitih strategij preventive in nadzora. Zaznavanje in reagiranje na globalne grožnje nalezljivih bolezni je ekonomski, humanitarni in nacionalnovarnostni interes vsake države, predvsem pa je bistveno za zdravje njenih državljanov.

## 3.2. KRONOLOGIJA NALEZLJIVIH BOLEZNI

### 3.2.1. Do prvega epidemiološkega prehoda

Populacije naših evolucijskih prednikov, ki so v dobi paleolitika kot majhne trume nomadskih nabiralcev poseljevale afriške savane, so bile verjetno premajhne in preveč razkropljene, da bi podpirale akutne nalezljive patogene, še posebej tiste, za



katere so bili naši predniki edini bazen. Predvidevajo, da respiratorne infekcije v času razpršenih paleolitskih populacij niso bile prisotne, prav tako je malo verjetno, da so zgodnje človeške skupine ogrožale bolezni, kot so koze, mumps, ošpice (Barrett, 1998: 248).

### 3.2.2. Prvi epidemiološki prehod

Pred okrog 10000 leti pa se je v skoraj vseh družbah pojavil prehod od nomadskega lova in nabiralništva k stalni naselitvi in primarni produkciji hrane. Ta prehod je povzročil spremembe v človeški socialni organiziranosti, prehranjevanju, demografiji in obnašanju, kar je skupaj doprineslo k pogojem, ki so zoonoznim infekcijam omogočili preskok na človeka, že prej obstoječim človeškim patogenom pa preoblikovanje v bolj virulentne oblike. Obdobje povečanja smrtnosti zaradi nalezljivih bolezni, ki so porasle zaradi omenjenih sprememb, imenujemo prvi epidemiološki prehod (Barrett, 1998: 249).

Obdobje do drugega epidemiološkega prehoda je zaznamovalo več uničujočih epidemij oz. pandemij. Leta 430 p. n. š. je v Atenah izbruhnila kuga (imenujejo jo tudi Tukididova), ki so jo preko Egipta prinesli iz Etiopije. Bolezen je pobila skoraj tretjino prebivalstva in končala zlato dobo Aten. Od leta 165 pa do 180 n. š. je po Rimskem imperiju pustošila Antoninova ali Galenova kuga, ki so jo vojaki prinesli iz Sirije. Bolezen je opustošila imperij ter ubila 4 do 7 milijonov ljudi po vsej Evropi. Justinijanova kuga se je v valovih pojavljala od leta 531 do 580, ocenjujejo pa, da je pokosila polovico prebivalstva Vzhodnega rimskega cesarstva in oslabilo njegovo obrambno moč za boj proti Germanom. Pandemija taiste bolezni, ki je razsajala med leti 1346 in 1350, se je začela na Kitajskem, vzdolž trgovskih poti pa se je razširila tudi po Evropi in severni Afriki. Zaradi nje naj bi umrla več kot četrtina prebivalstva takrat poznane sveta. Tudi po tem se je v Evropi kuga občasno pojavljala vse do konca 18. stoletja (Bayer Pharmaceuticas Corporation: A Brief History of Infectious Disease; Mihaljević, 1985: 5 - 6).

Ko se je leta 1492 Kolumb zasidral na Karibih, so med domačini, ki niso bili imuni na endemične evropske bolezni, izbruhnile gripa, črne koze, tuberkuloza in kapavica. Kot posledica teh epidemij je samo na otoku Hispanola umrlo 8 milijonov ljudi. Z nadomeščanjem zaradi epidemij zdesetkane lokalne populacije z afriškimi sužnji pa so na Karibe in v obe Ameriki prišle afriške nalezljive bolezni, kot sta malarija in rumena mrzlica. Zaradi njih je umrlo tudi mnogo evropskih naseljencev. V 16. stoletju

je zaradi prihoda Špancev tudi po Srednji in Južni Ameriki sledilo podobno opustošenje evropskih in afriških epidemij. Število Mehičanov se je predvsem zaradi infekcijskih bolezni zmanjšalo za 33 odstotkov v 10 letih in za 95 odstotkov v 75 letih. (Brundtland, 2000: 6). Malarija, rumena mrzlica in griža so v obdobju zgodnje trgovine oteževale trgovino z afriškim kontinentom zaradi velikega števila teh »novih« bolezni. Vpliv na trgovce in vojake je bil tako velik, da so Afriko imenovali »grob« belega človeka” (Bayer Pharmaceuticas Corporation: A Brief History of Infectious Disease).

### 3.2.3. Drugi epidemiološki prehod

Drugi epidemiološki prehod približno sovpada z industrijsko revolucijo sredi 19. stoletja v Evropi in Severni Ameriki. Zaznamuje ga opazno zmanjšanje smrtnosti zaradi nalezljivih bolezni v razvitih državah. Ta upad nalezljivih bolezni v 19. in 20. stoletju je pogosto omenjen kot objektivni razpoznavni znak napredka moderne civilizacije, produkt napredka v medicini in tehnologiji razvitih držav, ki se naj bi sčasoma razširil tudi v manj razvite družbe (Barrett, 1998: 249).

Vseeno pa tudi v obdobju med drugim in tretjim epidemiološkim prehodom razvite države niso bile povsem varne pred nalezljivimi boleznimi. V zadnjih dveh in pol stoletja je planet npr. previhralo 10 do 20 pandemij gripe, najhujše med njimi so bile v prejšnjem stoletju leta 1918, 1957, 1968 in 1977. Najvišji davek je terjala španska gripa v letih 1918 in 1919, ki je povzročila 20 do 25 milijonov smrti (okrog pol odstotka vseh Zemljanov), prizadela pa je 200 milijonov ljudi. Umirali so predvsem mladi, ki gripe v preteklosti še niso preboleli (Likar, 1981: 126-127; Likar, 1999: 26, 29, 99).

### 3.2.4. Tretji epidemiološki prehod

Sedanji fenomen nalezljivih bolezni naznanja tretji epidemiološki prehod, ki ga zaznamujejo trije temeljni trendi. Prvič, od osemdesetih let prejšnjega stoletja je bilo odkrito neprimerljivo veliko število novih bolezni, ki signifikantno prispevajo k umrljivosti; drugič, prisoten je povečan pojav in razširjenost nalezljivih bolezni, ki smo jih poznali že v preteklosti, a smo menili, da jih imamo pod nadzorom, kot tretje pa je značilno, da je mnogo teh že prej poznanih patogenov razvija odpornost na antibiotike in kemoterapevtike hitreje kot znanost nova zdravila zoper njih (Barrett, 1998: 249).

Prekomerna optimizem ter samozadovoljstvo šestdesetih in sedemdesetih sta se končala leta 1981 z odkritjem AIDS-a. Pandemija te bolezni je od takrat preplavila kontinent za kontinentom ter terjala grozovit davek. V zadnjih dveh desetletjih se je pojavilo vsaj 33 povsem novih patogenov, ki ogrožajo človeško zdravje<sup>2</sup> (Price-Smith, 2001: 4-5). Možno je sicer, da je število tudi posledica izboljšane detekcije patogenov in ne zgolj dejanskega pojavljanja novih, a ne glede na to ostaja dejstvo, da za večino izmed njih še ne poznamo učinkovitega cepiva ali zdravila, prav tako pa je zelo omejena sposobnost, da bi nalezljive bolezni, ki jih povzročajo, napovedovali, preprečevali ali nadzirali. Najbolj znani primeri novih nalezljivih bolezni so poleg AIDS-a še ebola,<sup>3</sup> Creutzfeldt-Jakobova bolezen zaradi BSE, hepatitisa C<sup>4</sup> in E, hantan pljučni sindrom,<sup>5</sup> legioneloza, enterohemoragična driska coli 0157:H7 ter ptičja gripa H5N1 (Kelley, 2000: 62; Kraigher in drugi, 1999: 266; Lederberg, 2000).

Med nalezljive bolezni, katerih incidenca se ponovno povečuje, sodijo tuberkuloza, davica, kolera, kuga, streptokokne in meningokokne okužbe v novih, še bolj nevarnih oblikah (Kraigher, Hočevnar-Grom, 1997: 73). Tuberkuloza se pogosteje pojavlja predvsem v bivših socialističnih državah vzhodne Evrope, v prvi polovici devetdesetih so se v bivši Sovjetski zvezi soočali z epidemijo davice, v nekaterih državah pa je dramatično naraslo tudi število že poznanih spolno prenosljivih bolezni, kot sta sifilis in gonoreja (Kraigher in drugi, 1999: 267).

Od začetka zdravljenja nalezljivih bolezni z antibiotiki in kemoterapevtiki narašča število manj občutljivih ali rezistentnih sevov bakterij<sup>6</sup> in tudi virusov, s čimer v zadnjem času izgubljam prednost v boju proti povzročiteljem nalezljivih bolezni. Protimikrobna rezistentnost je sicer biološki fenomen, a hkrati indikator dejstva, da groženj nalezljivih bolezni ne jemljemo resno. Opominja, da smo se s prekomerno uporabo v razvitih državah in zlorabo ali nezadostno uporabo v nerazvitem svetu napačno lotili dragocenega arzenala zdravil proti nalezljivim boleznim. Neracionalna uporaba močnih antibiotikov v preteklosti se odraža v manjši učinkovitosti zdravil v

---

<sup>2</sup> Priloga A prikazuje nalezljivih bolezni, katerih prisotnost se je po letu 1990 vnovič povečala oz. so jih po tem letu odkrili na novo.

<sup>3</sup> Bolezen se je iznenada pojavila v Sudanu in Zairu leta 1976, v taisti državi je izbruhnila še leta 1995. Pred nedavnim so poročali o novih žariščih te bolezni.

<sup>4</sup> Povzročitelja te bolezni je znanstvenikom uspelo identificirati šele proti koncu osemdesetih.

<sup>5</sup> Za zdaj bolezen še ni bila zaznana izven Severne ali Južne Amerike.

<sup>6</sup> Med njimi npr. multirezistentni sevi, ki povzročajo tuberkulozo, kolero, gonorejo.

sedanjosti. Nekateri strokovnjaki govorijo celo o »post-antibiotični« dobi (Brundtland, 2000: 9; Kraigher in drugi, 1999: 267).

## 4. NALEZLJIVE BOLEZNI IN VARNOST

### 4.1. OPREDELITEV VARNOSTI

Ko govorimo o nalezljivih boleznih kot grožnji varnosti, moramo najprej razčistiti s vprašanjem, kaj varnost sploh je. Pri tem se moramo opreti na dve tezi, ki sta prisotni v večini sodobnih znanstveno-strokovnih delih o varnostni problematiki: da je varnost še zmeraj nejasen pojem in da je danes nujno prevrednotenje varnosti v smislu razširitve njenega tradicionalnega ali konvencionalnega pojmovanja (Lubi, 2003: 161).

Ko govorimo o varnosti, imamo po Buzanovem mnenju običajno v mislih (prizadevanje za) odsotnost groženj določenemu subjektu, npr. samostojni identiteti in funkcionalni integriteti v primeru države (ibidem). Grizold (1999: 23) je varnost opredelil kot stanje, v katerem je zagotovljen uravnotežen fizični, duhovni in duševni ter gmotni obstoj posameznika in družbene skupnosti v razmerju do drugih posameznikov, družbenih skupnosti in narave. Navedena definicija pa ne opisuje obstoječe entitete, temveč teži k opisu idealnega stanja, iz katerega lahko izpeljemo zavestno prizadevanje (dejavnost) za njegovo vzpostavitev in organizacijsko obliko (sistem), po katerem se ta dejavnost uresničuje. Varnost je torej imanentna strukturna prvina družbe, ki zajema tako stanje oz. določeno lastnost stanja kot tudi dejavnost oz. sistem<sup>7</sup> (ibidem).

Zagovorniki alternativnega pojmovanja varnosti izhajajo iz prepričanja, da je v luči številnih globalnih sprememb po koncu hladne vojne, ko je spekter starih in novih groženj<sup>8</sup> nadomestil dominantno pretnjo jedrskega spopada med Vzhodom in Zahodom, tradicionalno realistično pojmovanje varnosti, ki jo omejuje le na njeno nacionalno (državno) raven in vojaško dimenzijo vse bolj sterilno in neustrezno ter

---

<sup>7</sup> Varnost lahko razumemo še kot vrednoto, cilj, splošno potrebo in kot občutek (Lubi, 2003: 162 - 163).

<sup>8</sup> Rohan Gunaratna (2001: 46) kot najnevarnejše grožnje po hladni vojni navaja terorizem, prepovedana orožja, proliferacijo kemične, biološke radiološke in jedrske tehnologije, nedovoljene migracije, proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, organizirano gangstersko izsiljevanje in pranje denarja, računalniški kriminal, nalezljive bolezni, okoljske grožnje ter piratstvo na morjih.

terja prevrednotenje standardnih definicij varnosti<sup>9</sup>. Zaradi tega postavljajo alternativni pristopi proti državocentričnemu strateškemu redukcionizmu svoje razumevanje varnosti, ki je razširjeno z vidika ravni oz. subjektov varnosti, dimenzij varnosti in odgovornosti za njeno zagotavljanje. Potemtakem danes širitev pojma varnost nastopa v treh glavnih oblikah: prvič, od nacionalne ravni varnosti navzdol na raven varnosti posameznika; drugič, od nacionalne ravni varnosti navzgor na raven varnosti mednarodne skupnosti in tretjič, od vojaške dimenzije na politično, ekonomsko, socialno in ekološko dimenzijo. K navedenim trem oblikam razširitve pa lahko kot posebno obliko dodamo še razširitev odgovornosti za zagotavljanje varnosti navzgor na mednarodne institucije, navzdol na regionalne in lokalne nosilce oblasti ter nastran na nevladne organizacije, javno mnenje, medije in celo abstraktne sile trga (Lubi, 2003: 163).

V prvih dveh navedenih oblikah širitve pojma varnost se širitev nanaša na entiteto (naslovnika), ki je deležna varnosti. Varnosti se ne omejuje več domala izključno na državo, ampak vključuje tudi človeka kot posameznika na najnižji in svetovno skupnost (družbo) na najvišji ravni. Sodobna varnostna paradigma se v tem okviru obravnava v obliki štirih<sup>10</sup> temeljnih konceptualnih okvirov in sicer individualne varnosti, nacionalne varnosti, mednarodne varnosti in globalne varnosti (Grizold, 1999: 28).

Vendar se je potrebno zavedati, da država zaradi anarhičnosti mednarodne skupnosti še zmeraj v veliki meri opredeljuje razmere, v katerih se zagotavlja varnost tako na individualni (osebni) kot sistemski (mednarodni) ravni. Zato je država osrednji naslovnik varnosti. V tem je tudi razlog za dominantni položaj nacionalne varnosti v celotni varnostni problematiki (Lubi, 2003: 164; Benko, 2000:161; Buzan,1991: 59).

Tretja zgoraj navedena oblika širitve pojma varnost, ki razteza njegovo vsebino v horizontalni smeri, poudarja sodobno multidimenzionalno razumevanje varnosti. Po razpadu bipolarne ureditve sveta se namreč vojaška ogroženost umika nevojaški. V ospredje stopajo drugi viri ogrožanja, ki so obstajali že prej, vendar je šele manjša verjetnost obsežnejšega vojaškega spopada omogočila zaznavo njihovega pomena.

---

<sup>9</sup> Richard Ullman (v Price-Smith, 2001: 10) npr. trdi, da "definiranje varnosti zgolj z vojaškega vidika vodi do popolnoma napačne percepcije realnosti. Povzroča, da se države osredotočajo zgolj na vojaške grožnje, ignorirajo pa ostale, mogoče celo bolj nevarne".

<sup>10</sup> Buzan svoje razmišljanje o varnostni problematiki strukturira v tri ravni: prvo predstavlja posameznik, drugo država in tretjo mednarodni sistem (mednarodna skupnost).

(Malešič, 1998, 5) Bistvo te širitve pojma varnosti je prepričanje, da na varnost človeških združb in posameznika v njih vplivajo dejavniki, ki pripadajo petim glavnim področjem: vojaškemu, političnemu, ekonomskemu, socialnemu in ekološkemu (okoljevarstvenemu). Tako večina sodobnih znanstvenih in političnih razprav o varnostni problematiki upošteva pet glavnih dimenzij ali oblik varnosti: vojaško, politično, ekonomsko, socialno in ekološko (Lubi, 2003: 165; Buzan, 1991: 19; Lee, McInnes, 2002: 8). S tem je zavrnjeno tradicionalno realistično pojmovanje, da je varnost izključno vojaški pojav.

#### 4.2. OPREDELITEV GROŽNJE VARNOSTI

V strokovni literaturi, ki se ukvarja s sedanjo in prihodnjo varnostjo v mednarodni skupnosti, je mogoče poleg besedne zveze grožnja varnosti zaslediti še sorodne termine varnostni izziv, varnostno tveganje, negotovost in nevarnost, ki izražajo različne pomenske odtenke varnostnih vprašanj. Pravilnost njihove uporabe je odvisna od verjetnosti ter intenzivnosti stika med varnostno zanimivim pojavom (ali procesom), ki negativno spreminja oz. znižuje doseženo raven posameznikovega in/ali družbenega življenja in subjektom, ki se z njim (lahko) sooča (Kotnik - Dvojmoč, 2002: 213 – 214).

O varnostni negotovosti govorimo takrat, ko se pojavi vsaj minimalna možnost, da pride do takšnega stika, o grožnjah varnosti in še posebej nevarnosti pa takrat, ko dejansko že prihaja do negativnega spreminjanja oz. znižanja dosežene ravni kakovosti posameznikovega in/ali družbenega življenja. Za opredeljevanje varnostnih problemov prihodnosti sta najpogosteje uporabljana termina tveganje in grožnja. Medtem ko sta izraza negotovost in izziv preveč splošna in se uporabljata predvsem za opredeljevanje splošnega stanja na varnostnem področju, pa je termin nevarnost rezerviran za poimenovanje zelo realnih in zelo intenzivnih varnostnih problemov, zato ni primeren za opredeljevanje varnostnih primerov prihodnosti (ibidem).

Sam sem na osnovi zgoraj navedenega presodil, da bi bilo najustrezneje nalezljive bolezni z vidika, ki ga obravnavam v nalogi, umestiti med grožnje varnosti. Negotovost, izziv in tveganje po mojem mnenju dajejo nalezljivim boleznim kot varnostnemu vprašanju premajhno težo oz. pomen, hkrati pa (zaenkrat) kljub izredno

resnim varnostnim posledicam obravnavane epidemije SARS-a občutim opredelitev nalezljivih bolezni kot nevarnosti za pretirano.

#### 4.3. ŠTIRI PARADIGME VARNOSTI IN NJIHOVO VIDENJE NALEZLJIVIH BOLEZNI

Po hladni vojni narašča zanimanje za proučevanje povezanosti med nalezljivimi boleznimi, zunanjo politiko in varnostjo. Vedno bolj pomemben postaja način, s katerim globalne grožnje (kot nasprotje bivšega ideološkega sovražnika) ogrožajo prosperiteto, stabilnost in preživetje države. Mikrobiološke grožnje ogrožajo (nacionalno) varnost prav toliko kot migracije, pomanjkanje virov in degradacija okolja, ne upoštevajo mednarodnih meja ter jih je težko spremljati in obvladovati. Predstavljajo resničen globalni izziv, kot to pa se morajo soočiti z mednarodnim sodelovanjem.

V dvajsetem stoletju so se uveljavile mnoge teoretične šole, ki so se ukvarjale z delovanjem akterjev mednarodnih odnosov, mednarodnimi političnimi in ekonomskimi odnosi, razvile pa so tudi lastne koncepte varnosti. V nadaljevanju bom opisal, kako štiri take varnostne perspektive, in sicer koncept realpolitike, skupne varnosti, človeške varnosti in ekološke varnosti (Lee, McInnes, 2002: 6) pojmujejo razmerje med nalezljivimi boleznimi in varnostjo.

##### 4.3.1. Realpolitika (Realpolitik)

Realpolitika, ki ima svoje korenine v delih Hobbesa in Machiavellija, se je uveljavila konec tridesetih in v štiridesetih letih prejšnjega stoletja. Sloni na teoriji političnega realizma, ki predvideva, da so mednarodni odnosi anarhični, saj suverene države z monopolom nad legitimno uporabo sile nad sabo ne priznavajo nobene višje avtoritete. Države so torej žarišče mednarodnih odnosov, med sabo pa tekmujejo za omejene vire, zaradi česar realizem mednarodnim odnosom pripisuje tudi atributa tekmovalnosti in konfliktnosti. Sodelovanje držav je možno zgolj zaradi njihovih preračunljivih vzgibov, saj je samopomoč edina zanesljiva strategija. Sem gre šteti ustvarjanje koalicij in protikoalicij ter vodenje diplomacij, vse pa je v funkciji maksimiranja nacionalnega interesa, ki se izraža v maksimiranju moči, s katero na račun drugih zagotavljajo svoje preživetje in varnost. Mednarodni odnosi so torej igra

ničelne vsote, ena država lahko postane močnejša zgolj na račun druge. Med dejavnike moči sodijo naravna bogastva, industrijska raven, vojaške zmogljivosti, število prebivalstva, nacionalne posebnosti in moralo prebivalstva, sposobnost diplomacije in vlad ter tudi stabilnost političnega sistema (Lee, McInnes, 2002: 6; Fidler, 2003:801).

