

Nettbasert krisestøtteverktøy for samfunnsmedisinere

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • *Utpostens redaksjon*

Den 28. april 2015 fikk kommunelegeteamet i Øvre Eiker beskjed om at en russ fra kommunen var lagt inn på sykehuset i Drammen med smittsom hjernehinnebetennelse. For første gang brukte vi krisestøtteverktøyet DSB-CIM i en slik situasjon, og konklusjonen i evalueringen vår er at dette fungerte svært bra.

DSB-CIM

DSB-CIM er et internettbasert krisestøtteverktøy for raskere og mer oversiktlig håndtering av en uønsket hendelse/krise, levert til norske kommuner av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Beredskapspersonell i kommunene har brukerprofiler og har fått opplæring i bruk av programmet.

Kommunelegeteamet i Nedre og Øvre Eiker

Kommunelegeteamet består av kommuneoverlegene Einar Braaten og Dag-Helge Rønnevik, sykepleier og saksbehandler i miljørettet helsevern Marianne Nymo, og kontorfullmektig Frøydis Asmyhr. Teamet har hovedbase i Øvre Eiker, men jobber 50/50 for de to kommunene etter en verts-kommunemodell.

Distribusjonslister lagt inn på forhånd

I «fredstid» hadde vi på forhånd lagt inn alle fastleger og legevaktleger i «distribu-

Oversikt over distribusjonslistene som Einar har lagt inn i CIM.

Distribusjonsliste	
<input type="checkbox"/>	CIM-FORUM
<input type="checkbox"/>	Fastleger i Øvre Eiker
<input type="checkbox"/>	Fylkesmannen i Buskerud
<input type="checkbox"/>	Fylkesmannens beredskapsrådgiver
<input type="checkbox"/>	Internutsendelse - Beredskap
<input type="checkbox"/>	Kommuneoverlegen
<input type="checkbox"/>	Kommunestyret 2011 - 2015
<input type="checkbox"/>	Kriseledelsens stab - innkalling og varsling
<input type="checkbox"/>	Kriseteam medlemmer
<input type="checkbox"/>	Legevaktssleger
<input type="checkbox"/>	Smittevernleger
<input type="checkbox"/>	Test

sjonslister» i DSB-CIM. Dette skulle vise seg å bli svært tidsbesparende ved varsling og videre oppfølging av nærkontakter og andre berørte. Da sykehuset i Drammen bekreftet at det var påvist meningokokker, varslet vi alle fastleger og legevaktleger ved å sende ut felles sms.

107 loggførte hendelser

Begge kommuner har erfaring med bruk av CIM fra tidligere. Totalt ble det loggført 101 hendelser i CIM Øvre Eiker. I tillegg brukte vi CIM i Nedre Eiker, slik at det til sammen ble loggført 107 unike hendelser i akkurat denne saken. Eksempler på loggførte hendelser er telefonsamtaler med viktige samsamlingsaktører, sms til fastleger, viktige faktaopplysninger og henvendelser fra media og henvendelser fra publikum. Sykepleier og kontorfullmektig fant raskt ut hvordan de skulle sende sms og føre logg, til tross for at de ikke var blant personellet som på forhånd hadde fått opplæring. CIM er etter vår oppfatning svært intuitivt og lett å bruke.

Sentrale momenter i arbeidet

Ved tilfeller av smittsom hjernehinnebetennelse skal tiltak i nærmiljøet umiddelbart vurderes, selv om tilfeller med smitte fra den syke er sjeldent forekommende. Disse tiltakene er:

- Lete etter koprimære tilfeller (tilfeller som kommer omtrent samtidig)
- Informere
- Utrydde bærerskap
- Vaksinerer rundt et tilfelle
- Vurdere andre tiltak
- Oppsummering av arbeidet

Konklusjon

Verktøyet DSB-CIM fungerte svært godt i denne smittevernsaken. Det var tids- og ar-



Bildet som møter deg i CIM.

beidsbesparende i tillegg til å gi en svært god oversikt og dokumentasjon over hvem som gjorde hva, og når.

Vi anbefaler andre kommuner å bruke programmet DSB-CIM – også i «fredstid». Når det så oppstår en krise, har man et godt verktøy som de ansatte kjenner og kan bruke. Legg inn distribusjonslister, dvs. lag grupper med personer som ligger inne med mobilnumrene sine – f.eks. fastlegene eller alle legevaktlegene i kommunen. Kommunelegene i regionen har nå blitt enig om at når det oppstår en krise som går på tvers av kommunene, skal kommunelegen i verts-kommunen gi kollegene i de andre kommunene tilgang til «sin» DSB-CIM, slik at alle kan følge samme logg.