Zaradi omenjene osrednje vloge držav realpolitika varnost definira kot nacionalno varnost, varnost države, ki je omejen vir, za katerega tekmujejo vse države, a ga nobena ne more užiti v celoti. Kot sem že omenil, nacionalno varnost zagotavlja moč države (predvsem grožnja uporabe ali dejanska uporaba fizične, vojaške, sile). Zaradi pomanjkljivega vedenja o razmišljanjih in načrtovanih postopkih morebitnih sovražnikov se pri državah rojeva nezaupanje, strah in občutek nevarnosti. Če je nezaupanje vzajemno, se pojavi dinamičen odnos, ki na obeh (vseh) straneh krepí strah pred nasprotnikom(-ki). Nastopi stanje, ki ga poznamo pod poimenovanjem varnostna dilema. Notranja politika, kultura ter ostala področja znotraj države realiste zanimajo zgolj v primeru, če se nanašajo na zmogljivosti, ki jih države potrebujejo za dvig v mednarodni hierarhiji igre politike moči. Zaradi odsotnosti vrhovne oblasti, večnega spopadanja protislovnih vrednot, tekmovanja za ekonomske in druge vire ter dejstva, da je racionalno zagotoviti si zadostna vojaška sredstva za zaščito lastnih varnostnih interesov, je vojna družbi inherentna. Na srečo pa mednarodno pravo, ravnotežje moči in strah pred njo preprečujejo, da bi se uporabljala univerzalno. Realisti so razvili tudi teorijo hegemonistične stabilnosti, v skladu s katero naj bi ena hegemonistična sila svetu zagotavljala ekonomsko stabilnost in mednarodno varnost, kot primer pa navajajo Pax Britanico do konca Napoleonovih vojn ter Pax Americano (Lee, McInnes, 2002: 6-7; Malešič, 1994:98-99).

Realisti, ki so bili osredotočeni na nacionalne vojaške in ekonomske interese, so na tej osnovi proučevali tudi nalezljive bolezni, predvsem njihov vpliv na oborožene sile ter biološka orožja. V tem kontekstu je npr. ameriški Nacionalni obveščevalni svet analiziral vprašanja nalezljivih bolezni kot potencialne grožnje nacionalni varnosti (Lee, McInnes, 2002: 7). Pomembno pa je, da kot temeljna optika pri opazovanju tega vprašanja ostaja ortodoksno vztrajanje na politiki moči, nacionalnih interesih ter tipih političnih instrumentov, ki so potrebni za njihovo podpiranje. Zaradi tega realpolitični koncept v primerjavi z v nadaljevanju predstavljenimi paradigmi pripisuje nalezljivim boleznim najmanj senzitivno vlogo, tako z vidika nalezljivih



bolezni kot neposrednih groženj, kot tudi z zornega kota posrednih groženj varnosti. Neposredne grožnje nacionalni varnosti predstavljajo nalezljive bolezni zaradi njihove zmožnosti spodkopavanja vojaških, ekonomskih ter političnih zmogljivosti in s tem temeljev moči države. Posredne grožnje pa se manifestirajo, ko nalezljive bolezni v drugih regijah povzročijo vojaško, politično in ekonomsko nestabilnost, ki kvarno vpliva na strateške interese ostalih držav. (Lee, McInnes, 2002: 44; Fidler, 2002: 9; Fidler, 2003: 820 - 825).

#### 4.3.2. Skupna varnost (Common Security)

Čeprav je realpolitična perspektiva v obdobju po drugi svetovni vojni imela znotraj varnostnih študij osrednje mesto, pa so v sedemdesetih in osemdesetih letih kritiki opozarjali na njeno neustrezno obravnavo varnosti v medsebojno vse bolj odvisnem in globaliziranem svetu. Varnostne diskusije so razcvet doživele po koncu hladne vojne, iz tega obdobja pa izvira tudi perspektiva skupne varnosti, ki zavrača realpolitično povečevanje državne moči, še posebej vojaške, ter poudarja, da se države soočajo tudi z grožnjami, ki jih je realistični koncept zanemaril. Prvenstveno opozarja na ekonomske in okoljske probleme. Države še vedno ostajajo osrednji subjekt paradigme, z razliko od realistične perspektive pa se znotraj koncepta skupne varnosti prepozna tudi mesto posameznika. Zanikan je pomen samopomoči, nadomešča ga sodelovanje med državami, ki temelji na stvarnem razumevanju groženj, ki jih obdajajo. Načelo o zagotavljanju lastne varnosti v škodo varnosti drugih koncept skupne varnosti nadomešča z načelom lastne varnosti skupaj z drugimi. V tem smislu je ideja o skupni varnosti rezultat spoznanja o medsebojnem vplivu dveh temeljnih značilnosti mednarodnega političnega konteksta za zagotavljanje varnosti, in sicer anarhičnosti, ki narekuje stalno skrb za nacionalno varnost, in visoke stopnje soodvisnosti vseh akterjev sodobne mednarodne skupnosti (Lubi, 2003: 170 – 171; Lee, McInnes, 2002: 7).

Očitno je torej, da skupna varnost sloni na dediščini liberalizma, ki poudarja sožitje in interakcijo množice politično aktivnih skupin v svetovnem sistemu ter posledično vprašanji pogajanj in regulacije odnosov. Po mnenju teoretikov liberalizma sta doktrina »laissez faire« in mednarodna delitev dela boljši sredstvi za dosego napredka in varnosti kot močna država. Kombinacija demokracije in tržnega kapitalizma namreč zagotavlja uspešno alternativno metodo za dosego varnosti, ker

demokratične metode uveljavljajo spoštovanje pravne države in zagotavljajo temelj za vsesplošno moralno in politično soglasje med državami. Sredstva za reševanje morebitnih preostalih konfliktov so zagotovljena in niso nasilna, saj ekonomske koristi v miru odtehtajo morebitne koristi v vojni (Lee, McInnes, 2002: 7; Malešič, 1994: 100-101).

Liberalna teorija, ki zavzema optimistični pogled na človeško naravo, v zvezi z nalezljivimi boleznimi ponuja boljšo teoretično zasnovo kot realizem. V okviru te perspektive predvsem zaradi ekonomskih implikacij, ki jih epidemije imajo, resneje obravnavajo nalezljive bolezni (kot neposredne in kot posredne grožnje), zdravstveni razvoj (tudi na epidemiološkem področju) pa pojmujejo kot del širših prizadevanj za preprečevanje nestabilnosti in negotovosti, prav tako predvsem znotraj konteksta revščine. Liberalne rešitve v zvezi s tovrstnimi boleznimi obsegajo globalen multilateralen zdravstveni režim, ki skuša preprečevati, spremljati in nadzorovati širjenje epidemij. Unilateralna, izolacionistična prizadevanja za omejitev širjenja nalezljivih bolezni znotraj lastne države so namreč v skladu s konceptom skupne varnosti na dolgi rok omejena, kajti nalezljive bolezni so fenomen, ki meja ne pozna (Price-Smith, 2001: 11 – 12; Lee, McInnes, 2002: 7, 44; Fidler, 2002: 10).

#### 4.3.3. Človeška varnost (Human Security)

Tretja perspektiva, človeška varnost, se je pojavila neposredno po koncu hladne vojne. Osnovana je na zapuščini Marksa in Engelsa, na njuni politiki nadvlade in odvisnosti (Lee, McInnes, 2002: 7). Ta politika vidi državo v posebnem strukturnem odnosu do prevladujočih ekonomskih in političnih interesov, ki jo uporabljajo kot sredstvo za uresničevanje svojih ciljev. Dejanski akterji svetovne politike so torej prevladujoči razredni ali ekonomski interesi, tisti, ki so znotraj globalne strukture v odvisnem položaju, pa ne morejo razviti zmogljivosti za avtonomno akcijo, dokler ne bo prišlo do temeljne preobrazbe. Ker so nasprotja notranja lastnost kapitalističnih družb, mora vladajoči razred na notranjem in mednarodnem področju za ohranjanje svojega položaja uporabiti silo (Malešič, 1994: 101 – 102).

Tudi sam koncept človeške varnosti je do obstoječe strukture in dinamike mednarodnih odnosov precej bolj kritičen kot koncept skupne varnosti. Z razliko od zgornjih dveh pristopov (realpolitika, skupna varnost), ki sta skušala zavarovati

integriteto države, zagovorniki perspektive človeške varnosti poudarjajo na ljudi orientirana prizadevanja za zagotavljanje njihovih temeljnih potreb, kot so hrana, stanovanje, izobrazba in zdravje. Premaknili so težišče z države proti potrebam in kvaliteti življenja posameznikov in skupnosti.<sup>11</sup> Dvomijo, da so države in njihove koalicije zmožne zagotavljati k ljudem usmerjeno varnost, hkrati pa opozarjajo na nujno po nedržavnih akterjih ter nadnacionalnih socialnih gibanjih, ki naj bi prispevala k solidarnosti tudi preko državnih meja. Varnost se naj doseže na globalni ravni s pomočjo nadnacionalnih odnosov, ki so usmerjeni k ljudem in z njihove strani tudi vodeni (Brower, Chalk, 2003: 4 – 7; Lee, McInnes, 2002: 7)

Koncept človeške varnosti se tudi v zvezi z epidemijami distancira od državocentričnosti ter konvergira k posamezniku. Bistvo nalezljivih bolezni kot groženj varnosti se v skladu s to paradigmo nahaja v samem ogrožanju zdravja ljudi ter v posledičnem nestrukturiranem kaosu in nemirih, ki paralizirajo zagotavljanje stabilnosti skupnosti in s tem povezano tudi kakovost življenja posameznikov. Zdravstvena politika zato sodi v ta pristop kot ena temeljnih potreb, ki morajo biti izpolnjene za doseganje varnosti (Brower, Chalk, 2003: 4 – 7; Fidler, 2003: 829 - 830).

#### 4.3.4. Ekološka varnost (Ecological Security)

Obravnavane perspektive mednarodnih odnosov pa po mnenju nekaterih (npr. Pirages, 1996: 2-4) ne nudijo zadovoljive podlage za analizo globalizacije nalezljivih bolezni, zato kot alternativo ponujajo koncept ekološke varnosti. Le-ta je domeno varnosti razširi še na naravno okolje, v katerem ljudje živimo, na dejstvo, da njegovo ogrožanje predstavlja dokončno grožnjo človeštvu. Paradigma ekološke varnosti terja od varnostne politike, da enakopravno obravnava tudi potrebo po varovanju nečloveških vrst in naravnih virov. Kot je napisal Pirages (v Lee, McInnes, 2002: 8), je potrebno razumeti širšo »planetarno varnostno dilemo«, ki se ne osredotoča na tekmovanje med državami temveč na sodelovanje z naravo. Korelacija med nalezljivimi boleznimi, mednarodno politiko in varnostjo se nanaša na vprašanje, kako so izbruhi epidemij in s tem povezano naše zdravje odvisni od neokrnjenosti planeta in njegovih ekosistemov (Lee, McInnes, 2002: 8).

---

<sup>11</sup>Kanadski zunanji minister Lloyd Axworthy, mogoče celo najočitnejši zagovornik tega pristopa, je izjavil, da je koncept človeške varnosti preokret v zunanjepolitični perspektivi, je alternativa pogleda na svet, kjer je človek in ne varnost teritorija ali ozemlja temeljna referenca (Brower, Chalk, 2003: 5).

#### 4.4. NALEZLJIVE BOLEZNI KOT GROŽNJA VARNOSTI

Ko govorimo o nalezljivih boleznih kot grožnji varnosti, moramo najprej določiti referenčni koncept le-te z vidika njenih nosilcev. Zagovorniki paradigme človeške varnosti, npr. Brower, Chalk (2003: 4 – 7), svojo optiko izostrujejo na posameznika. Kot prvo in najpomembnejše opozarjajo, da nalezljive bolezni ubijajo, predstavljajo neposredno grožnjo individuumu, njegovemu zdravju in življenju. V preteklosti so nalezljive bolezni najbolj prispevale k smrtnosti, danes, v dobi moderne medicine, pa zasedajo drugo mesto (za boleznimi srca in ožilja), še vedno pa predstavljajo poglavitni vzrok umrljivosti otrok in mladostnikov (WHO: Removing Obstacles to Healthy Development, 1999: 1-2). Predvideva se (Brower, Chalk, 2003: 7), da zaradi nalezljivih boleznih vsako uro umre približno 1500 ljudi. Po podatkih Svetovne banke (v Price-Smith, 2001: 4) je od vseh 49.971.000 umrlih v letu 1990 zaradi nalezljivih boleznih umrlo 16.690.000 ljudi (34,4 odstotkov vseh smrti), vojne pa so terjale »zgolj« 322.000 življenj (0,64 odstotkov). Iz tega je razvidno, da nalezljive bolezni zlahka prekašajo vojne, kot najbolj znane grožnje varnosti ljudi in njihove prosperitete. Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) pa ocenjuje (WHO: The World Health Report 2002, 2002: Priloga 2), da so nalezljive bolezni leta 2001, ko je umrlo 56.554.000 ljudi, terjale 14.884.000 življenj (26, 3 odstotkov), bolezni srca in ožilja so bile vzrok smrti v 29,3 odstotkih, vojne pa so npr. terjale 230.000 življenj oz. 0,4 odstotka vseh umrlih.

Obseg bolečin in trpljenja posameznikov pa se ne nanaša zgolj na primere, ko nalezljive bolezni terjajo smrtni davek. Stotine milijonov ljudi (predvsem v državah v razvoju) so zaradi njih invalidi. Odraslim je zaradi tega onemogočeno delo in skrb za otroke, le-ti pa so prikrajšani za izobraževanje v šolah. Prav tako pa se okužbe pogosto odražajo v izmaličenosti obolelih (telo lahko prekrijejo odprte rane, bolezen pohabi obrazne poteze, povzroči izgubo prstov ter povzroči sušenje ali nenavadno otekanje udov in drugih delov telesa), kar ne povzroča zgolj izjemne bolečine in hendikepa, temveč tudi stigmatizacijo, bojazen in sram (WHO: Removing Obstacles to Healthy Development, 1999: 1-3). Prav tako pa epidemije lahko vodijo do postravmatskega stresa. Študije so namreč pokazale izjemne čustvene posledice pri tistih, ki so bili zaradi nalezljivih boleznih dlje časa izpostavljeni izjemnim življenjskim situacijam, ter pogoste težave pri njihovi ponovni integraciji nazaj v normalno življenje.

(Brower, Chalk, 2003: 9).

Spet drugi avtorji (npr. Pirages) pa na nevarnosti nalezljivih bolezni ne zrejo z vidika posameznika, temveč gledajo na problem holistično. Pandemije ocenjujejo kot grožnjo planetarnih razsežnosti, ki ne ogroža zgolj preživetja človeštva, marveč vseh oblik življenja na Zemlji. Možne posledice pandemij postavljajo ob bok jedrski zimi.

Ker pa je v varnostni teoriji osrednji naslovník varnosti še vedno država, sem se odločil, da bom v nadaljevanju poskušal sistematsko prikazati, kako nalezljive bolezni ogrožajo nacionalno varnost. Pri tem bom uporabil štiristopenjski Price-Smithov instrumentarij, ki korelacijo med nalezljivimi boleznimi in nacionalno varnostjo analizira v okviru domen ekonomske produktivnosti, demografije, obrambe in oblasti. Seveda efekti, ki izvirajo iz posameznih točk v realnosti, med seboj sovpadajo.

Pojav nalezljivih bolezni ima signifikanten vpliv na preživetje države, njeno stabilnost, prosperiteto, odnose v državi, prav tako pa zaznamuje tudi odnose med državami. Prezgodnje smrti in slabitve večjega deleža populacije države erodira delovno učinkovitost ter slabi blaginjo države, povzroča stres, migracije, ogroža zmožnost države, da se brani in projecira sile, ustvarja pravno krhkost ter spodkopava legitimnost oblasti, kar jim onemogoča, da bi učinkovito vodile države.

#### 4.4.1. Vpliv nalezljivih bolezni na ekonomsko produktivnost

Robert Fogel, Nobelov nagrajenec za ekonomijo, meni (v Price-Smith, 2001: 17), da je večina prosperitete Anglije, če ne že industrijska revolucija sama, temeljila na zaježitvi obolevanja in umrljivosti zaradi nalezljivih bolezni v 18. in začetku 19. stoletja. Če razvijemo Foglov argument korak naprej, ni presenetljivo, da so se kot prve industrializirale države na imunološko prijazno naravnem severu, kjer je bilo lažje premostiti tegobe bolezni. Nalezljive bolezni namreč obremenilno zaznamujejo ekonomsko produktivnost (vse segmente gospodarstva, od gospodinjstev do kmetijstva, industrije in storitvenih dejavnosti) s tem, da povzročajo padanje nacionalnih BDP-jev, zmanjšanje produktivnosti delavcev, pomanjkanje dela, povečano izostajanje od dela (kar se še posebej izraža v delovno intenzivnih dejavnostih), rast cen in višje stroške gospodinjstev (zmanjšanje prihodkov, izguba prihrankov in delovnih nadomestil, kar še najbolj prizadene revnejši sloj), trošenje prihrankov, odliv investicij ter ustvarjanje razlik v družbi zaradi neenakih prihodkov,

kar lahko generira probleme z vladanjem. Nalezljive bolezni prav tako omejujejo spodbude za investiranje v otroško izobraževanje, saj morajo le-ti delati, da lahko preživijo obolele družinske člane, hkrati pa ni perspektivna alokacija resursov v izobraževanje otrok, če je evidentno, da bodo le-ti v bližnji prihodnosti umrli. V času epidemij oz. pandemij se zmanjšajo vlaganja v manj razvite dele države, razvoj na področju naravnih virov, paralizirane so turistične dejavnosti,<sup>12</sup> konec koncev lahko pride tudi do embarga na izdelke iz prizadete države (Price-Smith, 2001: 17-18).

Kljub dejstvu, da sem omenil, da se s to boleznijo v analizi ne nameravam podrobneje ukvarjati, bom problem nalezljivih bolezni kot ekonomskega varnostnega bremena ponazoril z AIDS-om. 25 milijonov HIV pozitivnih v Podsaharski Afriki<sup>13</sup> povzroča že tako obubožanim državam milijarde dolarjev neposrednih stroškov in izgubo produktivnosti,<sup>14</sup> saj terja AIDS največ žrtev med osebami v svojih najbolj produktivnih letih (20 do 50) (Lee, McInnes, 2002: 23). Letno zdravljenje okuženega s HIV-om stane v Južnoafriški republiki približno 470 ameriških dolarjev, ker pa se število okuženih in obolelih nenehno večja, ocenjujejo, da se utegne zaradi te bolezni rast BDP-ja vsako leto zmanjšati za 0,3 do 0,4 odstotka. Medtem pa v ZDA letna medicinska oskrba HIV pozitivnega stane čez 10000 dolarjev na leto. Ameriške oblasti navajajo, da neposredni in posredni stroški nalezljivih bolezni pri njih znašajo približno 120 milijard ameriških dolarjev letno (CDC: Economic Costs for Patient Care from Infectious Diseases, United States; Brower, Chalk, 2003: 46 – 48, 63).

#### 4.4.2. Vpliv nalezljivih bolezni na poseljenost in migracije

Nalezljive bolezni ogrožajo nacionalne interese tudi s spodkopavanjem sposobnosti držav, da regulirajo poseljenost določenih območij. Epidemije oz. pandemije namreč botrujejo večji urbanizaciji in vplivajo na povečanje s strahom spodbujenih

---

<sup>12</sup> Leta 1996 je Dominikanska republika izgubila milijone dolarjev zaradi odpovedanih turističnih potovanj po objavi, da je na otoku izbruhnila ebola. Kasneje se je izkazalo, da ebola sploh ni bilo (Kelley, 2000: 59). Izbruh kolere med perujskimi ribiči pa je na začetku devetdesetih zaradi izpada ribolova in turističnih prihodkov državo stal okrog 775 milijonov ameriških dolarjev (Lee, McInnes, 2002: 29).

<sup>13</sup> Pričakuje se, da bosta Južna in Jugovzhodna Azija do leta 2010 po ogroženosti zaradi nalezljivih bolezni prehiteli Afriko. Če se to dejansko zgodi, bo prišlo do destabilizacije držav s krhkimi ekonomijami in šibkimi sistemi javnega zdravstva, vse skupaj pa bi prispevalo k zmanjšanju BDP-ja za do 20 odstotkov (Brower, Chalk, 2003: 8 – 9).

<sup>14</sup> S to se soočajo tudi na Kubi, kjer so leta 1986 pričeli s programom za zajezitev AIDS-a. Prebivalstvo oblasti sistematično zdravstveno pregledujejo, okužene (nosečnice zakon obvezuje k splavu) pa izganjajo iz družin in delovnih mest v posebna taborišča, ki so od ostale skupnosti ločena z bodečo žico (Walzer Leavitt, Leavitt, 2003: 55).

migracijskih tokovi v tujino. Prvoomenjeni efekt je opazen na ruralnih območjih Brazilije in Kolumbije ter na meji med Tajsko in Mianmarom, kjer se je razpasla različica malarije, ki je odporna na doslej odkrita zdravila proti tej bolezni. Migrantje iz teh ruralnih območij, kjer je bolezen prerasla že v pandemično obliko, so v bistvu vektorji prenosa bolezni v mesta, kjer se oblikujejo novi bazeni bolezni. Medtem pa se v obratni smeri prenašajo »urbane bolezni«, kot sta AIDS in tuberkuloza, s čimer se kot povratni efekt urbanizacija še povečuje, saj ljudje z okuženih območij iščejo zavetje v mestih (Price-Smith, 2001: 19).

Med izbruhom pljučne kuge v Surat v Indiji leta 1994 in leto kasneje ebole v Zairu je v obeh državah prišlo do množičnih migracij, ker je na sto tisoče ljudi zapuščalo ogrožena območja in bežalo v sosednje države (Lee, McInnes, 2002: 22). Države pa želijo preprečiti imigracijo okuženih oseb na svoje ozemlje,<sup>15</sup> ker se bojijo morebitne vzpostavitve novih bolezenskih bazenov med svojim prebivalstvom. ZDA, Rusija in Kitajska prepovedujejo vstop v državo tujcem, okuženim s HIV, pri imigrantih in potnikih pa vedno bolj previdno iščejo morebitne simptome bolezni, kot so malarija, denga ali tuberkuloza (Price-Smith, 2001: 19-21).

Ekonomski, psihološki in fizični pritiski, ki jih povzročajo nalezljive bolezni, v splošnem spodbujajo migracijske tokove z revnejšega juga na bogatejši sever. Ti pa poleg že omenjenega ustvarjanja novih »bazenov bolezni znotraj večjih urbanih centrov, kar terja visoko ceno (fizično, ekonomsko, psihološko) pri imunsko relativno bolj ranljivih gostiteljih, inducirajo še obsežne težave s ksenofobijo, rasnimi konflikti in revščino. Sinonim za diskriminatorno obravnavo z nalezljivimi boleznimi okuženih priseljencev v ZDA je irska migrantka Mary Mallon, imenovana tudi tifusna Mary, ki je v začetku prejšnjega stoletja v karanteni na otočku ob New Yorku morala preživeti 26 let, ker je bila prenašalka tifusa, medtem ko se je istočasno po ulicah svobodno sprehajalo na tisoče ameriških prenašalcev iste bolezni (Walzer Leavitt, Leavitt, 2003: 56).

S spodbujenimi čezmejnimi tokovi lahko nalezljive bolezni povzročijo tip množične razpršenosti, ki lahko hitro preide v tenzije med državami, pa tudi znotraj njih, kar vodi v regionalno nestabilnost. Ameriško zunanje ministrstvo zato že špekulira, da se

---

<sup>15</sup> V primeru izbruha v Surat so Pakistan, Bangladeš, Nepal in Kitajska iz strahu pred širjenjem bolezni zaprli meje s sosednjo Indijo (Price-Smith, 2001: 38-39).

bodo nalezljive bolezni v naslednjem desetletju pojavljale kot eden najbolj signifikantnih povodov konfliktov in verjetno tudi vojn (Brower, Chalk, 2003: 9-10).

Vedno bolj jasno pa postaja, da naraščanje števila žrtev nalezljivih bolezni ne bo učinkovito rešilo problema prenaseljenosti, da nalezljive bolezni niso ustrezen instrument kontrole števila prebivalstva. S prisotnostjo nalezljivih bolezni se namreč, še posebej v državah v razvoju, signifikantno poveča rodnost. Vseeno pa ostaja dejstvo, da lahko morebitna nova globalna pandemija, ki nam je ne bi uspelo zajeziti, izjemno zmanjšajo raven svetovne populacije (Price-Smith, 2001: 20).

#### 4.4.3. Vpliv nalezljivih bolezni na obrambne sposobnosti države

Prisotnost nalezljivi bolezni na vojaškem prizorišču se odraža v izpostavljenosti enot raznim patogenom. Še med prvo svetovno vojno (leta 1918) sta pandemiji gripe in tifusa, ki sta zaradi gibanja vojaških enot obšli cel svet, terjali okrog 40 milijonov življenj, druga svetovna vojna pa je na Pacifiku med zavezniki zahtevala mnogo žrtev zaradi malarije.<sup>16</sup> Trdimo lahko, da vojne predstavljajo »ojačevalec bolezni«, saj konflikt ustvarja fizične pogoje (revščina, lakota, migracije), ki omogočajo širjenje nalezljivih bolezni (Price-Smith, 2001: 21-22). Prav tako pa k širjenju v lastni državi prispevajo vojaki tudi v miru. V vojašnice prihajajo iz vseh delov države, se tam skupaj urijo in družijo ter kasneje vračajo na svoje domove, kamor lahko ponesejo tudi povzročitelje bolezni, ki bi jih nanj eventualno prenesejo njihovi sovojaki (Kelley, 2000: 59).

Prisotnost nalezljivih bolezni med vojaško populacijo povzroča tveganja v zvezi z vojaško pripravljenostjo, sposobnostjo varovati lastno ozemeljsko integriteto, mednarodnim sodelovanjem in nacionalno varnostjo. Kot primer lahko navedem ameriško vojaško ladjo USS Arkansas, na kateri je februarja 1996 v treh tednih zaradi gripe Wuhan zbolelo kar 217 od 526 članov posadke. Bolezen je ladjo za dva dni nenačrtovano zasidrila v pristanišču in jo s tem odvrnila od opravljanja zadanih operativnih nalog (Kelley, 2000: 60).

---

<sup>16</sup> Med korejsko vojno so bile ameriške sile izpostavljene virusu Seoul Hantaan, ki se je s pomočjo oskrbovalnih vojaških ladij v pandemični obliki pojavil tudi v ZDA, številni vojaki pa so zaradi nalezljivih bolezni zboleli tudi v prvi zalivski vojni (Lee, McInnes, 2002: 27)



Neposredno nalezljive bolezni izčrpavajo vojaško moč z izgubami izurjenih in usposobljenih vojaških oseb, manjšajo se obvezniške osnove, večajo pa se postavke v obrambnem proračunu (Price-Smith, 2001: 22). Vse skupaj pa vpliva na sposobnost države, da se brani pred potencialnim agresorjem, ali da osnuje bodisi mirovne sile bodisi enote za vsiljevanje ukrepov (Price-Smith, 2001: 22).

Posredni vplivi nalezljivih bolezni na bojne sposobnosti pa se odražajo v dejstvu, da morajo vojske zaradi nalezljivih bolezni zmanjšati bojne enote in težišče prenesti na enote za podporo; da številne enote v času epidemij v zvezi z njimi pomagajo civilnim službam oz. jih celo nadomeščajo (nadzor meja, karanten, angažiranje vojaških raziskovalnih potencialov); da je oteženo pridobivanje novih potrebnih kadrov (tudi rezervistov), ki menijo, da bi jih v vojski nalezljive bolezni še bolj ogrožale; strah pred nalezljivimi boleznimi pa lahko zaznamuje tudi pripravljenost poslati enote na misije v tujino<sup>17</sup> (Lee, McInnes, 2002: 28).

#### 4.4.4. Vpliv nalezljivih bolezni na oblast

Nalezljive bolezni slabijo sposobnost političnih vodij in njim podrejenih birokratov, da učinkovito vladajo. Nosilci oblasti lahko sami zbolijo ali celo umrejo, destruktivni vpliv umrljivosti zaradi nalezljivih bolezni pa ustvarja v institucijah z intenzivnim človeškim kapitalom institucionalno krhkost, ki spodkopava stabilnost, predvsem nastajajočih demokratičnih družb. V Zimbabveju, kjer je kar 25 odstotkov urbane populacije v starosti med 19 in 45 let HIV pozitivnih, so npr. v zadnjih nekaj letih zaradi AIDS-a umrli vsaj trije vladni ministri (Price-Smith, 2001: 22-23).

Hkrati pa lahko nalezljive bolezni, ki v državo običajno poleg obolevanja in umiranja prinašajo še revščino in strah, povzročijo erozijo vladne legitimnosti s strani prizadetih državljanov. Bolehnost in umrljivost, revščina, migracije in psihološki pritisk, ki nastanejo zaradi nalezljivih bolezni, namreč spodjedajo socialno in ekonomsko strukturo družbe, majajo zaupanje v državo oz. njeno vodstvo, če ne more zagotoviti osnovne ravni zaščite pred boleznijo, ter prispevajo k represiji oblast, kolapsu demokracije in slabitvi države,<sup>18</sup> ki skuša ohraniti red, medtem ko njena

---

<sup>17</sup> Američani so po mnenju Chalka in Ostergarda (v Lee, McInnes, 2002: 28) postali manj navdušeni za mirovne operacije po tem, ko so se številni nigerijski vojaki, ki so bili v Siera Leoneju v okviru ECOMOG-a, vrnili okuženi z virusom HIV.

<sup>18</sup> V času epidemij se običajno zviša tudi raven kriminalitete (Brower, Chalk, 2003: XIV).

legitimnost plahni, vladne institucije pa postajajo vse bolj krhke (Price-Smith, 2001: 23; Lee, McInnes, 2002: 29).

Poznan je npr. japonski primer iz leta 1996, ko je državo prizadela epidemija driske coli 0157. V dveh mesecih je umrlo 11 ljudi, več tisoč pa jih je zbolelo. Javnost je menila, da oblasti niso ustrezno ukrepale, zato se je na vlado usul plaz kritik ter tudi pozivov k odstopu (Brower, Chalk, 2003: 9-10). Tukidid (v Price-Smith, 2001: 8) je v svojem opisu peloponeških vojn z vidika problema, ki smo ga obravnavali v tej točki, videl celo zatona Aten zaradi kuge. Ne sme nas torej presenetiti, da nekateri (denimo Price-Smith, 2001: 42) bistvo aktualnih kriznih žarišč, kot so Zaire, Haiti, Ruanda in Kambodža, iščejo v nalezljivih boleznih, ki so spodkopale legitimnost oblasti.

## **5. SARS**

### **5.1. KRONOLOGIJA**

Sredi novembra 2002 so se v poljedelski provinci Gvandong na jugu Kitajske začeli kopičiti bolniki z nenavadno hudo atipično pljučnico. Novica o močno nalezljivi in hudi pljučnici, pri kateri niso mogli ugotoviti povzročitelja, je ostala naslednje tri mesece prikrita, saj je kitajsko vodstvo medijem prepovedalo poročati o bolezni, ker se je balo, da bi to lahko ogrozilo »socialno stabilnost« regije (Jelen, 2003: 43). Prvo uradno poročilo kitajskih oblasti o izbruhu atipične pljučnice je SZO prejela šele 11. februarja 2003, na dan, ko je po uradnih podatkih zaradi te nove bolezni obolelo 305 ljudi, 5 pa jih je umrlo (Trampuž in drugi, 2003: 454).

Mednarodna javnost je postala pozorna šele, ko se je pojavil prvi primer te atipične pljučnice izven celinske Kitajske. Dr. Liu Jianlun, zdravnik, ki je v bolnišnici v Gvangčoju zdravil bolnike obolele za neznano boleznijo, je v prvih mesecih epidemije odpotoval na družinsko poroko v Hongkong. 21. februarja 2003 je tudi sam zbolel za to boleznijo. Pred smrtjo 4. marca je v Hongkongu okužil še dva družinska člana, 77 zdravstvenih delavcev in vsaj 16 gostov hotela Metropol, kjer je preživel eno noč (WHO: The World Health Report 2003, 2003: 74)

V dnevih za tem so gostje in obiskovalci devetega nadstropja hotela Metropol, ki so postali »superprenašalci«<sup>19</sup> začeli sejati novo bolezen po bolnišničnih sistemih Hongkonga, Vietnama in Singapurja (WHO: SARS: Status of the outbreak and lessons for the immediate future, 2003: 1). Eden izmed njih je kmalu iskal pomoč v bolnišnici Prince of Wales v Hongkongu, kjer je okužil 70 članov osebja in enega bolnika (kasneje je v istem mestu okužil približno 300 ljudi), Ester Mok se je iz Metopola vrnila v Singapur, kjer je bolezen prenesla na skoraj 200 ljudi, kitajsko-ameriški poslovnež pa je odšel v vietnamski Hanoj. Tam je poleg svojih sodelavcev okužil še 22 sester v lokalni bolnišnici<sup>20</sup> (Jelen, 2003: 43; Trampuž in drugi, 2003: 454).

Hkrati pa se je s hotelskimi gosti, ki so se vračali domov, in zdravniki, ki so obravnavali prve primere v Vietnamu in Singapurju, bolezen ob pomoči letalskega prometa začela širiti drugod po svetu. Kvan Sujču je iz Hongkonga odletela k svoji družini v Toronto. Tu je 5. marca umrla, dva dni kasneje pa so zaradi pljučnice v bolnišnico sprejeli njenega sina. Bolnika prvo noč niso izolirali (spregledali so ga, ker sam ni potoval po Aziji), kar je sprožilo verigo okužb v Kanadi. Država je postala eno izmed večjih žarišč SARS-a, zbolelo je 251 in umrlo 37 oseb. Dve največji bolnišnici so 28. marca zaprli in odredili karanteno za več kot 10.000 osebja, bolnikov in obiskovalcev (Trampuž in drugi, 2003: 455).

Hanoi, Hongkong, Singapur in Toronto so poleg celinske Kitajske postale glavne »vroče točke« nove bolezni. Zaznamovalo jih je strmo povečanje števila okuženih oseb, še posebej zdravstvenih delavcev (in tistih, s katerimi so le-ti bili v tesnejših stikih), saj se pri opravljanju svojega dela niso zavedali, da se brez uporabe ustreznih zaščitnih sredstev tudi sami izpostavljajo okužbi (WHO: SARS: Status of the outbreak and lessons for the immediate future, 2003: 2).

12. marca je SZO izdala prva opozorila glede atipične pljučnice v Vietnamu in Hongkongu. Tri dni kasneje pa je v drugem opozorilu Organizacija novo bolezen razglasila za svetovno grožnjo (prva tovrstna poteza v skoraj desetletje dolgem obdobju), jo poimenovala SARS ter izdala priporočila zdravstvenim oblastem,

---

<sup>19</sup> Priloga B prikazano širjenje bolezni iz hotela Metropol.

<sup>20</sup> Vodstvo le-te ja na pomoč poklicalo italijanskega zdravnika in specialista epidemiologa pri WHO v Hanoju, dr. Carla Urbanija. Ta (tudi sam se je okužil in 26. marca 2003 na Tajskem zaradi SARS-a tudi umrl) je 28. februarja 2003 prvi postal pozoren na novo klinično entiteto, vietnamske oblasti pa je uspel prepričati v takojšnjo uvedbo strogih epidemioloških ukrepov.

zdravnikom in potujočim (Trampuž in drugi, 2003: 454; WHO: SARS - Global Alert, Global Response, 2003: 9-10).

V zadnjem tednu aprila<sup>21</sup> pa je kazalo, da se izbruhi v Hanoju, Hongkongu, Singapuru in Torontu bližajo vrhuncu<sup>22</sup>. Po izdanem priporočilu so bile namreč države, z izjemo Kitajske, s pomočjo odkrivanja novih primerov, nemudne izolacije, strogega nadzora nad okuženimi in aktivnega iskanja oseb, ki so bile z njimi v kontaktu, z nadzorom imigrantov in mejnimi kontrolami, obsežnimi programi obveščanja prebivalstva in celo z zaprtjem šol, kmalu sposobne bodisi preprečiti nadaljnje okužbe bodisi zadržati raven novih primerov na minimalni ravni. 28. aprila je Vietnam postal prva država, ki ji je uspelo ustaviti lokalne prenose SARS-a, a so hkrati začela prihajati poročila o novih primerih, dodatnih smrtnih žrtvah in o širjenju SARS-a v nove države (WHO: SARS: Status of the outbreak and lessons for the immediate future, 2003: 2).

Na srečo pa je širjenje okužb vseeno začelo pojenjati. Sredi maja 2003 so z liste območij z nedavnimi lokalnimi okužbami umaknili Toronto, a ga že 26. maja ponovno uvrstili na seznam, ker so v bolnišnici v Torontu ugotovili nove primere okužb. SZO je z omenjene liste zadnjega maja črtala Singapur, 23. junija Hongkong in 2. julija vnovič Toronto. Ko je 5. julija organizacija za zadnje območje brez nedavnih lokalnih okužb razglasila še Tajvan, je lahko izjavila, da je izbruh SARS-a pod nadzorom, da pa je potrebno ostati previden (WHO: Chronology of a serial killer).

## 5.2. KLINIČNI ZNAKI SARS-a

Inkubacijska doba SARS-a je dva do deset dni (mediana šest), kar je dlje, kot je značilno za večino okužb z respiratornimi virusi. Sprva se pojavijo gripi podobni simptomi, kot so mišične bolečine, glavobol, občutek slabosti in vročina. Ta je praviloma nad 38 °C, čeprav je možno, da je pri starejših bolnikih tudi ni. Vročino pogosto spremlja tudi mrzlica. Dva do štiri dni po prvem simptomu se pojavijo respiratorni simptomi. Sprva suh dražeč kašelj, ki se mu v drugem tednu bolezni lahko pridruži še oteženo dihanje, driska ter v nekaterih primerih tudi bruhanje.

---

<sup>21</sup> Do takrat so tudi že Velika Britanija, Nemčija, Brazilija, Južna Afrika, Indija, Japonska in Avstralija že zabeležile svoje prve primere SARS-a.

<sup>22</sup> Priloga C kronološko prikazuje verjetne primere SARS-a med 1. novembrom 2002 in 11. julijem 2003.

Pogosto je bolezen tako huda, da je potrebna mehanska ventilacija, da bolnik lahko diha. Za ločevanje od drugih infekcijskih boleznih pomaga dejstvo, da bolniki s SARS-om nimajo izpuščajev, nevroloških simptomov, nahoda ali vnetja žrela. Kot večina virusnih okužb tudi SARS pogosto poteka dvofazno. Začetnemu izboljšanju bolezenskih simptomov lahko sledi poslabšanje s ponovnimi respiratornimi simptomi ali celo dihalno odpovedjo (Jelen, 2003: 44-45; Trampuž in drugi, 2003: 455-457).

Povprečna smrtnost zaradi SARS-a znaša 9,6 odstotka, vendar je podatek o smrtnosti v celinski Kitajski verjetno podcenjen. V državah izven celinske Kitajske se je smrtnost v starosti nad 60 let povzpela celo nad 60 odstotkov. Z izjemo pljučnice, ki jo je povzročila legionela, in hantavirusnega pljučnega sindroma, imajo druge virusne in bakterijske pljučnice nižjo smrtnost. Dejavniki tveganja za smrtni izid pri bolnikih s SARS-om so starost in pridružene bolezni, predvsem sladkorna bolezen in ledvična odpoved. Resen potek bolezni in tudi smrtne primere so opazovali tudi med mladimi in prej popolnoma zdravimi osebami, predvsem zdravstvenimi delavci, kar je lahko posledica visokega virusnega bremena ob tesnem stiku z močno kužnimi bolniki. Zanimivo je, da otroci redko zbolijo za SARS-om, bolezen pa pri njih praviloma poteka blažje (Trampuž in drugi, 2003: 456).

### 5.3. POVZROČITELJ

Pod okriljem WHO je bilo ustanovljeno mednarodno laboratorijsko omrežje, 11 laboratorijev v devetih državah, katerega cilj je bilo identificirati povzročitelja nove kužne bolezni. Dobro usklajena dejavnost je rodila uspeh mesec dni kasneje, v marcu 2003, ko so razkrili povzročitelja, koronavirus, ki je bil drugačen kot katerikoli drug znan virus iz te družine, tako pri ljudeh kot pri živalih. Poimenovali so ga SARS-Cov (SARS associated coronavirus), ki tvori novo, četrto skupino v družini Coronaviridae. V manj kot dveh mesecih po odkritju povzročitelja so določili nukleotidno zaporedje njegovega celotnega genoma, kar je olajšalo diagnostiko in pospešilo izdelavo protivirusnega zdravila in cepiva proti SARS-u (Ratajč, 2003: 11).

## 5.4. NAČINI PRENOSA VIRUSA

Povzročitelj SARS-a se širi predvsem kapljično, redkeje pa aerogeno in s stikom (Trampuž in drugi, 2003: 458).

### 5.4.1. Kapljični prenos

Povzročitelj SARS-a se širi kapljično do oddaljenosti en meter od kužnega bolnika. Med govorjenjem, kašljanjem in kihanjem nastanejo velike kapljice, ki se zaradi svoje teže hitro sesedejo na površine in se ne morejo širiti na večji oddaljenosti. Okuženi bolniki s SARS-om največ virusa izločijo kasneje v poteku okužbe, ko so bolezenski simptomi močno izraženi, zato so ob epidemiji SARS-a bolj ogroženi zdravstveni delavci, ki so v stiku kasneje v poteku bolezni, kot osebe zunaj bolnišnice, ki so pogosteje v stiku v začetnem obdobju bolezni. Po dosedanjih spoznanjih bolniki med inkubacijsko dobo, ko še nimajo bolezenskih simptomov, niso kužni, lahko pa so kužni v prodromalnem obdobju (Trampuž in drugi, 2003: 458; WHO: Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS), 2003: 15).

### 5.4.2. Aerogeni prenos

Prenos povzročitelja SARS-a z manjšimi kapljicami (aerosoli) na večji oddaljenosti je redkejši in do njega pride zlasti pri postopkih, kjer prihaja do aerosolizacije, kot je npr. aspiriranje dihalnih poti, intubiranje in bronhoskopija. Aerosoli so majhne kapljice z aerodinamskim premerom 0,3 do 0,5 mikro metrov, ki se lahko prenašajo tudi nad 14 metrov. V zraku lahko lebdi več ur, tudi ko bolnika ni več v sobi. V prostorih s prezračevalnim sistemom brez posebnega filtra se virus lahko raznese po celotnem objektu (bolnišnici, hotelu, letalu) (Trampuž in drugi, 2003: 458; Kamps, Hoffmann, 2003: 50).

### 5.4.3. Prenos s stikom

Prenos povzročitelja s stikom je možen z bolnikovimi izločki, kontaminiranimi predmeti in površinami v okolici bolnika. Povzročitelja lahko zanesemo s

kontaminiranimi rokami na sluznice oči, nosu in ušes. Virus preživi na suhi površini tudi do 24 ur, v blatu in urinu je virus stabilen na sobni temperaturi vsaj en do dva dni, v blatu bolnikov z drisko pa celo do štiri dni (Trampuž in drugi, 2003: 458; Kamps, Hoffmann, 2003: 36).

## 5.5. SARS KOT GROŽNJA VARNOSTI

Ko govorimo o SARS-u kot grožnji varnosti, moramo po mojem mnenju najprej pogledati skozi optiko paradigme človeške varnosti in opozoriti na SARS kot bolezen, ki neposredno škoduje posameznikovemu zdravju in življenju. Po podatkih SZO je epidemija zajela 26 držav petih celin. Zbolelo je 8098 ljudi, za 774 izmed njih (9,6 odstotkov<sup>23</sup>) pa je bil SARS usoden<sup>24</sup> (WHO: Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003).