Det kan med fordel lages «tiltakskort» for smittevernsaker som kan ligge inne i CIM og aktiveres i slike situasjoner. Når det gjelder håndtering av selve smittevernsaken var det svært viktig at det på et tidlig tidspunkt ble definert hvem som skulle regnes som nærkontakter, og at dette ble kommunisert ut til alle leger og legevakter.

REFERANSER:

1. Einar Braatens blogg: <https://kommunelegen.wordpress.com/2015/05/01/ung-person-fra-kommunen-innlagt-pa-intensivavdelingen-med-meningokokk-meningitt/>
2. Rotvik IM. Råd for smittevernleger ved tilfelle av meningokokksykdom. Utposten 2011; nr. 7: 1. (www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten11/UP11_7/47_tips_til_praksis_Utp_7_2011.pdf)
- 3- www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevernboka

■ DAGHELGERH@HOTMAIL.COM

PRESENTASJON NYE REDAKTØRER

	HOVEDPUNKTER I HENDELSESFORLØPET	KOMMENTAR TIL HENDELSESFORLØP
1	Sykehuset varslet om et tilfelle av smittsom hjernehinnebetennelse.	Avklar hvem som melder til Folkehelseinstituttet og Fylkesmann (nominativ melding, MSIS). Her var det sykehuslegen som hadde fått varsel om tilfellet, og var da den som varslet videre.
2	Kartla omfang og hvilke kommuner som var berørt. Kontakt med pasientens familie.	Russetreff med 7-8000 deltagere: Potensielt mange som kunne være aktuelle nærkontakter, og med et slikt scenario tenker man raskt det verste! Kommuneoverlegene etablerte tidlig kontakt med FHI og smittevernvakta som hele veien ga råd og veiledning. Man tok kontakt med russens familie med tanke på å kartlegge alle nærkontakter.
3	Frigjorde ressurser og fordelte arbeidsoppgaver. Hele kommunelegeteamet avlyste alle andre avtaler.	Ressurser til disposisjon: To kommuneoverleger, erfaren sykepleier som til vanlig jobber med MHV og kontorfullmektig med merkantile oppgaver som f.eks. å besørge tilgang til Folkehelseregisteret for å få registrert nærkontakter med rett navn og nummer. Den ene kommuneoverlegen (Rønnevik) satt på hjemmekontor på Karmøy da beskjeden kom. Han kunne via loggføringen i DSB-CIM holde seg orientert om hva som skjedde, og fikk i oppgave å svare på henvendelser fra publikum og media.
4	Varslet legevaktene, smittevernlegene og kommuneoverleger i berørte kommuner	Smittevernleger i de andre berørte kommunene har i ettertid gitt innspill på at de gjerne skulle hatt mer informasjon på et tidligere tidspunkt. Regionens gode samarbeid gjennom kommuneoverlegeforum er viktig i slike saker - at legene kjenner hverandre, ikke bare ved navn.
5	Informasjon til sentrale aktører: helsestasjoner, fastlege, apotek	Helsesøster opplyste at vaksinasjonsdekningen blant russerne i Øvre Eiker var ca. 60 % (mot 30 % i Drammen). Apotek leverte til å begynne med ut 10-pakninger med ciprofloxacin, men begynte etter hvert å bryte pakningene og gi 1 tbl til nærkontaktene. Fastlegene betjener også helsestasjon for ungdom og legevakt og er naturligvis viktig å involvere og informere tidlig i en slik sak.
6	Informasjon til publikum via presseansvarlig i kommunen, info på kommunens nettside og på Facebook. Informasjonsmøte på videregående skole	Samarbeidet med media fungerte i våre øyne svært godt, og vi opplevde journalistene som saklige og dyktige. Alle ønsket å bidra til å få ut korrekt informasjon. Info på Facebook fikk over 10.000 treff ilt a to dager. Kommuneoverlege og smittevernlege deltok på info-møter på videregående skoler i regionen.
7	Avklare hvem som var nærkontakter og skulle tilbys bærerskapsutrydning	Vi fikk tidlig avklart hvem som skulle regnes som nærkontakter. Samme husstand, kjæreste, alle som hadde delt samme flaske, kysset eller vært mer enn seks timer i samme rom/russebuss. Antallet nærkontakter kunne potensielt blitt svært høyt, hadde avgrensingen vært romsligere. Det ble gitt informasjon om at alle nærkontakter skulle behandles med ciprofloxacin 500 mg x 1 (tbl).
8	Registrere nærkontakter i excel-ark («line-list»)	Alle legevakter skrev ned personalia og kontaktinfo på nærkontaktene som fikk engangsdose med ciprofloxacin. Disse oversiktene fikk vi tilsendt på e-post eller fax. I Drammen ble over 140 ungdommer definert som nærkontakter. Disse ble ført inn i en tabell ("line-list") i et excel-ark slik at vi satt med en totaloversikt over nærkontakter i alle kommunene.
9	Avklare type meningokokk og type vaksine	FHI fant ut at det var meningokokktype Y. Vaksinen som anbefales russ er for type A+C+W+Y, så de som allerede var vaksinert trengte ikke få ny vaksine.
10	Oversikt nærkontakter til berørte kommuner v/kommuneoverlegene	Alle nærkontakter skulle også få tilbud om vaksine. Dette sørget hver enkelt kommune for. Vi sendte oversikt over nærkontakter til smittevernlegene i berørte kommuner, og hver kommune bestilte vaksiner til sine egne.
11	«Vaske» lister med nærkontakter og bestille vaksiner fra FHI	Via SYSVAK kunne vi ha fått sortert ut alle som allerede hadde mottatt ordinær vaksine før russefeiringen. Da hadde antallet som skulle ha vaksine vært lavere. Dette fikk vi ikke gjort, noe som førte til at vi bestilte for mange vaksiner fra FHI.
12	Innkalle nærkontakter til vaksinering	Alle nærkontakter i Nedre og Øvre Eiker fikk innkalling til vaksinering via sms. Telefonnumrene ble kopiert fra line-list i excel-ark og limt inn i sms-funksjon i CIM, og ved noen tastetrykk fikk ca. 40 russ den samme meldingen. Det var et fåtall som møtte opp, hvilket betyr at enten hadde mange allerede fått vaksine, eller så ble det ikke prioritert.