Zgoraj navedeno kaže, da je SARS okužil in ubil mnogo manj ljudi kot v istem obdobju ostale nalezljive bolezni, denimo gripa, malarija, tuberkuloza in AIDS (Monaghan, 2003: 7). V Hongkongu, kjer je za SARS-om obolelo 1755 ljudi, 300 pa jih je umrlo, je npr leta 2001 zaradi tuberkuloze zbolelo 7262 ljudi, umrlo pa ji je 311. V isti kitajski administrativni regiji pa v zadnjih 30 letih pljučnica terja kar 10 odstotkov vseh smrti (Lyons: WHO's to blame for the SARS panic?).

Kljub sorazmerno nizkemu številu obolelih in umrlih pa mnoge ne preseneča, da je SZO SARS razglasila za grožnjo svetovnemu zdravju, saj je imela o novi bolezni zelo malo informacij. Na voljo ni bilo cepiva ali učinkovitega zdravljenja, zdravstvene oblasti so bile prisiljene poseči po metodah iz najzgodnejših dni mikrobiologije, po izolaciji in karanteni, hkrati pa so se bale mutacij virusa, ki bi epidemijo lahko vodil v še bolj nepredvidljive smeri. Začetni simptomi bolezni niso bili specifični, vsi diagnostični testi pa so sprva kazali določene omejitve. Očiten delež obolelih je potreboval intenzivno nego, kar je znatno obremenjevalo zdravstvene sisteme, inkubacijska doba pa je bila dovolj dolga, da bi se bolezen s pomočjo letalskega prometa prenesla na katerokoli mesto na svetu (WHO: SARS: Status of the outbreak

---

<sup>23</sup>Z dejstvom, da smrtnost te okužbe ni 100 odstotna, lahko negiramo izjave nekaterih (predvsem versko naravnane), da bo zaradi SARS-a izumrlo človeštvo.

<sup>24</sup> Prilogi D in E prikazujeta geografsko porazdelitev števila verjetnih in potrjenih primerov SARS-a ter smrti zaradi njega.

and lessons for the immediate future, 2003: 2 – 3; Fitzpatrick: Apocalypse from now on).

Epidemija SARS-a je nazorno prikazala zmešnjava, ki jo lahko povzroči nalezljiva bolezen. Zdravstvene oblasti, zdravniki, delavci v zdravstveni negi, laboratorijsko osebje in znanstveniki po vsem svetu so si mrzlično prizadevali, da bi zajezili epidemijo. Ekonomisti in tržni analitiki so vsak dan znova preračunavali trenutne in bodoče stroške, nekateri vladni uradniki so izgubili službe, v najbolj prizadetih območjih je bila ogrožena socialna stabilnost. Bolnišnice, šole in meje so bile zaprte. V Hongkongu so s prilagojenimi elektronskimi sistemi za sledenje (termovizijami) iskali tiste, ki so bili v stiku z okuženimi ter nadzirali karantene, ponekod, npr. v Singapuru in na Kitajskem, pa so za zagotavljanje prisilne karantene, uporabili vojaške enote (WHO: SARS: Status of the outbreak and lessons for the immediate future, 2003: 2). Še hitreje kot epidemija sama pa se je po svetu širil strah pred njo, zdelo se je, da skrivnostna nova bolezen lahko gre kamorkoli in udari kogarkoli.

Drugim pa se je karakterizacija, da gre pri SARS-u za grožnjo svetovnemu zdravju, zdela premočna, npr. Petrovcu (v Grah, 2003: 4) in Ihanu (2003: 10). Nekateri menijo, da je bila celo škodljiva, saj naj bi s pomočjo medijev povzročila odvečen strah in paniko<sup>25</sup> (Lyons: WHO's to blame for the SARS panic?). Petrovec si takšno ostrino SZO razlaga s takrat zaostrenimi razmerami v svetu zaradi grozeče vojne proti Iraku in zaradi grožnje bioterorizma. Hkrati pa meni, da je bila izjava tako ostra morda tudi zato, ker so se na prizadetih azijskih območjih, ki jih zaznamuje velika gostota poseljenosti ter tesen stik človeka z domačimi živalmi, že začele velike pandemije gripe, npr. ptičja influenza. Kot tretji možni vzrok za takšno karakterizacijo pa Petrovec navaja dejstvo, da je bilo v žarišču med prizadetimi kar 80 odstotkov zdravstvenih delavcev (v Grah, 2003: 4). S tako radikalno izjavo naj bi se SZO tudi že vnaprej zaščitila pred morebitnimi obtožbami, da ni storila dovolj za zaščito ljudi pred morebitnimi posledicami bolezni (Lyons: WHO's to blame for the SARS panic?).

Kljub relativno nizkemu številu primerov bolezni pa je epidemija SARS-a imela nesorazmerno velik nacionalnovarnostni vpliv. Sinergija epidemiološko-medicinskih dejstev o SARS-u ter negotovosti, strahu in tudi panike je zaznamovala stabilnost in

---

<sup>25</sup> Res pa je, da je panika imela tudi pozitivno vlogo, ker je bila učinkovit mobilizator. Svetu se je izjemno splačalo potruditi in pomagati, da bi bolezen ostala in se zamejila na mestu nastanka, ker se bi bilo sicer potrebno spopadati z njo po celem svetu (Ihan, 2003: 10).



prosperiteto držav, kjer je bolezen izbruhnila, pa tudi tistih, kjer prvih primerov SARS-a niso zabeležili. Vplivala je na razmere znotraj držav, pa tudi na odnose med njimi. V kakšnem odnosu je bila epidemija SARS-a do nacionalne varnosti, bom v nadaljevanju analiziral s pomočjo že predstavljenega Price-Smithovega modela. Prikazal bom, kako je SARS ogrožal nacionalno varnost z vidika ekonomske produktivnosti, demografije in migracij, sposobnosti obrambe držav in oblasti v njih.

#### 5.5.1. Vpliv SARS-a na ekonomsko produktivnost

Z ekonomskega vidika je bil vpliv epidemije SARS-a sprva precej negotov. Ni bilo jasno, kako prizadete so bile azijske države, predvsem Kitajska, in kako učinkovito se bo pred boleznijo obranil Zahod. Prav negotovost pa običajno najbolj vpliva na svetovno ekonomijo (Kovač, 2003: 9). Razmere so bile toliko bolj tvegane, ker je bilo žarišče bolezni na Kitajskem, na najbolj dinamičnem delu svetovnega gospodarstva, ki je tesno povezan z ekonomijami celega sveta. Trgovine po celi obli so založene s poceni artikli iz »svetovne delavnice«, tedensko pa tuji investitorji v to državo vložijo več kot milijardo ameriških dolarjev (The Economist, 20. marec 2004). Tudi druge azijske države, Singapur, Hongkong, Tajvan, Tajska, J. Koreja, Malezija predstavljajo jedro svetovnega gospodarstva, dolgoročnejši psihološki pritisk SARS-a pa bi zanje lahko bil usodnejši kot finančna kriza konec devetdesetih let (Kovač, 2003: 9). Na srečo se je kasneje izkazalo, da so imele države, ki jih je SARS najbolj prizadel, dovolj velik ekonomski potencial, ki je njih in celotno svetovno gospodarstvo obvaroval pred drastičnimi dolgoročnimi posledicami (Monaghan, 2003: 9). V revnejših okoljih bi epidemija namreč lahko postala prava zdravstvena bomba, saj bi se v neurejenih zdravstvenih sistemih bolezni verjetno izgubila med drugimi okužbami dihal in je ne bi pravočasno odkrili. Države pa hkrati ne bi bile sposobne dovolj na široko uvesti nekaj preprostih, a učinkovitih, zaščitnih ukrepov, kot so umivanje rok z milom in čisto vodo, razkuževanje, nošenje mask, rokavic, robci za enkratno uporabo, lasten jedilni pribor, hitra izolacija obolelih (Ihan, 2003: 10; Caballero-Anthony, 2003). Kratkoročen gospodarski šok pa je bil vseeno prisoten domala po vsem svetu, kar se je odražalo tudi v padanju borznih indeksov (Kovač, 2003: 9).

Predvsem zaradi SARS-a je konec aprila Svetovna banka znižala svojo napoved gospodarske rasti v Vzhodni Aziji iz osem in pol na pet odstotkov (Monaghan, 2003:

9), v juniju pa je Azijska razvojna banka ocenila, da je epidemija stala Hongkong več kot 6,5 milijard ameriških dolarjev (štiri odstotke BDP), celinsko Kitajsko okrog šest milijard (pol odstotka BDP), Tajvan pa približno pet in pol milijard (WHO: SARS - Global Alert, Global Response, 2003: 22). Najbolj so bile prizadete tri panoge, transport, še posebej letalski promet, turizem in trgovina, drug tok negativnih vplivov pa se je nanašal na javne zdravstvene sisteme,<sup>26</sup> na visoke stroške zdravljenja obolelih (Kovač, 2003: 9).

SARS je hudo zaznamoval potovalno in turistično industrijo (tudi v državah, kjer bolezni niso zabeležili), ki še ni popolnoma okrevala po 11. septembru. Obseg mednarodnih potovanj v prizadete države se je nenadoma zmanjšal za 50 do 70 odstotkov, zasedenost hotelskih kapacitet v teh državah pa je padla za 60 odstotkov (WHO: The World Health Report 2003, 2003: 78). Aprila so azijski letalski prevozniki zabeležili 44,8-odstotni upad prometa (na svetovni ravni je znašal 18,5 odstotka), maja pa je le-ta pri azijskih letalskih družbah znašal 50,8 odstotka (24ur. com: Kriza letalskih prevoznikov, 4. 7. 2003). Ocenjujejo, da je bilo na vrhuncu epidemije tedensko odpovedanih kar 1150 letov (Business Asia, 16. junij 2003: 7). Letalski prevozniki danes sicer že letijo na linijah, ki so jih ob epidemiji odpovedali, vendar se še soočajo s problemom, kako nadoknaditi izpadel dohodek. Deset azijskih držav<sup>27</sup> (med njimi ni Kitajske) ocenjuje, da so na račun zmanjšanih prihodkov od turizma in letalskega prometa skupaj izgubile med 25 in 30 milijard ameriških dolarjev (Monaghan, 2003: 9-10).

Hkrati naj bi SARS lani zgolj v turističnem sektorju Kitajske, Hongkonga, Singapura in Vietnama povzročil tudi čez 3 milijone izgub delovnih mest (Monaghan, 2003: 10). Samo na Kitajskem je v maloprodaji, gostinstvu in hotelirstvu zaposlenih okrog 50 milijonov ljudi. Kriza v tem sektorju, ki je do epidemije doživljal hitro ekspanzijo, pa je za državo toliko večji problem, če vemo, da je njegova rast ključni element za zagotavljanje delovnih mest za prve iskalce zaposlitve, ki jih je letno preko dva milijona (China Daily, 24. junij 2003; China Daily, 30. julij 2003).

Kitajska se je najbolj bala, da bo zahodni kapital umaknil investicije, ki so eden izmed generatorjev njene visoke gospodarske rasti. Vendar kljub takšnim napovedim (npr.

---

<sup>26</sup> Na Kitajskem je denimo sistem javnega zdravstva geografsko zelo neenakomerno razvit, z nujno reformo pa bi bilo potrebno doseči večjo homogenost, transparentnost in boljšo koordiniranost, s tem pa bi se zmanjšali tudi stroški (Bates, 2003: 23).

<sup>27</sup> Bruneji, Kambodža, Indonezija, Laos, Malezija, Myanmar, Filipini, Singapur, Tajska in Vietnam.

Kovač, 2003: 9) ni trdnih dokazov, na osnovi katerih bi bilo moč z gotovostjo sklepati, da so tuja podjetja zaradi SARS-a umikala svoje investicije oz. trajno preselila svojo proizvodnjo iz Kitajske in Vzhodne Azije. Je pa res, da je epidemija pri mnogih multinacionalkah spodbudila pomisleke glede upravičenosti koncentracije investicij v eno samo državo ali regijo (Wonacott in drugi, 2003: 10; Monaghan, 2003: 11).

### 5.5.2. Vpliv SARS-a na poseljenost in migracije

Bolezen je izbruhnila v Aziji, ki je središče poslovnih in turističnih potovanj. Vsak dan iz nje odpotuje na milijone ljudi na vse konce sveta, kjer se zadržijo premalo časa, da bi bilo moč odkriti simptome nalezljive bolezni, s povzročitelji katerih so morebiti okuženi. Poleg tega številni Azijci iščejo zaposlitev v tujini,<sup>28</sup> samo znotraj Kitajske pa naj bi bilo 180 milijonov delovnih migrantov, ki zapuščajo podeželje in na delo odhajajo v mesta (Monaghan, 2003: 5). Ravno množične migracije pa so odigrale ključno vlogo pri širjenju SARS-a. Le-ta je ogrozil nacionalne interese držav z nenadzorovanimi spremembami migracijskih tokov in poselitvenih vzorcev, ki jih je vzpodbudil. Prebivalci, z njimi pa tudi virus, so namreč bežali s prizadetih območij, tudi preko državnih meja. Lokalne oblasti in države pa so skušale preprečiti imigracijo okuženih oseb na svoje ozemlje, kajti 10 odstotna smrtnost je tveganje, ki se mu nihče ni pripravil izpostaviti.

Zaradi epidemije se je na Kitajskem do sredine maja 2003 iz prizadetih mest na podeželje vrnilo okrog osem milijonov delavcev. Oblasti so ta eksodus želele preprečiti, ker so se bale, da bi migranti utegnili bolezen prenesti na ruralna območja s šibkim zdravstvenim sistemom, ob povratku iz vasi, kjer bi morebiti SARS bil prisoten, pa tudi nazaj v mestna središča. V ta namen so priseljenim delavcem v mestih nudili regresirano prehrano in prenočišča, obljubili pa so jim tudi brezplačno zdravstveno oskrbo. Da bi delavce zadržali v mestih tudi v času žetve, so podeželske oblasti organizirale medsebojno pomoč med vaščani (NewsMax.com: The Migrations of Fear, 17. maj 2003; Migration News: Migrants and SARS, Inequality).

Še večjo bojazen povezano z izbruhom SARS-a pa so za kitajsko vodstvo predstavljale tradicionalne majske počitnice, ki so eno izmed treh enotedenskih

---

<sup>28</sup>Poznan je primer filipinske medicinske sestre, ki se je okužila na delovnem mestu v Torontu, ob obisku staršev pa je SARS prenesla še na Filippine (Monaghan, 2003: 5).

počitniških obdobj, ki jih oblasti podpirajo z namenom, da bi prebivalci v tem času potovali po državi ter čim več trošili in s tem pripomogli h krepitvi nacionalnega gospodarstva. Ocenjuje se, da je prvi teden v maju leta 2002 na potovanju preživel kar 87 milijonov Kitajcev. Ob epidemiji je vlada apelirala na prebivalce, naj se v imenu nacionalne varnosti odpovejo počitnikovanju in ostanejo doma ter s tem pomagajo preprečiti širjenje SARS-a (Leggett in drugi, 2003: 5).

S prizadevanji, da bi omejili migracije na in/ali z žarišč boleznin in s tem možen prenosa virusa, pa se niso soočile le nacionalne ravni (Vietnam je npr. popolnoma zaprl mejo s Kitajsko, Italija pa je prva v Evropi odpravila schengenska pravila na letališčih, kjer je izvajala popolno zdravstveno kontrolo potnikov tudi na letih znotraj Evropske unije, Slovenija pa je prenehaa izdajati vizume za kitajske državljane) temveč tudi WHO. Drugega aprila je odsvetovala potovanja v Hongkong in Gvandong, kasneje pa še v Toronto, Tianjin, Notranjo Mongolijo, Hebei, Peking in Tajvan (WHO: Chronology of a serial killer).

Strah pred SARS-om pa je botroval tudi dejstvu, da so ljudje postali diskriminatorni, stigmatizirajoči ter polni predsodkov do oseb, ki so bile kakorkoli povezane z območji izbruha. Še posebej prizadete so bile kitajske izseljenske skupnosti. Nazoren primer paničnega in diskriminatornega reagiranja je npr. dejstvo, da je renomirana ameriška univerza Berkeley več sto svojih študentov iz Azije v letnem semestru zaradi bojzani pred SARS-om preprosto izključila (Scienc.ORF.at: Berkeley untersagt Asiaten Kursteilnahme). Neki Celjanki, ki se je vrnila s potovanja po Tajski, pa šef iz istega razloga še teden dni ni dovolil v službo (Sedlar, 2003: 3).

### 5.5.3. Vpliv SARS-a na obrambne sposobnosti države

Ko govorimo o povezavi med SARS-om in obrambnimi sposobnostmi držav, se mi zdi primerno, da najprej opozorim na ocene nekaterih avtorjev, ki izvor virusa pripisujejo oboroženim silam. Predvsem ruski strokovnjaki za nalezljive bolezni<sup>29</sup> menijo, da bi virus SARS-a lahko bil sintetično biološko orožje kitajske vojske, ki je po

---

<sup>29</sup> Med njimi tudi Nikolai Filatov, direktor moskovske epidemiološke službe, in Sergei Kolesnikov, član ruske Medicinske akademije.

nesreči ušlo iz laboratorijev<sup>30</sup> (ABC News Online: SARS could be biological weapon). Temeljni argument proti takšni teoriji pa je relativno nizka smrtnost pri okužbi z virusom SARS-Cov, le okrog deset odstotna, kar je mnogo manj kot pri večini poznanih bioloških orožij.

Ne glede na izvor virusa pa je nesporno dejstvo, da je SARS zmanjšal vojaško pripravljenost držav, ki jih je prizadel. Neposredno zaradi tega, ker so zboleli tudi nekateri pripadniki oboroženih sil, mnogo bolj pa posredno zaradi pomoči številnih vojaških enot civilnim službam pri obvladovanju izbruha ali njegovem preprečevanju. Zaradi tega je bil okrnjen obseg realizacije določenih načrtovanih vojaških aktivnosti, kar je v določeni meri zagotovo oslabilo obrambne sposobnosti držav.

Bolezen je neposredno prizadela kitajsko trimilijonsko armado. Čeprav so kitajske oblasti konec aprila 2003 v zvezi s SARS-om obljubljale popolno transparentnost, pa je le-ta ponovno postala vprašljiva, ko je SZO odkrila, da obstajajo primeri okužb tudi znotraj Kitajske osvobodilne armade. Vojska strokovnjakom Organizacije ni dovolila preiskave in spremljanja epidemije med njenimi pripadniki, tako da ni bilo na voljo podatkov, kdo so oboleli, kje so se okužili, pogosto pa niti ne, kakšnega spola so (Spencer, 2003: 4). Vojaški vrh je sporočil zgolj, da naj bi bilo med vsemi za SARS-om obolelimi Kitajci osem odstotkov vojakov (Mulvenon, 2003: 4). Iz tega je glede na podatke, da naj bi bilo na Kitajskem 5327 primerov okužb (WHO: Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003), moč sklepati, da jih je obolelo približno 425, število tistih, ki so morali v karanteno pa ostaja neznanka.

Bolj kot bolezen vojakov pa so Kitajsko osvobodilno armado obremenile dodatne naloge, ki so ji bile ob epidemiji dodeljene. Zgolj v provinci Hebei, ki obdaja Peking, je bilo vpoklicanih približno pet milijonov rezervistov, s katerimi so popolnili propagandne oddelke, ki so širili informacije o SARS-u med podeželskim prebivalstvom, ter 1200 kontrolnih točk na cestah, letališčih in pristaniščih, kjer so merili telesno temperaturo potnikov (McDonald: China mobilises millions in fresh assault on SARS).

---

<sup>30</sup> Resničnost takih ocen bi pomenila, da ima Kitajska tudi ofenzivni program biološkega orožja in ne zgolj defenzivnega, kot ves čas zatrjuje. V obstoj prvega, ki se naj bi v zadnjih dveh desetletjih močno skrčil, so prepričani tudi ameriški obveščevalni viri (The Age: Speculation SARS leaked from bio-weapon program).

Z vidika propagande so bili mediji polni pohvalnih zgodb o vojaških medicinskih delavcih, ki so zdravili okužene bolnike, in vlogi vojaških znanstvenikov. Pomemben prispevek kitajskega vojaškega zdravstva, ki je bilo zaradi SARS-a izredno obremenjeno, in vojske nasploh je bila hitra izgradnja nove bolnišnice za bolnike s SARS-om v predmestju Pekinga. Iz ostalih vojaških bolnišnic so vanjo premestili okrog 1200 vojaških zdravnikov specialistov, ob odprtju pa je v njej delalo 28333 članov vojaškega zdravstvenega osebja (Mulvenon, 2003: 4).

Hkrati pa je kitajska armada prevzela nadzor tudi nad upoštevanjem odrejenih karanten in izolacij. Na podeželju je blokirala vasi, kjer so bili okuženi s SARS-om. Prekinila je telefonske povezave z njimi, onemogočila dotok informacij ter vsem prepovedala izhode iz njih. Vaščanom naj v več primerih sploh ne bi bila nudena zdravniška oskrba. Poznan je primer, ko je nekdo hotel zapustiti karanteno, vojaki pa so ga pri begu ustrelili (Falun Dafa in Europa: Villager is shot and killed trying to escape).

Seveda pa vojske tako ali drugače niso angažirali zgolj na Kitajskem, temveč v vseh državah, ki jih je SARS močnejše prizadel. Na Tajvanu npr., ki sicer še sodi pod Kitajsko, so zgolj v Taipehu vpoklicali 1210 vojakov Šestega armadnega korpusa, ki so s 60 vozili za radiološko, kemično in biološko obrambo dezinfekciral prestolnico. Na ulicah je bilo še 500 vojaških policistov, ki so vzdrževali javni red in 450 policistov, ki so usmerjali promet (Taipei Times, 13. maj 2003: 2). Kako resno so se na tem otoku spoprijeli z boleznijo dokazuje tudi dejstvo, da je predsednik javno ukazal, naj s civilnimi laboratoriji sodeluje tudi vojaški biološki raziskovalni center, ki je že trideset let deloval v popolni tajnosti (BBC News: Taiwan's army joins Sars battle).

Izbruh SARS-a pa je sovpadal tudi z načrtovanjem in začetkom zavezniške operacije Iraška svoboda. Čeprav med ameriškimi vojaki niso odkrili primerov bolezni, se je Vojaški medicinski raziskovalni inštitut za nalezljive bolezni, ki se ukvarja z zaščito vojaškega osebja pred biološkim orožjem in »naravnimi« nalezljivimi boleznimi, nemudoma vključil v odkrivanje virusa in iskanje cepiva proti njemu. Zavedali so se namreč, da bi prisotnost SARS-a na območju delovanja ameriških sil lahko igrala morda celo odločilno vlogo pri uspehu operacij, pri tem pa so imeli v mislih predvsem Irak. Ne preseneča torej dejstvo, da so bili ameriški vojaški zdravniki pri vojakih, ki so odhajali ali se vračali iz Zaliva, še posebej pozorni na morebitne simptome SARS-a (Armyocs: Army Institute Joins Fight Against SARS).

#### 5.5.4. Vpliv SARS-a na oblast

SARS je resno preizkusil vodstvene sposobnosti politikov in državnih uslužbencev v vsaki državi, kjer se je bolezen pojavila. Oblasti Kitajske, Kanade, Hongkonga in Tajvana so prebivalci kmalu obtožili, da se niso ustrezno spoprijele z resnostjo epidemije, da bi lahko zajezile izbruh, če bi se odzvale pravočasno. Od odgovornih so terjali, da za svoje napake prevzamejo tudi odgovornost, javno zaupanje v zmožnosti vlade in državnih institucij, da varuje svoje državljane pa se je resno omajalo (Monaghan, 2003: 14).

Z razliko od npr. Kanade, kjer so mediji in opozicija za poraze v boju s SARS-om krivili premiera, ontarijskega predsednika vlade in župana Toronta, s čimer je kopnela legitimnost njihove oblasti, pa je bila vietnamska vlada, ki je s hitrim ukrepanjem in sprejemom tuje pomoči prva v regiji zajezila izbruh, deležna široke domače in mednarodne podpore. Podobno je bilo v Singapuru, kjer so aprilske raziskave javnega mnenja pokazale, da je kar 75 odstotkov prebivalcev verjelo, da oblasti lahko zaustavijo SARS (ibidem). Nevarnosti epidemije za stabilnost v državi in še bolj za erozijo lastne pozicije pa se je zavedalo tudi kitajsko vodstvo.

Prvi primeri SARS-a so se prvič pojavili ravno med 16. kongresom Komunistične stranke (sredi novembra 2002), med prvo etapo predaje oblasti Jiang Zemina mlajšemu Hu Jintau. Poročilo o pojavu nove bolezni so v Pekingu sprejeli šele 30 januarja 2003, tri dni kasneje pa so to južno provinco obiskali opazovalci zdravstvenega ministrstva. Lokalne oblasti so bile z internim dokumentom sicer obveščene o nevarnosti neznanega virusa, vseeno pa je državno vodstvo na vseh ravneh širilo vtis, da imajo vse pod nadzorom<sup>31</sup> (Baković, 2003b: 4). Prvega marca so odkrili prvega obolelega za SARS-om tudi že v Pekingu, a začetek druge etape menjave oblasti, letno zasedanje vsekitajskega kongresa ljudskih odposlancev, je bilo tik pred vrati. Namesto da bi zborovanje skoraj 3000 odposlancev iz vseh provinc izkoristili za to, da bi se območne oblasti pravočasno organizirale v boju proti SARS-u, so sprejeli odlok, da bodo o virusu zaradi stabilnosti in harmonije, ki naj bi spremljala pomembno zamenjavo generacij na vrhu, molčali. Prav tako so sklenili, da ne bodo vpeljali nobenih ukrepov za zajezitev epidemije, prepovedali medijem

---

<sup>31</sup> Kot se je na Kitajskem ob epidemijah že večkrat dogodilo (Monaghan, 2003: 8).

poročanje o SARS-u, strokovnjakom SZO, ki so se na Kitajskem želeli prebiti do temeljnih podatkov o poreklu bolezni, pa onemogočili vstop v državo. Kitajski politični avtizem se je pokazal v vsej svoji luči (Baković, 2003b: 4; Das Parlament, 28. maj 2003: 9). Ekipe strokovnjakov je Kitajska spustila v Peking šele 24. marca. Sledili so dolgi sestanki, prepričevanja, da gre za klamidijo in ne za neznan virus, kitajska birokracija pa je spregovorila šele 20. aprila, ko je pod pritiski mednarodne javnosti in vztrajnih predstavnikov SZO priznala, da je v Pekingu desetkrat več obolelih, kot so priznavali dotlej. Obljubili so, da bodo s SZO tesno sodelovali, a tudi po tem transparentnost na Kitajskem ni bila tolikšna, da bi bilo moč vnaprej predvideti, koliko časa bodo potrebovali, da vendarle vzpostavijo nadzor nad okužbo (Baković, 2003b: 4).

Slabitev mednarodnega ugleda države, strah pred gospodarskimi posledicami in dejstvo, da je prestrašeno in panično prebivalstvo zaznalo napačno ukrepanje, da lastni mediji terjajo odgovore, da so domači strokovnjaki kot še nikoli začeli diskutirati o spremembah in da je sam center moči, Peking, postal krizno območje, so kitajske oblasti privedli do spoznanja, da se bodo morali soočiti s posledicami svoje politike. Iluzija, da je zgolj gospodarska rast zadosten porok za varnost in stabilnost ter legitimnost njihove oblasti, se je razblinila. Tudi zaradi tega je vlada sprejela radikalne ukrepe. Odstopiti sta morala minister za zdravstvo in pekinški župan, brez podrobnejših informacij so bila uvedena obširna območja karanten, za beg iz njih ali prikrivanje bolezni je bila predvidena celo smrtna kazen, slabo zaščitnim zdravstvenim delavcem so grozile visoke kazni, če bi odklonili zdravstveno pomoč (Das Parlament, 28. maj 2003: 9). Tako strogi ukrepi (nekateri so jih komentirali kot kazanje mišic pred svetovno javnostjo) po petih mesecih zavestnega ignoriranja epidemije so v javnosti sprožili nov val ogorčenja, ki je podobno kot presenetljivi očitki bivšega vodstva, da nova vlada ni zmožna obvladovati prvih izrednih razmer, in obtožbe nekaterih tujih strokovnjakov, da je za vsako žrtev SARS-a na Kitajskem in drugje po svetu, v precejšnji meri odgovorna Kitajska, dodobra spodkopal legitimnost nove oblasti (Baković, 2003a: 24; Baković, 2003b: 4).



## 6. VARSTVO PRED NALEZLJIVIMI BOLEZNIMI V REPUBLIKI SLOVENIJI

### 6.1. NORMATIVNI OKVIR

Vpetost Slovenije v mednarodne tokove, odprtost naših meja in sodelovanje z državami, kjer se v endemo-epidemijski obliki pojavljajo številne nalezljive bolezni, predstavljajo stalno nevarnost za vnos nalezljivih bolezni tudi v našo državo. Zatiranje nalezljivih bolezni v Sloveniji poteka že stoletja, dejavnosti pa so bile na začetku usmerjene predvsem proti kugi, koleri in kozam<sup>32</sup> (Kraigher in drugi, 1995: 211).

Zaradi narave nalezljivih bolezni obstaja interes držav, da v obliki zakonov in pravilnikov opredelijo obveznosti na področju varovanja pred nalezljivimi boleznimi. Zakonska določila o zatiranju nalezljivih bolezni pri nas segajo v začetek 18. stoletja, prvi zakon o zatiranju nalezljivih bolezni pa je bil izdan leta 1939 (ibidem). V Sloveniji imamo že od leta 1985 vzpostavljen nacionalni sistem epidemiološkega spremljanja in obvladovanja nalezljivih bolezni. Zakonski osnovi za njegovo delovanje predstavljata Zakon o nalezljivih boleznih - v nadaljevanju ZNB (krovni akt za preprečevanje, obvladovanje in zdravljenje nalezljivih bolezni ter odstranjevanje njihovih posledic) in Pravilnik o prijavi nalezljivih bolezni in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje (v nadaljevanju Pravilnik) (Grilc, Pirnat, 1993: 12). Evropska Unija sicer ima vzpostavljeno omrežje za epidemiološki nadzor nalezljivih bolezni, ki je ob epidemiji SARS-a omogočilo hitro izmenjavo informacij in hkrati pripomoglo k usklajenemu odzivu državnih zdravstvenih organov na širjenje bolezni, a so za uveljavljanje ukrepov varstva zdravja ljudi kljub temu pristojne izključno članice same (European Commission: Severe Acute Respiratory Syndrome). Prav tako pa Slovenija ob izbruhu SARS-a podobno kot ostale članice SZO ni imela nikakršnih formalnih mednarodnopravnih obveznosti iz naslova mednarodnih zdravstvenih predpisov, ki predstavljajo edini dogovor s področja nalezljivih bolezni, ki zavezuje vse članice Organizacije. Ti predpisi, ki so nujno potrebni temeljite prevetritve, se namreč po izkoreninjenju črnih koz nanašajo še zgolj na koleru, kugo in rumeno mrzlico. V primeru drugih nalezljivih bolezni državam strogo pravno gledano Organizaciji ni potrebno poročati o morebitnih izbruhih

---

<sup>32</sup> Kuga je pri nas divjala od leta 1006 pa vse do 18. stoletja, kolera pa se je po vsem našem ozemlju razširila med leti 1831 in 1886. V boju proti kozam je bilo prelomno leto 1803, ko so pri nas začeli s cepljenjem (Kraigher in drugi, 1995:211).

nalezljivih boleznih ali vzpostavljati določenih trgovinskih in potovalnih omejitev z namenom, da bi se širjenje boleznih omejilo (Fidler: SARS and International Law).

ZNB določa splošne in posebne ukrepe proti nalezljivim boleznim, izvajalce teh ukrepov ter seznam nalezljivih boleznih, pri katerih se izvajajo splošni in posebni ukrepi. Vsakdo v Sloveniji ima dolžnost varovati svoje zdravje ter zdravje drugih pred nalezljivimi boleznimi in bolnišničnimi okužbami ter hkrati pravico do varstva pred temi boleznimi, ki obsega splošne in posebne ukrepe za njihovo preprečevanje in obvladovanje. Posebne ukrepe<sup>33</sup> predstavljajo poleg usmerjene zdravstvene vzgoje in izobraževanja še zgodnje odkrivanje virov okužbe in bolnikov z nalezljivimi boleznimi ter postavitve diagnoze, prijavljanje nalezljivih boleznih in epidemij, epidemiološka preiskava, osamitev (izolacija), karantena, obvezno zdravljenje ter poseben prevoz bolnikov, cepljenje ter zaščita z zdravili, dezinfekcija, dezinsekcija in deratizacija in obvezni zdravstveno higienski pregledi s svetovanjem. Izvajajo jih fizične in pravne osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, pri nalezljivih boleznih, ki se prenašajo med živalmi in človekom (zoonozah), pa tudi fizične in pravne osebe, ki opravljajo veterinarsko dejavnost. Naloge države na področju varstva pred nalezljivimi boleznimi izvajajo Ministrstvo za zdravstvo, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljevanju IVZ) in območni zavodi za zdravstveno varstvo, v primeru naravnih in drugih nesreč ter v vojni pa tudi organi in enote za zaščito, reševanje in pomoč (3., 4., 5. in 10. člen ZNB-ja).

Že zgoraj omenjeni Pravilnik v 1. členu razdeli nalezljive bolezni, zaradi katerih se izvajajo splošni in posebni ukrepi, na štiri skupine glede na naravo in ukrepe, potrebne za njihovo preprečevanje in obvladovanje. V prvi skupini, ki terja največ pozornosti in najstrožje ukrepe, so: davica, gnojni meningitisi po povzročiteljih, hemoragične mrzlice po povzročiteljih (ebola, denga, lassa, marburg), kolera, kuga, ošpice, otroška paraliza, rumena mrzlina, steklina, vranični prisad. V bodoče se pričakuje dopolnitev prve skupine še z legionelozo, pa tudi s SARS-om (Grilc, Pirnat, 1993: 16).

Kljub dejstvu, da ima zavest o nevarnosti nalezljivih boleznih v Sloveniji že stoletno tradicijo, pa je potrebno poudariti, da še danes nimamo sprejetega državnega

---

<sup>33</sup> Splošni ukrepi za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih boleznih so: zagotavljanje zdravstvene ustreznosti pitne vode ter živil in predmetov splošne uporabe, ustreznost zrak v zaprtih prostorih, sanitarno tehnično in sanitarno higijensko vzdrževanje javnih objektov, sredstev javnega prometa in javnih površin, vključno s preventivno dezinfekcijo, dezinsekcijo in deratizacijo.

kriznega načrta za primere izbruhov večjih epidemij. Takšen načrt, ki mora predvidevati reakcije zdravstvenih strokovnjakov, oblasti, veterinarjev, farmacevtov, civilne zaščite, gasilcev, policije in vojske, je po besedah Edite Štok<sup>34</sup> že pripravljen, a ga vlada še ni potrdila (Preverjeno, 17. februar 2004). Tudi njegovo akceptiranje pa ne bo dosti doprineslo k večji varnosti pred nalezljivimi boleznimi, dokler ga ne bomo z ustrezno vajo preiskusili v praksi in po potrebi dopolnili.

## 6.2. REAKCIJE SLOVENSKEGA SISTEMA VARSTVA PRED NALEZLJIVIMI BOLEZNIMI NA SARS

V Sloveniji obstaja splošen konsenz, da so incidenti z boleznimi, kot je SARS, tudi pri nas možni. Resolucija o strategiji nacionalne varnosti Republike Slovenije npr. v svojem četrtem členu zdravstveno-epidemiološka ogrožanja prišteva k možnim virom ogrožanja nacionalne varnosti Slovenije, prav tako pa Zakon o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami med naravne nesreče, ki nas lahko prizadanejo, uvršča tudi množičen pojav nalezljivih človeških bolezni (8. člen).

Na srečo pa pri nas za SARS-om ni nihče obolel. Zabeležena sta bila dva suma na to bolezen, a so ju testi, opravljeni na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete, ovrgli (Sočan, 3. 5. 2004). V prvem primeru je šlo za bolnico, ki je po vrnitvi iz Vietnama v začetku marca 2003 zbolela, bolezenski znaki pa so dopuščali tudi možnost SARS-a. Drugi bolnik pa se je konec aprila na poti iz Avstralije v Slovenijo prehodno ustavil v Singapuru, kjer je nosil zaščitno masko. Po prihodu v Slovenijo se je poškodoval, v murskosoboški bolnišnici, kjer je iskal pomoč, pa so ugotovili, da ima vročino. Ker ta dalj časa ni izginila, so ga iz previdnostnih ukrepov in tudi zato, da bi natančneje diagnosticirali bolezen, prepeljali na ljubljansko infekcijsko kliniko (24ur.com: V Slovenji zaenkrat ni SARS-a).

Ob zgoraj omenjenem konsenzu pa se pojavljajo razhajanja v ocenah možnih posledic, ki bi jih prinesel izbruh takih bolezni pri nas. Predvsem tisti, ki se z varstvom pred nalezljivimi boleznimi pri nas ukvarjajo, zatrjujejo, da smo načelno skoraj model države, ki ji bolezen, kakršna je SARS, ne bi smel povzročati večjih težav. Po Ihanovem mnenju (2003: 10) naj bi k temu doprinesla majhnost države, obvladljivost migracij, dobra zdravstvena mreža in izobraženo, disciplinirano prebivalstvo (zlasti ko

---

<sup>34</sup> Državna podsekretarka na ministrstvu za zdravje.

gre za nevarnosti). Meni tudi, da imamo življenjski standard, ki omogoča takojšnjo izvedbo vseh potrebnih epidemioloških ukrepov. Spet drugi, med njimi npr. infektolog Trampuž (2003: 9), pa menijo, da na SARS nismo ustrezno pripravljeni ter da nam verjetno ne bi uspelo preprečiti epidemije, če bi v našo državo prispel močno kužen bolnik.

Da bi prešli ta razhajanja in dobili realnejšo sliko sistema varstva pred nalezljivimi boleznimi pri nas, bom v nadaljevanju predstavil ukrepe, ki so jih v zvezi z možnim pojavom SARS-a v Sloveniji uvedle pristojne institucije, in jih primerjal s priporočili, ki jih je v zvezi s to boleznijo podal ameriški Center za nadzor bolezni, svetovna epidemiološka avtoriteta. Zavedati se je potrebno, da je mnogo pristopov in aktivnosti, ki se nanašajo na SARS, podobnih ali celo enakih tistim za boj proti ostalim nalezljivim boleznim, kot so gripa, črne koze in kuga. Zato je dopustno, da na osnovi ocen slovenskega reagiranja na SARS, ocenim tudi celoten sistem varstva pred nalezljivimi boleznimi pri nas.

V trenutku, ko proti SARS-u še nimamo na voljo cepiva ali učinkovitih zdravil, predstavljajo edino možno strategijo za omejevanje SARS-a globalno in nacionalno spremljanje in zgodnje odkrivanje primerov SARS-a ali sumljivih primerov atipične pljučnice s primernimi diagnostičnimi testi; takojšnja izolacija in ustrezna obravnava morebiti okuženih; takojšnja in učinkovita identifikacija, iskanje in opazovanje tistih, ki so z njimi bili v kontaktu; izdajanje opozoril in nasvetov za potnike ter preverjanje njihovega zdravstvenega stanja na letališčih in ostalih mejnih prehodih, da se prepreči mednarodno širjenje bolezni, ter pravočasno in ustrezno komuniciranje med zdravstvenimi oblastmi, zdravstvenimi delavci in javnostjo. Te osnovne elemente pa je običajno potrebno dopolniti še z dodatnimi ukrepi, kot sta karantena za tiste, ki so bili z okuženimi ali s tistimi, ki so bili potencialno izpostavljeni virusu, v tesnem stiku ter zapiranje šol, odpoved javnih shodov in uvajanje ostalih ukrepov za zmanjševanje stikov med ljudmi in s tem tudi upočasnitev prenosa virusa (CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 8-9).

#### 6.2.1. Odkrivanje SARS-a

Ključnega pomena za obvladovanje SARS-a je takojšnje odkrivanje okuženih in sumljivih ter verjetnih primerov atipične pljučnice, nemudno in celovito poročanje o

potencialnih primerih ter hitro odkrivanje tistih, s katerimi so bili (potencialno) okuženi v kontaktu. S tem se lajša obvladovanje izbruha ter ob ustreznih naslednjih korakih preprečuje nadaljnje širjenje (CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 10).

Zdravniki in ostali zdravstveni delavci morajo biti poučeni o značilnostih, ki pripomorejo k zgodnjemu prepoznavanju SARS-a, prav tako pa morajo biti seznanjeni tudi s proceduro prijavljanja suma, postavitve diagnoze SARS-a ali smrti zaradi njega. Za iskanje in opazovanje tistih, ki so z okuženimi bili v kontaktu, morajo biti vzpostavljeni ustrezni mehanizmi, seveda pa ne gre brez zadostnega števila ustreznih kadrov, ki navedene postopke izvajajo (CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 10).

Primarij Strle<sup>35</sup> meni (Preverjeno, 17. februar 2004), da je za obvladovanje nalezljivih bolezni ključnega pomena ustrezno zdravstveno osebje, hkrati pa opozarja, da je pri nas na voljo omejeno število zato usposobljenih zdravnikov. Z namenom, da bi jim olajšal zgodnje odkrivanje bolezni, je IVZ zdravstvenim delavcem posredoval navodila izdelana pri SZO, v katerih so opredeljeni sumljivi in verjetni primeri SARS-a. O sumljivih primerih govorimo pri osebah, ki so po prvem novembru 2002 zbolele z visoko vročino (38°C ali več), kašljem ali težkim dihanjem, v obdobju 10 dni pred pojavom bolezenskih znakov pa so bile v tesnem stiku z osebo, ki je sumljiv ali verjeten primer SARS-a, ali pa so potovale na območje, ocenjeno kot ogroženo, oz. tam celo živijo. Prav tako veljajo za sumljiv primer SARS-a osebe, ki izpolnjujejo enega izmed zadnjih treh pogojev, ter so v istem času zbolele in umrle zaradi nepojasnjene akutne okužbe dihal, obdukcija pa pri njih ni bila opravljena. Verjeten primer SARS-a je bolnik, ki ima poleg vseh značilnosti sumljivega primera še na rentgenogramu pljuč vidno pljučnico ali sliko akutnega respiratornega distress sindroma. Če je pri bolniku ugotovljen zanesljiv drug vzrok bolezenskega stanja, leta v skladu z omenjenimi navodili ni uvrščen med obolele s SARS-om (izključitveni kriterij) (IVZ: Ukrepi ob pojavu primera SARS). Po besedah Štokove je Ministrstvo za zdravje organiziralo izobraževanja o SARS-u za zdravstvene delavce takoj po izbruhu epidemije, dodatno usposabljanje, kjer naj bi zdravnikom ponovno teoretično in praktično predstavili to bolezen, pa je bilo načrtovano za februar 2004, a so ga

---

<sup>35</sup> Predstojnik ljubljanske klinike za infekcijske bolezni.

zaradi izbruha epidemije ptičje gripe v Aziji prestavili na marec (oddaja Preverjeno, 17. februar 2004).