TABELL. Oppsummering av arbeidet.



Mina Piiksi Dahl

Jeg jobber som allmennlege og som stipendiat ved avdeling for Allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Jeg ble uteksaminert fra Universitetet i Oslo i 2011. Siden turnustjenesten har jeg jobbet på legekontor - først i Solør, Hedmark, og deretter i

Oslo. Jeg er med i en forskningsgruppe som skal studere en ny modell for samarbeid mellom DPS og fastleger i Groruddalen i Oslo. Jeg synes det er veldig spennende å få være med å jobbe for økt samhandling og samarbeid i primærhelsetjenestene. Mine hovedinteresser ligger innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid, tidlig intervensjon ved destruktive helsemønstre og økt tverrfaglig samarbeid. Som student skrev jeg min hovedoppgave om ungdoms perspektiver på helse. Der kom det tydelig frem hvor viktig sosiale forhold, trygghet og aksept for seg selv var for ungdom når de skulle vurdere egen helse. Siden dette har jeg vært spesielt interessert i møtepunktet mellom medisin som naturvitenskapelig fag og humanistisk tradisjon, og for meg ligger allmennmedisinen nettopp i dette møtepunktet. Som nyutdannet lege er jeg spent på utviklingen av allmenn- og samfunnsmedisinen i årene som kommer. Jeg er selv en ivrig leser av *Utposten* og ble veldig glad da jeg ble spurt om å være med som medredaktør.



Dag-Helge Rønnevik

Har jobbet i 4,5 år som lege i Bokn kommune i Rogaland og fått en bred innfallsvinkel til legerket gjennom ulike legeroller: tilsynslege, helsestasjonslege, fastlege, smittevernlege, legevaktlege,

kommuneoverlege. Nesten ferdig spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Har fått stor interesse for det samfunnsmedisinske fagfeltet og forebyggende/helsefremmende arbeid. Fra august 2012 permisjon 1 år fra Bokn kommune for å forsøke 100 prosent stilling som kommuneoverlege i Karmøy kommune, den største kommunen i nord-Rogaland (42 000 innbyggere). Fra februar 2015 takket ja til et ett års vikariat som kommuneoverlege i Nedre og Øvre Eiker i Buskerud.

Engasjert i samhandlingsprosjektet «Helse-torgmodellen» perioden 2010-2012, bl.a. som prosjektleder i prosjekt «Helseteam for eldre» der vi utviklet modell for forebyggende hjemmebesøk for eldre. Hjemme har jeg tatt på meg å være styreleder i det lokale idrettslaget, Kolnes IL. Det er spennende å se hvordan vi kan trekke vår kunnskap om folkehelse inn i det frivillige for å bidra til å utvikle et godt og helsefremmende lokalsamfunn. Er spent på hvordan jeg kan bidra i *Utposten*, men syntes det var en sjanse jeg ikke kunne la gå fra meg da jeg ble spurt om å være medredaktør. Jeg har vært fast leser av *Utposten* i mange år og er glad for at vi har et slikt tidsskrift i Norge.