Zdravnik mora pri nas diagnoze nalezljivih bolezni, ki so navedene v osmem členu ZNB-ja,<sup>36</sup> prijaviti območnemu zavodu za zdravstveno varstvo, način prijavljanja pa je določen s Pravilnikom (Grilc, Pirnat, 1993:12). Glede na to, da v ZNB-ju SARS ni naveden, bi vlada Republike Slovenije sicer lahko odločila, da se zanj uporabijo ukrepi, določeni s tem zakonom,<sup>37</sup> vendar so zdravstvene oblasti menile, da to ni potrebno, saj bolezen sodi med akutne infekcije dihal, ki pa na omenjenem seznamu so (Sočan, 3. 5. 2004). To je botrovalo dejstvu, da so za SARS formalno veljala precej manj stroga pravila četrte skupine nalezljivih bolezni, kamor Pravilnik uvršča akutne infekcije dihal, in ne prve skupine, ki bi bila glede na naravo in potrebe bolezni potrebna, in so se navkljub normativni nedorečenosti v praksi tudi upoštevala. V skladu z drugim členom Pravilnika mora zdravnik ob sumu ali postavitvi diagnoze nalezljive bolezni oz. smrti zaradi nalezljive bolezni iz prve skupine to v treh do šestih urah prijaviti območnemu zavodu za zdravstveno varstvo (bolezni iz četrte skupine se prijavljajo enkrat mesečno), ki o tem takoj obvesti IVZ. Le-ta bi ob primeru SARS-a o tem takoj obvestil ministra za zdravje in regionalni urad SZO za Evropo.

Obravnava kontaktov je domena epidemiologov zavodov za zdravstveno varstvo, ki morajo v skladu z doktrino, ki jo je izdelal IVZ, poiskati vse osebe, ki so bile v tesnem stiku s sumljivim ali verjetnim primerom SARS-a, kar pomeni, da so skupaj z njimi živele ali zanje skrbele, oz. so prišle v neposreden stik z njihovimi izločki. Velikost države omogoča, da je identifikacija in iskanje kontaktov pri nas po podrobni analizi aktivnosti (potencialno) okuženih in območij, kjer so se zadrževali, v večini primerov možno brez vznemirjanja javnosti, kot skrajni ukrep pa je predvidena uporaba medijev (Sočan, 3. 5. 2004). Preko njih so potnike letala, s katerim je na Brnik priletela bolnica, pri kateri je šlo za sum na SARS, opozarjali, naj bodo pozorni na morebiten pojav bolezenskih znakov.

Pomembna je tudi laboratorijska diagnostika, ki omogoča potrditev ali izključitev suma na SARS in njegovo dokumentiranje. Zaradi tega je potrebno zdravstvu

---

<sup>36</sup> Seznam bolezni, zaradi katerih se izvajajo splošni in posebni ukrepi.

<sup>37</sup> O odločitvi bi morala nemudoma obvestiti Državni zbor Republike Slovenije.

priskrbeti kvalitetne diagnostične teste, prav tako pa je potrebno zagotoviti, da se uporabljajo varno in primerno ter da se dobljeni rezultati tudi pravilno interpretirajo (CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 13). V Sloveniji je testiranje morebitne okužbe s SARS-om poleg splošno znanih in počasnejših načinov ugotavljanja okužbe z imunskim odzivom organizma že od srede aprila 2003 možno tudi s tako imenovanimi hitrimi testi, ki rezultate pokažejo najkasneje v osmih urah. Opravlja jih Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, ki pa nima posebej ločenega prostora za opravljanje diagnostike, ki zahteva najvišjo stopnjo biološke varnosti pri delu (IVZ: Ukrepi ob pojavu primera SARS; Delo, 30. april 2003). Sam Inštitut spada pod ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, tako da je komunikacija med Ministrstvom za zdravje, IVZ-jem in zavodi za zdravstveno varstvo oteženo. Vseeno pa Ihan (2003: 10) meni, da je dobro, da mikrobiološke diagnostike ne opravljajo rutinski bolnišnični laboratoriji temveč Inštitut, ki ima zaradi svoje dvojne vloge dovolj specializiranih strokovnjakov, ki lahko hitro odreagirajo tudi na nerutinske naloge.

#### 6.2.2. Izolacija in obvladovanje SARS-a v zdravstvenih zavodih

Nemudna izolacija okuženih ter doslednost pri upoštevanju splošnih previdnostnih ukrepov v zdravstvenih ustanovah, ki preprečujejo prenos bolezni, sta prav tako nujni sestavini strategije obvladovanja SARS-a. Zavedati se je potrebno, da je bila okužba več kot polovice vseh primerov povezana z zdravstvenimi zavodi. Poleg zdravstvenih delavcev so se namreč okužili še ostali hospitalizirani pacienti ter obiskovalci, ki so nato virus širili po bolnišnicah ter tudi izven njih (CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 45).

V zdravstvenih ustanovah mora biti zaradi tega izdelan ustrezen krizni načrt delovanja ob primeru izbruha nalezljivih bolezni, ocenjene morajo biti kadrovske in infrastrukturne zmogljivosti, razpoložljiva zdravstvena oprema za nego obolelih s SARS-om oz. podobnimi boleznimi ter izdelana strategija za primer velike epidemije, ko bi prišlo do povečanja potreb po infrastrukturi, kadrih in opremi. Prav tako pa je nujno vnaprej opredeliti, kako bodo zadovoljili potrebe osebja, ki bo skrbelo za okužene, ter izdelati strategijo komuniciranja z zaposlenimi, pacienti ter zdravstvenimi oblastmi (ibidem).

Slovenske bolnišnice naj bi krizne načrte za primere izbruhov nalezljivih bolezni imele pripravljene, vsaj v Kliničnem centru pa naj bi izvajali tudi vaje s podobnimi scenariji (Sočan, 3. 5. 2004). Dejstvo pa je, da se je tudi v zdravstvu okrepila stroškovna zavest, zmanjševanje števila bolniških postelj pa je postal eden najpomembnejših znakov »učinkovitega« delovanja zdravstva. Bolnišnice se po mnenju Štokove (v Jankovič, 2003: 9) vsak dan srečujejo s prezasedenostjo enot za intenzivno terapijo in predvsem s pomanjkanjem opreme za večje število pacientov, po drugi strani pa je po njenih besedah tudi pri nas področje infektologije zanemarjeno, kar nenazadnje kaže tudi že omenjena Strletova izjava o relativno omejenem številu usposobljenih zdravnikov za boj proti nalezljivim boleznim.

Ob izbruhu SARS-a v svetu je pod okriljem Ministrstva za zdravje ožja skupina strokovnjakov s področja infektologije odločila, da bi pri nas bolnike, pri katerih bi šlo za sum na SARS, sprejeli infekcijski oddelki bolnišnic v Ljubljani, Mariboru in Celju, saj imajo na njih respiratorje, oz. umetna pljuča, na katera je potrebno priključiti okužene bolnike, kadar gre za močno oteženo dihanje. V primeru, da bi bilo s SARS-om okuženih več ljudi, pa bi jih lahko pripeljali še na infekcijske oddelke bolnišnic v Murski Soboti in Novem mestu (Lesničar v Sedlar, 2003: 3). V skladu z medicinsko doktrino naj bi bolnike, pri katerih je dokazano, da gre za sum na aerogeno prenosljivo okužbo, kamor sodi tudi SARS, namestili v posebno bolniško sobo z negativnim podtlakom, ki s tem, ko omogoča pretok zraka le od zunaj v sobo, ne pa tudi iz nje, preprečuje uhajanje patogenih mikroorganizmov v okolje (Munih in drugi, 2003: 29; Lužnik-Bufon, 1999: 53). Dejstvo pa je, da nobena naša bolnišnica ne premore takšne izolacijske sobe, čeprav bi vsaj eno nujno potrebovali. Zaradi tega aerogeno izolacijo opravljajo v enoposteljnih bolniških sobah z lastnimi sanitarijami in kopalnicami ter predprostori, ki onemogočajo neposreden pretok zraka iz sob na hodnike in druge prostore na oddelkih (Munih in drugi, 2003: 29). Sočanova meni (3. 5. 2004), da je za primere večjih potreb po takšni izolaciji ustreznih prostorov v Kliničnem centru relativno dovolj, saj bi ob takšnih razmerah odpovedali vsa neurgentna zdravljenja in s tem na različnih oddelkih pridobili veliko ustreznih enoposteljnih sob. Hkrati pa dodaja, da tovrstna izolacija v primerih SARS-a sploh ni potrebna, ker je zadostna že kohortna izolacija, pri kateri bolnike okužene z istim mikroorganizmom lahko zdravimo v isti sobi (do tri osebe). Trampuž (2003: 9) meni, da bi izolacijske sobe morale imeti avtonomne sisteme klimatiziranja, ki prav tako onemogočajo širjenje okužb po oddelkih, ali pa naj klimatskega prezračevanja sploh



ne bi bilo. S tega vidika ustreznih sob na intenzivnih oddelkih v Ljubljani nimajo, čeprav bi vsaj petina bolnikov s SARS-om potrebovala intenzivno nego. Opozarja tudi, da ambulate nimajo posebnega vhoda za sprejem bolnikov s SARS-om, ki bi v nje lahko prišli po zdravstveno pomoč, ob tem pa bi okužili še druge bolnike v čakalnici.

Ob izbruhu epidemije v svetu se je Slovenija soočila tudi s pomanjkanjem respiratornih mask z ustreznim filtrom. Za bolnike, zdravstveno osebje in druge osebe v tesnem stiku z bolniki so namreč potrebne maske, ki filtrirajo vsaj 95 odstotkov delcev večjih od 0,3  $\mu\text{m}$ . Njihova uporaba je zlasti pomembna pri kužnih boleznih, da že pri izvoru zmanjšamo izločanje virusa v okolico (Petrovec v Jankovič, 2003: 8). Omenjene maske bi zdravstveni zavodi sicer morali imeti že zaradi bolnikov s tuberkulozo, a se je izkazalo, da še dva meseca po pričetku epidemije v Sloveniji ni bilo dovolj mask, niti navodil za pravilno uporabo. Tiste, ki so bile na voljo, so razgrabile zdravstvene organizacije, posamezniki, ki so potovali v ogrožene kraje, nekateri zdravstveni delavci, nekaj pa jih je za svojo uporabo kupila tudi policija (Trampuž, 2003: 9; Sedlar, 2003: 3). Na Ministrstvu za zdravje zatrjujejo, da sedaj razpolagajo z zadostnim številom ustreznih mask za zdravstveno osebje, za prebivalce pa njihovega nakupa ne načrtujejo (Preverjeno, 17. februar 2004).

Trampuž meni (2003: 9), da je v slovenskih zdravstvenih zavodih zanemarjena predvsem zaščita zdravstvenega delavcev, pomanjkanje ustreznih mask bi namreč v primeru izbruha SARS-a ali njemu podobnih bolezni najbolj prizadelo ravno njih. Podatek, da se je v letu 2002 kar šest zdravstvenih delavcev pri nas na delovnem mestu okužilo z bacilom tuberkuloze, je po njegovem mnenju zadosten dokaz za neustrezne ukrepe pred povzročitelji, ki se prenašajo po zraku. Hkrati pa drži, da so šele ameriške izkušnje z antraksom prispevale, da smo pri nas priskrbeli zaščitno opremo vsaj za ekipe prvega kontakta (Štok v Jankovič, 2003: 9).

### 6.2.3. Ukrepi v javnosti za obvladovanje SARS-a

V več državah so bili ključnega pomena za zaježitev epidemije ukrepi v javnosti, vključno z nebolnišnično izolacijo in karanteno. Slednje se morajo vedno uvajati selektivno, previdno ter z vsem spoštovanjem do človekovega dostojanstva. Optimalen učinek izolacija in karantena dosežeta, če se izvajata na prostovoljni ravni,

zaradi potrebe po zagotavljanju javnega zdravja pa ju oblasti lahko odredijo tudi prisilno. V določenih skrajnih primerih se zmanjševanje prenosa bolezni poskuša doseči tudi z omejevanjem socialnih interakcij, poleg uvedbe izolacije in karantene npr. še s prepovedjo javnih zbiranj, zaprtjem šol in podjetij ter podobno. Podlaga zato in mehanizem, ki zagotavlja primerno izvedbo in ne stigmatizira prizadetih, morata biti že vnaprej jasno določena (CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 80-81).

IVZ v svojih navodilih zdravstvenemu osebju za asimptomatske osebe, ki so bile v tesnem stiku s sumljivim primerom SARS, ni priporočal nobenih omejitev. Osebam, ki so bile v stiku z verjetnim primerom SARS-a, pa naj bi epidemiolog v skladu z omenjenimi navodili svetoval, naj 10 dni od zadnjega stika z verjetnim primerom SARS ostanejo doma, ne hodijo v šolo ali na delovno mesto in naj so čim manj v stiku z drugimi ljudmi. Takšne osebe bi si morale dvakrat dnevno meriti telesno temperaturo in jo zapisati na poseben obrazec, epidemiolog pa bi se z njimi vsak dan pogovoril po telefonu in jih po potrebi tudi obiskal (aktivni nadzor). Ob pojavu vročine ali drugih simptomov bi morale takoj obvestiti zdravnika in do napotitve v bolnišnico ostati doma (IVZ: Ukrepi ob pojavu primera SARS). Po besedah Sočanove (3. 5. 2004) pri nas zaradi SARS-a nihče ni bil v karanteni.

V primerih, če takšne osebe omenjenih ukrepov ne bi upoštevale, bi lahko minister za zdravje na predlog IVZ-ja odredil karanteno, zoper katero pritožba ni možna (19. člen ZNB-ja). Takšno karanteno bi lahko uvedli na domu oseb, ki so bile v tesnem stiku s sumljivim primerom SARS-a, če bi bilo takšnih oseb več, pa v večjih nastanitvenih objektih,<sup>38</sup> npr. v hotelih, ki bi jih izpraznili v ta namen. Po mnenju Sočanove (3. 5. 2004) bi osebe v karanteni z življenjskimi potrebščinami najverjetneje preskrbovali pripadniki enot civilne zaščite za radiološko, kemijsko in biološko zaščito, ki razpolagajo z ustrezno zaščitno opremo.<sup>39</sup> Opomniti velja, da lahko minister za zdravje ob večji epidemiji ter ob naravnih in drugih nesrečah, ki lahko povzročijo hujšo epidemijo nalezljive bolezni, odredi materialno dolžnost, prepove ali omeji gibanje prebivalstva na ogroženih območjih, prepove zbiranje ljudi po šolah, kinodvoranah, javnih lokalih in drugih javnih mestih ter omeji ali prepove

---

<sup>38</sup> Sočanova ni želela komentirati namigovanj v medijih, da naj bi za morebitno lokacijo karantene v primeru izbruha SARS-a pri nas načrtovali prostore izpraznjene vojašnice v Ilirski Bistrici.

<sup>39</sup> Ob epidemijah večjega obsega pa bi jim na pomoč lahko priskočili tudi pripadniki 18. bataljona za radiološko-kemično-biološko obrambo slovenske vojske.

promet posameznih vrst blaga in izdelkov. Upoštevanje slednjega in odrejenih ukrepov karantene zagotavlja policija (37., 39. in 51. člen ZNB-ja).

#### 6.2.4. Preprečevanje prenosa SARS-a z mednarodnimi potovanji

Ob neustreznih ukrepih za obvladovanje SARS-a se lahko le-ta s pomočjo mednarodnih potovanj hitro širi po celotnem planetu. Tveganje z njimi povezanih okužb se lahko bistveno zmanjša s preverjanjem, če potniki, ki prihajajo<sup>40</sup> iz prizadetih območij, morebiti kažejo SARS-u podobne simptome, ter s tem, da tiste, ki se z omenjenih območij vračajo oz. nanje potujejo, o bolezni informiramo in opozorimo, da morajo nemudoma sporočiti, če slučajno zbolijo (CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 103).

Virus SARS-a bi v Slovenijo najverjetneje lahko prišel preko potnikov v letalskem prometu, zaradi česar je IVZ navodila za ukrepe ob sumih na primere SARS-a posredovala tudi slovenskemu letalskemu prevozniku in Aerodromu Ljubljana (Sočan, 3. 5. 2004). Pregledovanje oseb, ki so se vračale iz jugovzhodne Azije, po mnenju strokovnjakov IVZ-ja naj ne bi bilo smiselno, saj je bilo bolj verjetno, da bi bolnika identificirali in ločili od ostalih potnikov že na večjem letališču, kjer pristajajo direktni leti iz jugovzhodne Azije. Kljub temu pa je bila vsakemu potniku na Aerodromu Ljubljana dostopna kratka zloženka o bolezni, v njej pa so bile tudi telefonske številke, kamor bi potnik lahko poklical, če bi imel dodatna vprašanja ali če bi pri sebi opazil znake bolezni (IVZ: SARS – vprašanja in odgovori).

Kraigherjeva je pojasnila (24ur.com: Slovenija pripravljena na sars?), da bi v primeru, da bi posadka na letalu opazila potnika, ki kaže znake okužbe z virusom SARS, ta o tem najprej obvestila kontrolo letenja, ta varnostno operativni center na letališču Ljubljana, slednji pa zdravstveni dom. Stevardese in stewardi bi morali potencialnega bolnika že na letalu čim bolj osamiti in mu nadeti zaščitno masko, po pristanku pa bi ponj prišlo reševalno vozilo in ga odpeljalo v za to odrejen ločen prostor, kjer bi ga pregledal dežurni zdravnik na letališču. V primeru, da bi ugotovil, da bi lahko šlo za okužbo, bi se bolnika takoj napotilo na kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja z ustreznim reševalnim vozilom.

---

<sup>40</sup> Če bi bili primeri bolezni zabeleženi v državi, pa tudi tiste, ki državo zapuščajo.

Čeprav okrog tritedenska plovba s prizadetih območij in pravilo, da se ladje v Luki Koper lahko privežejo zgolj po predhodni kapitanovi izjavi, da na njej ni obolelih, skorajda v celoti onemogočata prenos SARS-a v Slovenijo z ladijskim prometom, je IVZ v zvezi s to boleznijo nekatere ukrepe priporočil tudi slovenskemu pristanišču (Sočan, 3. 5. 2004, Jazbec, 15. 4. 2004). Ladja, ki je v Luko Koper iz Singapura priplula junija 2003, se je tako npr. morala zasidrati tri milje pred pristaniščem in počakati, da jo je obiskal obmejni zdravstveni inšpektor, ki je preveril, ali kdo od posadke ne kaže znakov bolezni (24ur.com: Ni bojazni pred okužbo).

Prav tako pa bi bilo možno, da bi z virusom SARS-Cov okužene osebe v Slovenijo prišle s prečkanjem kopenske meje, tudi nezakontim. Leta 2003 so policisti obravnavali 5018 ilegalnih migrantov, med katerimi je bilo tudi 117 kitajskih državljanov (Policija: Ilegalne migracije na območju Republike Slovenije). Nedvomno pa je bilo tujcev, ki so nezakonito vstopili v našo državo, precej več. Skladno z devetim členom Zakona o tujcih imajo policisti sicer pravico, da tujca, za katerega sumijo, da je obolel za nalezljivo boleznijo, zavrnejo, a se ob tem porajajo dvomi v usposobljenost policistov, da prepoznajo bolezenske znake. Leskovec Sedmakova (20. 4. 2004) je zgolj zatrdila, da naj bi bili policisti na meji dobro seznanjeni s postopki, ki jih morajo opraviti, v kolikor pridejo v kontakt s takšno osebo, za takšne primere pa naj bi imeli na voljo tudi vso potrebno zaščitno opremo. Dodatnih aktivnosti policisti na meji zaradi SARS-a niso izvajali.

#### 6.2.5. Obveščanje

Vitalnega pomena pri obvladovanju širjenja SARS-a je tudi hitro in redno obveščanje o bistvenih značilnostih bolezni in izbruha. Epidemija je povsod sprožila medijsko pozornost, od odgovornih pa terjala ogromno napora, da posredujejo informacije in navodila, ki so jih zahtevali javnost, mediji, politiki in zdravstveni delavci. Potrebno je bilo opredeliti temeljne informacije o SARS-u za določene ciljne skupine ter izbrati najustreznejše metode za njihovo posredovanje. V podobnih primerih je nujno vzdrževati javno zaupanje v nacionalni sistem javnega zdravstva in v njegovo sposobnost obvladovanja epidemije. Pravočasne, točne, dosledne in izčrpne informacije morajo prispevati k ohranjanju reda in zmanjševanju panike. Nemudoma je potrebno reagirati na govorce, nenatančnosti in napačne interpretacije ter

preprečiti stigmatizacijo določenih skupin (CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, 2004: 13).

V sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in Komisijo za obvladovanje bolnišničnih okužb Kliničnega centra je IVZ, na katerem menijo, da je bil SARS deležen pretirane javne pozornosti, izdal že omenjena navodila za zdravstvene delavce, letališča in pristanišča ter navodila za pošiljanje vzorcev v laboratorije in za ukrepanje in delo s posebnimi skupinami (Sočan, 3. 5. 2004). Trampuž (2003: 9) pa opozarja, da so bila navodila zdravstvenim zavodom poslana prepozno, šele 28. aprila, šest tednov za tem, ko je SZO izdala prvo opozorilo glede SARS-a. Medtem se je na svetu okužilo že 5050 oseb in umrlo 321 bolnikov, v sosednji Italiji pa so do tega dne zabeležili že osem bolnikov s potrjenim SARS-om. Na lastno pobudo je Inštitut oblikoval zgolj najnujnejša sporočila za javnost (dostopna so bila tudi na njihovih spletnih straneh), saj večja angažiranost zaradi medijev, ki so se nanj dnevno obračali s vprašanji in o vseh novih informacijah tudi obširno poročali, ni bila potrebna. V večji meri bi javnost obveščal,<sup>41</sup> če bi se v medijih pojavile neresnice ali če bi med Slovenci zavladala panika (Sočan, 3. 5. 2004). Do slednje pa ni prišlo, kar kažejo tudi rezultati raziskave, ki jo je 21. in 22. maja 2003 na vzorcu 700 prebivalcev Slovenije opravila Ninamedia.<sup>42</sup> Anketirani so bili v 62,2 odstotkih dobro seznanjeni s pojavom bolezni, kar 87,2 odstotka pa se jih osebno zaradi nje ni počutilo ogroženih, čeprav jih je veliko menilo, da predstavlja SARS zelo veliko (38,3 odstotkov), ali veliko (35,5) nevarnost za človeštvo (Ninamedia: Vox populi).

---

<sup>41</sup> V skladu s 25. členom zakona o medijih morajo le-ti na zahtevo državnih organov ter javnih podjetij in javnih zavodov brez odlašanja brezplačno objaviti nujno sporočilo v zvezi z resno ogroženostjo življenja, zdravja ali premoženja ljudi, kulturne in naravne dediščine, ter varnosti države.

<sup>42</sup>Priloga F.

## 7. ZAKLJUČEK

Družbeni razvoj druge polovice 19. stoletja, ki je vplival tudi na boljše razumevanje epidemiologije nalezljivih bolezni, na uporabo higienskih ukrepov, cepljenje in razvoj antibiotikov, je v razvitem svetu prispeval k izrazitemu zmanjšanju umrljivosti zaradi nalezljivih bolezni. Žal pa je ta napredek poleg uspeha s preprečevanjem teh bolezni, ki je trajal malo več kot stoletje, v sebi nosil tudi kal vnovičnega širjenja nalezljivih bolezni. Impresivni rezultati boja proti kužnim boleznim so namreč odvrnili pozornost od varstva pred njimi, družbeni razvoj pa je spodbudil nekatere trende, ki se nadaljujejo še danes in dejansko predstavljajo dejavnike nalezljivih bolezni. Narašča število ljudi in povečuje se urbanizacija, priseljenci v mesta pa so običajno revni, slabo hranjeni, živijo v natrpanih, nehigienskih razmerah, kjer je oskrba z vodo neprimerna. Zaradi vojn in socialne neenakosti se večja število beguncev, izjemno je poraslo število potnikov v mednarodnem prometu. Medicinsko zdravljanje omogoča daljše preživetje osebam z oslabljenim imunskim sistemom, industrializacija, grajenje jezov, pretirano izsekavanje gozdov in namakanje pa spreminjajo naravno okolje in vplivajo na živali, ki prenaša nalezljive bolezni.

Konvergenca zgoraj navedenih procesov in še nekaterih drugih dejavnikov nalezljivih bolezni pa je kritično maso dosegla na prelomu iz sedemdesetih v osemdeseta leta prejšnjega stoletja. Leta 1976 sta se pojavili hemoragična mrzlica ebola in legioneloza, prelomno pa je bilo leto 1981, ko so odkrili AIDS, nalezljivo bolezen, ki je najbolj zaznamovala 20. stoletje. Pričelo se je obdobje, ki je bilo zaradi vnovične razširitve nalezljivih bolezni epidemiološko tako edinstveno, da je v strokovni literaturi dobilo celo svoje ime, tretji epidemiološki prehod. Razviti svet je postal priča ponovne ekspanzije nalezljivih bolezni, ki jih je sicer poznal že v preteklosti, a je menil, da jih ima pod nadzorom, prizadele pa so ga tudi številne nove nalezljive bolezni. V epidemčnih razsežnostih so se med drugimi ponovno pojavile tuberkuloza, davica, kolera in kuga, na novo pa so poleg AIDSa od leta 1981 odkrili še vsaj 33 epidemij povsem novih patogenov, ki ogrožajo človeško zdravje, med njimi tudi npr. hepatitis C in E, hantan pljučni sindrom, enterohemoragično drisko coli 0157:H7 ter ptičjo gripo. Čeprav dopuščam možnost, da je vnovično povečanje prisotnosti nalezljivih bolezni delno odvisno tudi od izboljšanja odkrivanja patogenov, pa menim, da lahko prvo hipotezo v celoti potrdim.

Prav tako lahko potrdim, da nalezljive bolezni predstavljajo pomemben vir ogrožanja posameznikov. Kljub dejstvu, da je bil koncept posameznika kot subjekta varnosti vpeljan šele po koncu hladne vojne v okviru perspektive človeške varnosti, to pravzaprav nikoli ni bilo sporno, saj nalezljive bolezni pohablajo in ubijajo. Povzročajo stigmatizacijo, bojazen, sram in psihične posledice, posameznike pehajo v ekonomsko stisko in jih podijo z domov. Podobno je bilo tudi ob izbruhu SARS-a, zaradi katerega je zbolelo 8098 ljudi, 774 pa jih je umrlo.

Povsem korektna je tudi trditev, na katero opozarjajo pristaši paradigme ekološke varnosti, da bi nalezljive bolezni lahko ogrozile celo obstoj človeštva. Toda tega v primeru SARS-a še zdaleč ne smemo trditi. Smrtnost zaradi virusa namreč ni bila sto odstotna, pa tudi način njegovega širjenja je bil takšen, da je bilo z ustreznimi ukrepi mogoče preprečiti njegov prenos.

Kot sem zapisal že v uvodu, nalezljive bolezni do osemdesetih let prejšnjega stoletja v okviru varnostne teorije, ki se je do takrat skorajda izključno ukvarjala z nacionalno varnostjo, niso našle svojega mesta. Svoj položaj med viri ogožanja nacionalne varnosti so v sklopu ekoloških groženj dosegle šele z njeno diverzifikacijo v osemdesetih in na začetku devetdesetih, pred tem pa je na političnem realizmu sloneči koncept nacionalne varnosti predvideval, da državo ogožajo zgolj vojaški viri ogrožanja. Temu je bila glavni razlog verjetnost medblokoveškega vojaškega spopada, nalezljive bolezni so namreč v odvisnosti od obsega svojih epidemij temeljne funkcije držav hromile na isti način, tako pred kot tudi po obogatitvi varnostne teorije. Res pa je, da je čas preseganja realističnega pojmovanja varnosti sovpadal tudi z dejanskim povečanjem prisotnosti nalezljivih bolezni oz. s tretjim epidemiološkim prehodom.

Nalezljive bolezni zaznamujejo preživetje države, njeno stabilnost, prosperiteto, odnose v državi pa tudi z drugimi državami mednarodne skupnosti znotraj vsaj štirih sklopov, in sicer v okviru domen ekonomske produktivnosti, poseljenosti in migracij, obrambnih sposobnosti držav ter domene oblasti. Epidemije oz. pandemije nalezljivih bolezni onemogočajo realizacijo vseh štirih temeljnih narodnogospodarskih ciljev, ovirajo gospodarsko rast, kar se odraža v padanju nacionalnih BDP-jev, povečujejo nezaposlenost, dvigujejo splošna raven cen (inflacija) ter zmanjšujejo mednarodno gospodarsko menjavo. S pospešenimi procesi urbanizacije in povečanimi s strahom spodbujenimi migracijskimi tokovi v tujino erodirajo sposobnost držav, da regulirajo

poseljenost določenih območij. Povzročajo tveganja v zvezi z vojaško pripravljenostjo držav, njihovo sposobnostjo varovati lastno ozemeljsko integriteto ter osnovati ali mirovne sile ali enote za vsiljevanje ukrepov. Hkrati pa lahko nalezljive bolezni v okviru četrte domene slabijo sposobnost političnih vodij in njim podrejenih birokratov, da učinkovito vladajo. Kužne bolezni lahko povzročijo erozijo vladne legitimnosti s strani prizadetih državljanov, nosilci oblasti pa lahko tudi sami zbolijo ali umrejo, kar lahko predvsem v nastajajočih demokratičnih družbah spodbudi institucionalno krhkost, ki spodkopava stabilnost držav. Ob izbruhu SARS-a se je pokazalo, da je tudi ta na države oz. njihovo nacionalno varnost deloval kvarno preko teh štirih segmentov.

Potrdim lahko torej tudi drugo hipotezo, da nalezljive bolezni, kot je denimo SARS, v današnjem obdobju redefinirane varnosti predstavljajo pomemben vir ogrožanja. Dokazal sem, da to velja tako na ravni posameznika in celotnega človeštva, pa tudi na državni ravni. Pri tem pa je potrebno opozoriti, da so v praksi nalezljive bolezni med vire ogrožanja sodile že prej. S koncem hladne vojne in s tem povezanega možnega spopada pa je v okviru procesa širjenja pojma varnosti nalezljivim boleznim to vlogo pripisala tudi varnostna teorija.

Tudi pri nas imamo zaradi realne grožnje nalezljivih bolezni vzpostavljen nacionalni sistem epidemiološkega spremljanja in obvladovanja nalezljivih bolezni, ki sloni na ustrezni zakonski podlagi, v kratkem pa naj bi potrdili še državni krizni načrt za primere izbruhov večjih epidemij, ki bi ga nedvomno potrebovali že mnogo prej. Na srečo pri nas za SARS-om ni nihče obolel, dva suma na to in vpetost Slovenije v mednarodne prometne tokove pa so kljub temu terjali povečano angažiranje slovenskega varstva pred nalezljivimi boleznimi ter hkrati vzbudili zanimanje za njegovo delovanje.

V zvezi z odkrivanjem morebitnih primerov SARS-a je očiten problem, ki je skupen celotnemu slovenskemu zdravstvu. Tudi na področju epidemiologije in infektologije namreč ni dovolj usposobljenih zdravnikov, ki so nalezljive bolezni sposobni diagnosticirati. Prav tako pa slovenski laboratoriji ne dosegajo varnostnih standardov, ki so potrebni za varno doseganje optimalnih rezultatov laboratorijske diagnostike. Bolnišnicam primanjkuje opreme za večje število pacientov z nalezljivimi boleznimi, na voljo pa nimamo niti ene bolniške sobe z negativnim podtlakom, ki bi jo nujno potrebovali za primere aerogeno prenosljivih nalezljivih bolezni, pa tudi hemoragičnih



mrzlic iz tropskih krajev. Neustrezno je tudi klimatiziranje na intenzivnih oddelkih Kliničnega centra, kjer bi lahko zdravili kužne bolnike, pa tudi dejstvo, da večina ambulant za sprejem takšnih bolnikov nima posebnega vhoda. S strani slovenskega zdravstva je bilo še posebej neodgovorno, da nas je izbruh SARS-a v svetu zalotil brez respiratornih mask z ustreznim filtrom.

Karantena in ostali ukrepi v javnosti za obvladovanje nalezljivih bolezni, kot so prepoved zbiranje ljudi po šolah, kinodvoranah, lokalih in drugih javnih mestih, v primeru SARS-a podobno kot aktiviranje sil za zaščito, reševanje in pomoč niso bili potrebni. Pojavlja pa se vprašanje, kako učinkovita bi bila njihova morebitna vzpostavitev glede na dejstvo, da v odsotnosti ustreznega kriznega načrta pristojni takšnih scenarijev ne preizkušajo s praktičnimi vajami.

V splošnem lahko ugotovim, da je Slovenija kljub nekaterim časovnim zamikom ob izbruhu epidemije SARS-a v okviru svojih objektivnih možnosti izvedla vse potrebne ukrepe. Žal pa zaradi nezadostnih vlaganj v slovensko zdravstvo nasploh ter zaradi dejstva, da sta slovenska epidemiologija in infektologija kljub trendom tretjega epidemiološkega prehoda, ki se odražajo tudi pri nas, še vedno zapostavljeni, naše varstvo pred nalezljivimi boleznimi pesti pomanjkanje denarja, ki se odraža v neustrezni infrastrukturi in opremi. Menim, da lahko z besedami Edite Štok z Ministrstva za zdravje (v Jankovič, 2003: 9), da si Slovenija glede pripravljenosti na SARS na lestvici od ena do deset zasluži šestico, da smo sicer pozitivni, a komaj nad vodo, potrdim tudi svojo tretjo hipotezo, da Slovenija na izbruh nalezljivih bolezni, kot je SARS, ni dobro pripravljena. Ob dejstvu, da se bo z okoli 90 odstotno verjetnostjo v naslednjih pet do deset letih pojavila pandemija gripe, pa moram dodati, da nanjo nikakor nismo pripravljene. Ampak ne samo mi, nanjo ni pripravljen nihče.

## 8. VIRI IN LITERATURA

### Knjige in zborniki

1. Bedjanič, Milko (1970): Infekcijske bolezni. Univerzitetna založba, Ljubljana.
2. Brower Jennifer; Chalk, Peter (2003): The Global Threat of New and Reemerging Infectious Diseases. Rand, Santa Monica, CA
3. Benko, Vlado (2000): Sociologija mednarodnih odnosov. Znanstveno in publicistično središče, Ljubljana.
4. Buzan, Barry (1991): People, states and fear. Harvester Wheatsheaf, New York.
5. Grilc, Eva; Pirnat, Nina (2003): Sistem obveščanja ter izvajanja ukrepov preprečevanja in obvladovanja ob pojavih nalezljivih bolezni iz prve skupine. V Musič, Darija (ur.): Aerogeno prenosljive nalezljive bolezni: zbornik predavanj. Slovensko društvo za bolnišnično higieno, str. 11-17.
6. Grizold, Anton (1999): Obrambni sistem Republike Slovenije. Visoka policijsko-varnostna šola, Ljubljana.
7. Hamburg, Margaret; Lederberg, Joshua; Smolinski, Mark (2003): Microbial Threats to Health: Emergence, Detection, and Response. The National Academies Press, Washington, D.C.;  
<http://books.nap.edu/books/030908864X/html/6.html>, 22. avgust 2003.
8. Kosanović – Četković, Desanka (1974): Akutne infektivne bolezni. Izdavačko – informativni centar studenata, Beograd.
9. Kotnik – Dvojmoč, Igor (2002): Konceptualizacija varnostnih pojavov v sodobnem svetu. V Nesreče in varstvo pred njimi. Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje, str.212-221.
10. Likar, Miha (1981): Usoda nalezljivih bolezni. Državna založba Slovenije, Ljubljana.
11. Likar, Miha (1999): Porajajoče se nalezljive bolezni. Zbornica sanitarnih tehnikov in inženirjev Slovenije, Ljubljana.
12. Lubi, Darko (2003): Teorija strategije – študijsko gradivo. FDV, Ljubljana.
13. Lužnik-Bufon, Tatjana (1999): Novejši pogledi na izolacijo bolnikov z nalezljivimi boleznimi. V Krulec, Aleš (ur.): Sodobni problemi nalezljivih bolezni: zbornik simpozija. Zbornica sanitarnih tehnikov in inženirjev, str. 51-55.

14. Mihaljević, Frane (1985): Opća klinička infektologija. Školska knjiga, Zagreb.
15. (1994): Mikrobiološki slovar. Slovensko mikrobiološko društvo, Ljubljana.
16. Munih, Jolanda; Bevdek, Ružica; Prevec, Metka; Lejko-Zupanc, Tatjana (2003): Preprečevanje prenosa aerogenih okužb v bolnišnici. V Musič, Darija (ur.): Aerogeno prenosljive nalezljive bolezni: zbornik predavanj. Slovensko društvo za bolnišnično higieno, str. 27-33.
17. (1995): Oxfordova ilustrirana enciklopedija žive narave. DZS, Ljubljana.
18. Ožbolt, Aleksandra (2002): Higiena in sanitacija. Turistica, visoka šola za turizem, Portorož.
19. Ratajč, Darja (2003): Težak akutni respiratorni sindrom in preprečevanje prenosa okužbe v bolnišnici. Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana.
20. Trampuž, Andrej (2003): Predgovor. V Musič, Darija (ur.): Aerogeno prenosljive nalezljive bolezni: zbornik predavanj. Slovensko društvo za bolnišnično higieno, str. 4-10.

#### Strokovni članki

1. Barrett, Ronald; Kuzawa, Christopher, McDade, Thomas; Armelagos, George (1998): Emerging and Re-emerging Infectious Diseases: The Third Epidemiologic Transition. *Annual Review of Anthropology*, 27, str. 247-71; [http://www.cas.northwestern.edu/anthropology/LHBR/Kuzawa%20pdfs/third\\_epi\\_trans\\_annual\\_review.pdf](http://www.cas.northwestern.edu/anthropology/LHBR/Kuzawa%20pdfs/third_epi_trans_annual_review.pdf), 13. oktober 2003.
2. Bates, Gill (2003): China: Richer, but not healthier. *Far Eastern Economic Review*, 166, 17, str. 23.
3. Fidler, David (2003): Public Health and National Security in the Global Age: Infectious Diseases, Bioterrorism, and Realpolitik. *The George Washington International Law Review*, 35, 4, str. 787-856.
4. Gunaratna, Rohan (2001): Transnational threats in the post-Cold War era. *Jane's Intelligence Review*, 13, 1, str. 46-50.
5. Jelen, Nejc: SARS – pol leta epidemije. *Življenje in tehnika*, 54, 7 – 8, str.43 – 49.
6. Kelley, Patrick (2000): Transnational contagion and global security. *Military Review*, 80, 3, str. 59-64.
7. Kraigher, Alenka; Hočevar Grom, Ada; Turk, Karl; Opačič, Simo (1995): Varstvo pred nalezljivimi boleznimi. *Zdravstveno varstvo*, 34, 5/8, str. 211-213.

8. Kraigher, Alenka; Hočevnar-Grom, Ada (1997): Nalezljive bolezni ogrožajo človeštvo: naglo ukrepanje – stalna pripravljenost. Zdravstveno varstvo, 36, 3/4, str. 73-75.
9. Kraigher, Alenka; Sočan, Maja; Hočevnar-Grom, Ada; Klavs, Irena; Grgič-Vitek, Marta (1999): Porajajoče se nalezljive bolezni in njihovo preprečevanje – strategija za 21. stoletje. Zdravstveno varstvo, 29, 7/8, str. 263-269.
10. Likar, Miha (1999): Bioterrorizem – nova nevarnost. Ujma, 13, str. 227-231.
11. Malešič, Marjan (1994): Tri teoretične perspektive sodobne varnosti. Javnost, 1, 4, str. 97-104.
12. Malešič, Marjan (1998): Varstvo pred nesrečami na pragu novega tisočletja. Ujma, 12, str. 5-6.
13. Mulvenon, James (2003): The Crucible of Tragedy: SARS, the Ming 361 Accident, and Chinese Party-Army Relations. China Leadership Monitor, 8, str. 1-12; [www.chinaleadershipmonitor.org/20034/jm.pdf](http://www.chinaleadershipmonitor.org/20034/jm.pdf), 14. marec 2004.
14. Trampuž, Andrej; Rezar, Leopold; Tomič, Viktorija; Muzlovič, Igor (2003): SARS (hudi akutni respiratorni sistem) - nov izziv za človeštvo. Zdravniški vestnik, 72, 3 – 4, str. 453 - 460.
15. Walzer Leavitt, Judith; Leavitt, Lewis (2003): After SARS: Fear and its uses. Dissent, 50, 4, str. 54 – 58.

## Dokumenti

1. Pravilnik o prijavi nalezljivih bolezni in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje. Uradni list Republike Slovenije št. 16/99.
2. Resolucija o strategiji nacionalne varnosti Republike Slovenije. Uradni list Republike Slovenije št 56/01.
3. Zakon o medijih. Uradni list Republike Slovenije št 35/01.
4. Zakon o nalezljivih boleznih. Uradni list Republike Slovenije št. 69/95.
5. Zakon o tujcih. Uradni list Republike Slovenije št. 61/99.
6. Zakon o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami. Uradni list Republike Slovenije št 66/94.

## Spletne strani

1. 24ur. com: Kriza letalskih prevoznikov, 4. 7. 2003.  
[http://24ur.com/naslovnica/gospodarstvo/20030704\\_2026508.php](http://24ur.com/naslovnica/gospodarstvo/20030704_2026508.php), 21. julij 2003.
2. 24ur. com: Ni bojazni pred okužbo, 2. 6. 2003.  
[http://24ur.com/naslovnica/slovenija/20030602\\_2025204.php](http://24ur.com/naslovnica/slovenija/20030602_2025204.php), 21. julij 2003.
3. 24ur.com: Slovenija pripravljena na sars?, 11. 5. 2003.  
[http://24ur.com/naslovnica/vizita/20030511\\_2024267.php](http://24ur.com/naslovnica/vizita/20030511_2024267.php), 21. julij 2003.
4. 24ur.com: V Slovenji zaenkrat ni SARS-a, 2. 5. 2003.  
[http://24ur.com/naslovnica/slovenija/20030502\\_2023881.php](http://24ur.com/naslovnica/slovenija/20030502_2023881.php), 21. julij 2003.
5. ABC News Online: SARS could be biological weapon.  
[www.abc.net.au/news/newsitems/s830628.htm](http://www.abc.net.au/news/newsitems/s830628.htm), 13. april 2004.
6. Armyocs: Army Institute Joins Fight Against SARS.  
<http://armyocs.com/portal/modules.php?name=News&file=article&sid=189>, 15. marec 2004.
7. Bayer Pharmaceuticas Corporation: A Brief History of Infectious Disease.  
<http://www.bayerpharma-na.com/healthcare/hc01.asp>, 25. november 2003.
8. BBC News: Taiwan's army joins Sars battle, 13. maj 2003.  
<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/asia-pacific/3023315.stm>, 10. april 2004.
9. Brundtland, Gro Harlem: WHO World Health Report on Infectious Diseases 2000. [www.who.int/infectious-disease-report/2000/](http://www.who.int/infectious-disease-report/2000/), 25. november 2003.
10. Caballero-Anthony, Mely: Make SARS A Security Priority.  
<http://www.csis.org/pacfor/pac0317.htm>, 22. avgust 2003.
11. CDC: Economic Costs for Patient Care from Infectious Diseases, United States. <http://www.cdc.gov/ncidod/emergplan7box02.htm>, 12. marec 2004.
12. CDC: Public Health Guidance for Community-Level Preparedness and Response to SARS, januar 2004.  
<http://www.cdc.gov/ncidod/sars/guidance/core/pdf/core.pdf>, 13. marec 2004.
13. European Commission: Severe Acute Respiratory Syndrome. [www.ue.eu.int](http://www.ue.eu.int), 22. avgust 2003.
14. Falun Dafa in Europa: Villager is shot and killed trying to escape.  
<http://english.epochtimes.com/news/3-7-27/1993.html>, 15. marec 2004.
15. Fidler, David (2002): Public Health and National Security in the Global Age: Infectious Diseases, Bioterrorism, and Realpolitik (Presentation).  
[www.lshtm.ac.uk/cgch/fidler.presentation.ppt](http://www.lshtm.ac.uk/cgch/fidler.presentation.ppt), 19. julij 2003.

16. Fidler, David (2003): SARS and International Law.  
[www.asil.org/insights/insigh101.htm](http://www.asil.org/insights/insigh101.htm), 19. julij 2003.
17. Fitzpatrick, Michael: Apocalypse from now on. <http://www.spiked-online.com/Articles/00000006DD71.htm>, 15. September 2003.
18. IVZ: Ukrepi ob pojavu primera SARS.  
[http://www.sigov.si/ivz/vsebine/nal\\_bolezni/sars/ukrepi.htm](http://www.sigov.si/ivz/vsebine/nal_bolezni/sars/ukrepi.htm), 3. julij 2003.
19. IVZ: SARS – vprašanja in odgovori.  
[http://www.sigov.si/ivz/vsebine/nal\\_bolezni/sars/vprasanja.htm](http://www.sigov.si/ivz/vsebine/nal_bolezni/sars/vprasanja.htm), 3. julij 2003.
20. Kamps, Bernd Sebastian; Hoffmann, Christian (2003): SARS Reference.  
<http://www.sarsreference.com/sarsreference.pdf>, 12. marec 2004.
21. Lederberg, Joshua (2000): Infectious History. [www.univie.ac.at/hygiene-aktuell/lederberg.htm](http://www.univie.ac.at/hygiene-aktuell/lederberg.htm), 25. november 2003.
22. Lee, Kelley; McInnes, Colin (2002): Health, Foreign Policy and Security - A review of the literature.  
[http://www.nuffieldtrust.org.uk/policy\\_themes/docs/healthforeignpolicyandsecurity-areview.doc](http://www.nuffieldtrust.org.uk/policy_themes/docs/healthforeignpolicyandsecurity-areview.doc); 25. november 2003.
23. Lyons, Rob : WHO's to blame for the SARS panic? [www.spiked-online.com/Articles/00000006DDA8.htm](http://www.spiked-online.com/Articles/00000006DDA8.htm), 15. september 2003.
24. McDonald, Hamish: China mobilises millions in fresh assault on SARS.  
<http://www.smh.com.au/articles/2003/05/18/1053196477559.html>, 14. marec 2004.
25. Migration News: Migrants and SARS, Inequality.  
[http://migration.ucdavis.edu/mn/more.php?id=91\\_0\\_3\\_0](http://migration.ucdavis.edu/mn/more.php?id=91_0_3_0), 12. april 2004.
26. Monaghan, Karen (2003): SARS: Down But Still a Threat, Intelligence Community Assessment. <http://www.fas.org/irp/nic/sars.pdf>, 19. marec 2004.
27. NewsMax.com: The Migrations of Fear, 17. maj 2003.  
<http://www.newsmax.com/archives/articles/2003/5/16/194835>, 12. april 2004.
28. Ninamedia: Voxopuli. <http://www.ninamedia.si/vprasanja.phtml?mesec=maj03>, 15. april 2004.
29. Pirages, Dennis (1996): Ecological Security: Micro-Threats to Human Well-Being. Harrison Program on the Future Global Agenda.  
[www.bsos.umd.edu/harrison/papers/paper13.htm](http://www.bsos.umd.edu/harrison/papers/paper13.htm), 23. julij 2003.
30. Policija: Ilegalne migracije na območju Republike Slovenije.  
<http://www.policija.si/si/>, 23. april 2004.

31. Price-Smith, Andrew (2001): Contagion and Chaos: Infectious Disease and its Effects on Global Security and Development.  
<http://www.utoronto.ca/cis/Chaos.PDF>, 23. julij 2003.
32. The Age: Speculation SARS leaked from bio-weapon program.  
[www.theage.com.au/articles/2003/05/01/1051382030383.html](http://www.theage.com.au/articles/2003/05/01/1051382030383.html), 13. april 2004.
33. WHO: Chronology of a serial killer.  
[www.who.int/entity/csr/don/2003\\_07\\_04/en](http://www.who.int/entity/csr/don/2003_07_04/en), 20. julij 2003.
34. WHO (2003): Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS).  
[www.who.int/entity/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf](http://www.who.int/entity/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf), 12. februar 2003.
35. WHO (1999): Removing Obstacles to Healthy Development (World Health Organization Report on Infectious Diseases). <http://www.who.int/infectious-disease-report/pages/textonly.html>, 12. marec 2004.
36. WHO: SARS - Global Alert, Global Response.  
[www.who.int/entity/csr/sars/conference/june\\_2003/materials/presentations/en/sarsglobal170603.pdf](http://www.who.int/entity/csr/sars/conference/june_2003/materials/presentations/en/sarsglobal170603.pdf), 31. julij 2003.
37. WHO: SARS: Status of the outbreak and lessons for the immediate future.  
[www.who.int/csr/media/sars\\_wha.pdf](http://www.who.int/csr/media/sars_wha.pdf), 18. avgust 2003.
38. WHO: Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003.  
[www.who.int/entity/csr/sars/country/table2003\\_09\\_23/en](http://www.who.int/entity/csr/sars/country/table2003_09_23/en), 15 september 2003.
39. WHO (2002): The World Health Report 2002,  
[http://www.who.int/whr/2002/en/whr2002\\_annex2.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr2002_annex2.pdf), 12. februar 2003.
40. WHO (2003): The World Health Report 2003,  
<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter5-en.pdf>, 12. februar 2003.

#### Časopisi

1. (2003) Army troops pitch in to help clean up SARS-hit Taipei. Taipei Times, 13. maj 2003, str 2;  
[www.taipeitimes.com/News/taiwan/archives/2003/05/13/205764](http://www.taipeitimes.com/News/taiwan/archives/2003/05/13/205764), 14. junij 2003.
2. Baković, Zorana (2003a): Politične žrtve SARSA. Delo, 25. april 2003, str 24.
3. Baković, Zorana (2003b): Politični avtizem nevarnejši od virusa. Delo, 6. maj 2003, str 4.
4. (2004) Behind the mask. The Economist, 20. marec 2004, str. 4.

5. Grah, Matija (2003): Svobodni pretok ljudi, blaga in virusov. Sobotna priloga, 22. marec 2003, str. 4-6.
6. (2003) Hitro testiranje morebitne okužbe s SARS-om tudi pri nas. Delo, 30. april 2003, str 3.
7. Ihan, Alojz (2003): Šiba za revne. Sobotna priloga, 3. maj 2003, str. 10.
8. Jankovič, Jaroslav (2003): Prva epidemija 21. stoletja. Sobotna priloga, 3. maj 2003, str. 8-9.
9. (2003) Jobless rate hits 4.2% due to SARS. China Daily, 30. julij 2003; [http://www1.chinadaily.com.cn/en/doc/2003-07/30/content\\_250157.htm](http://www1.chinadaily.com.cn/en/doc/2003-07/30/content_250157.htm), 14. marec 2004.
10. Kovač, Bogomir (2003): Negotovost najeda pričakovanja. Sobotna priloga, 3. maj 2003, str. 9.
11. Leggett, Karby; Hutzler, Charles; Richardson, Karen (2003): The SARS Outbreak: China Discourages Holiday Tourism Due to Virus. Wall Street Journal, 2. maj 2003, str 5.
12. (2003) SARS - Die chinesische Regierung kämpft gegen ihre Krankheit. Das Parlament, 28. maj 2003.
13. (2003) Searching for jobs after SARS. China Daily, 24. junij 2003; [http://www1.chinadaily.com.cn/en/doc/2003-06/24/content\\_240521.htm](http://www1.chinadaily.com.cn/en/doc/2003-06/24/content_240521.htm), 14. marec 2004.
14. Sedlar, Alma (2003): Se bomo klanjali kot Kitajci? Novi tednik, 19, 8. maj 2003, str.3
15. Spencer, Richard (2003): Sars spreads to China's army. The Daily Telegraph, 14. maj 2003, str 4; [millennium-debate.org/tel14may033.htm](http://millennium-debate.org/tel14may033.htm), 14. marec 2004.
16. (2003) Travel almost back to pre-SARS levels. Business Asia, 16. junij 2003, str 7.
17. Wonacott, Peter; Chang, Leslie; Dolven, Ben (2003): China's Handling of SARS Virus Concerns Investors. Wall Street Journal, 10. april 2003, str. 10.

## Intervjuji

1. Intervju z dr. Majo Sočan, IVZ – Center za nalezljive bolezni, 3. 5. 2004.
2. Intervju z Anito Leskovec Sedmak, policija, 20. 4. 2004 .
3. Intervju s Tatjano Jazbec, Luka Koper, 15. 4. 2004.



TV oddaja

1. Prispevek o ptičji gripi, Preverjeno, 17. februar 2004.

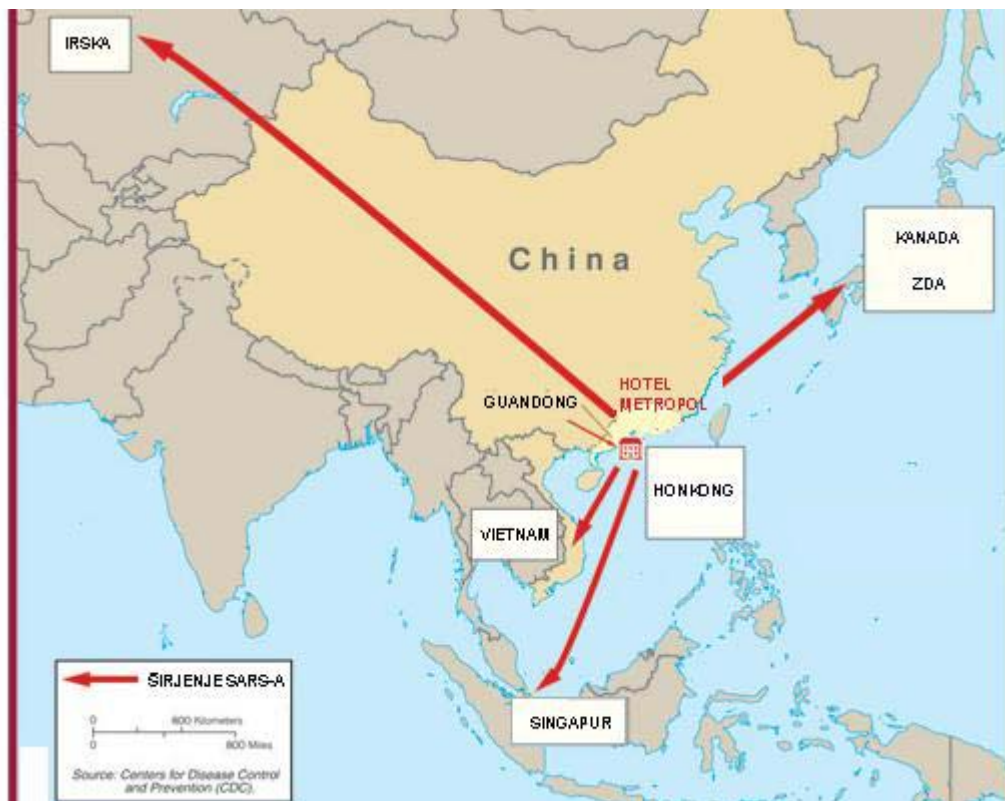
## 9. PRILOGE

Priloga A: Prikaz nalezljivih bolezni, katerih prisotnost se je po letu 1990 vnovič povečala oz. so jih po tem letu odkrili na novo.



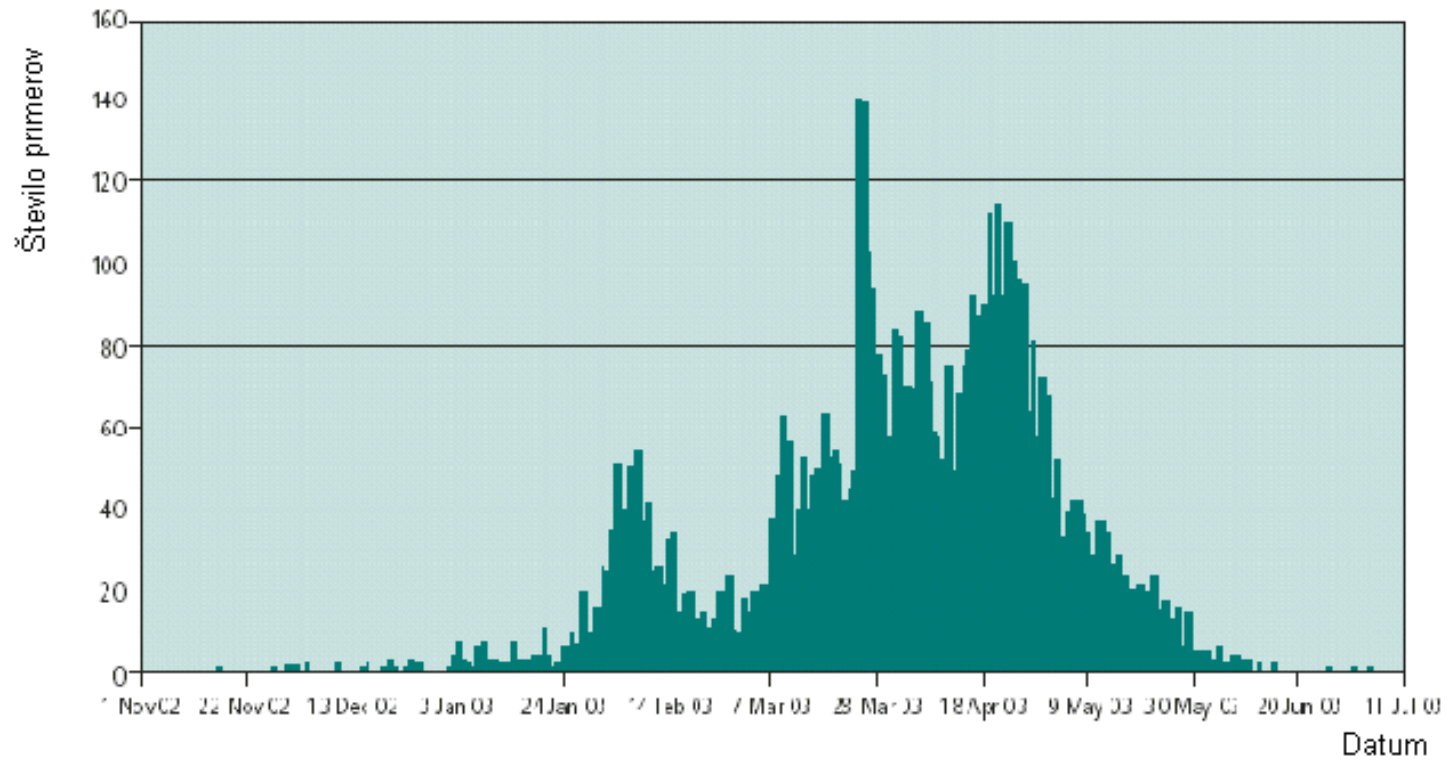
Vir: Monaghan, 2003: 5.

Priloga B: Širjenje SARS-a iz hotela Metropol v Hongkongu.



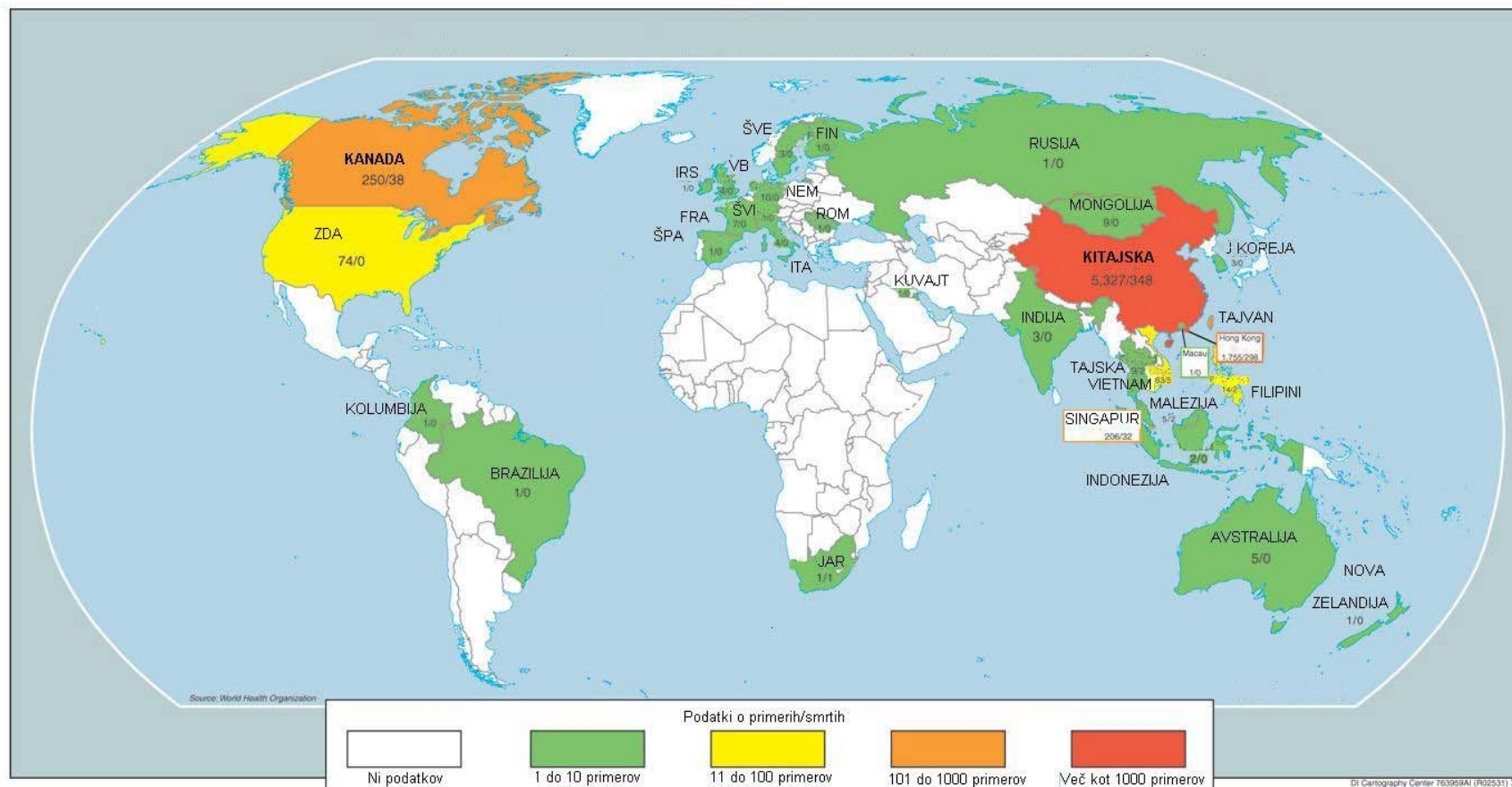
Vir: Monaghan, 2003: 6.

Priloga C: Verjetni primeri SARS-a med 1. novembrom 2002 in 11. julijem 2003.



Vir: WHO: The World Health Report 2003, 2003: 79.

Priloga D: Geografska porazdelitev števila verjetnih primerov SARS-a in smrti zaradi njega.



Vir: Monaghan, 2003: 16.

Priloga E: Geografska porazdelitev števila potrjenih primerov SARS-a in smrti zaradi njega.

	Kumulativno število potrjenih primerov SARS-a			Število smrti	Delež smrtnosti (%)
	Ženske	Moški	Skupaj		
Avstralija	4	2	6	0	0
Kanada	151	100	251	43	17
Kitajska <sup>43</sup>	2674	2607	5327	349	7
Kitajska - Hongkong	977	778	1755	299	17
Kitajska - Makao	0	1	1	0	0
Kitajska - Tajvan	218	128	346	37	11
Francija	1	6	7	1	14
Nemčija	4	5	9	0	0
Indija	0	3	3	0	0
Indonezija	0	2	2	0	0
Italija	1	3	4	0	0
Kuvajt	1	0	1	0	0
Malezija	1	4	5	2	40
Mongolija	8	1	9	0	0
Nova Zelandija	1	0	1	0	0
Filipini	8	6	14	2	14
Irska	0	1	1	0	0
Južna	0	3	3	0	0

<sup>43</sup> Brez v nadaljevanju naštetih regij.

	Kumulativno število potrjenih primerov SARS-a			Število smrti	Delež smrtnosti (%)
	Ženske	Moški	Skupaj		
Koreja					
Romunija	0	1	1	0	0
Rusija	0	1	1	0	0
Singapur	161	77	238	33	14
JAR	0	1	1	1	100
Španija	0	1	1	0	0
Švedska	3	2	5	0	0
Švica	0	1	1	0	0
Tajska	5	4	9	2	22
VB	2	2	4	0	0
ZDA	14	15	29	0	0
Vietnam	39	24	63	5	8
<b>Skupaj</b>			<b>8098</b>	<b>774</b>	<b>9.6</b>

Vir: WHO: Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003.

Priloga F: Rezultati ankete o SARS-u, ki so jo na vzorcu 700 prebivalcev Slovenije opravili 21. in 22. maja 2003.

1. Ali ste seznanjeni s pojavom bolezni SARS (sindrom oteženega dihanja)?

	%
sem dobro seznanjen	62,2
nekaj sem slišal	31,7
nisem seznanjen	6,1

2. Kako veliko nevarnost predstavlja po vašem mnenju SARS za človeštvo?

	%
zelo veliko nevarnost	38,3
veliko nevarnost	35,5
niti niti	15,7
majhno nevarnost	7,6
zelo majhno nevarnost	0,5
ne vem	2,5

3. Ali se vi osebno počutite ogrožene zaradi SARS-a?

	%
da	11,2
ne	87,2
ne vem	1,6

4. Ali bo pojav SARS-a vplival na načrtovanje vaših potovanj v prihodnje?

	%
da	27,3
ne	70,5
ne vem	2,2

Vir: Ninamedia: Voxopuli.