

Kva lærte me egentleg av pandemien?

Michael 2023; 20: 64–74.

Koronapandemien har lært oss at eit robust helsesystem er i stand til å møte kriser på ein forsvarleg måte, sjølv om planane ikkje er fullkomne. Me har også fått erfara at påkjeningane på folk og samfunn ved epidemiar handlar om mykje meir enn sjukdom og død. Eit velorganisert demokrati med tillit mellom folket og styremaktene er då gull verd. Internasjonalt samarbeid er avgjerande for å sikra nødvendige forsyningar. Det krev tid å byggja opp tillit og relasjonar. Heldigvis ser det ikkje ut til at koronapandemien har øydelagt for oss. Samspelet mellom lokalsamfunna og statsmakta fungerte, men her er det nok rom for å gjera det betre.

I januar 2020 då det etter kvart byrja gå opp for oss at verda sto ved starten av ei mogleg helsekrise, var det mykje me enno ikkje visste om viruset og alvoret i situasjonen (1). Det var knapt nokon som meinte at me skulle vera passive. Debatten, også mellom medisinarane, gjekk høgt i vekevis frå tidleg i mars 2020 om kva tiltak som var nødvendige og kva verknad me kunne venta oss av desse. Vaksine var enno ikkje tilgjengeleg. Me kjende ikkje lækjemiddel som hadde sikker verknad. Diskusjonane handla derfor ikkje minst om allmenne tiltak, slik som bruk av munnbind og avgrensing av kontakt mellom menneske.

Tre år seinare er kunnskapen langt meir omfattande. Likevel er det mykje me enno ikkje veit og er svært så usikre på. Føremålet med denne artikkelen er å trekkja nokre linjer frå erfaringar under pandemien til sentrale kunnskapshól som me må arbeida meir for å fylla i åra som kjem. Teksten byggjer på allment tilgjengeleg dokumentasjon. Vurderingane er prega av forfattaren si deltaking i Koronakommisjonen (2020–2022) og det strategiske samarbeidet mellom Helse Stavanger HF og Stavanger kommune for å tilpassa nasjonale risikobilete til lokale forhold.

Landet var godt rusta for å møte ei krise

Sjølv etter tre år, er talet på døde og alvorleg sjuke av koronaviruspandemien her i landet relativt lågt. Per 6. februar 2023 er det noko over 5000 døde registrerte hos oss (2). Rett nok såg me gjennom 2022 ein stor auke i covid-19-assosierte dødsfall i dei eldste aldersgruppene (3). Men det er enno eit stykke til me samla sett tar att Sverige, med sine over 23.000 døde (2).

Sjølv etter tre år, er me ikkje trygge på forklåringane bak denne skilnaden. Det treng slett ikkje vera slik at skilnaden finn heile forklaringa si i at Sverige og Noreg møtte pandemien på noko ulike måtar. Busetnadsmønsteret er annleis i Sverige enn i Noreg, den etniske samansetjinga av befolkninga er ulik og dei totale dødstala i Sverige var noko lågare enn i Noreg før pandemien.

Det er også godt dokumentert at Noreg, særleg dei første månadene av pandemien, viste ei stor omstillingsevne. Den omstillinga som måtte til, var krevjande, både for einskildmenneske og for samfunnsøkonomien. Mykje tyder på at dei økonomiske kostnadene likevel blei mindre her i landet enn i mange andre land som det er rimeleg å samanlikna oss med (4). Landet hadde økonomiske ressursar som kunne bera oss gjennom ei mellombels økonomisk krise. Når arbeidsgivarane kunne senda folk ut i permisjon i staden for å gå til oppseiingar, viste det seg også lettare å få dei tilsette tilbake i arbeid når det blei aktuelt. Kort sagt, landet betalte for å redusera unødige og truleg endå meir kostnadskrevjande etterverknader av dei samfunnsmessige akutte og direkte følgjene av krisa. Dette må me kikka nærare på, for slett ikkje alle, heller ikkje økonomane, var samde om korleis ein skulle tilnærma seg dette i mars 2020 (5).

Koronakommisjonen peikar på at det norske samfunnet, trass i mange sårbare tenester og tiltak, viste seg godt rusta til å møte ei krise som dette. Det er stor tillit mellom folk og mellom innbyggjarane og styremaktene, trepartssamarbeidet mellom staten og partane i arbeidslivet viste seg enno ein gong å vera ein nyttig samarbeidsarena, eit høgt utdanningsnivå la til rette for at folk flest kunne forstå og tolka nødvendig informasjon, god digital infrastruktur gjorde omstillingane i arbeidsliv og skule mogelege og helsetenestene viste seg å vera gode og robuste. Det spreidde busetnadsmønsteret og relativt romslege bustader hindra kanskje også smitte, men gjorde uansett gjennomføringa av ulike tiltak lettare (4).

Sjølv om me seinare skal koma tilbake til nokre sårbare punkt, er det viktig å merka seg at dei forholda som gjorde landet godt rusta til å møte denne krisa, var av allmenn art. Det handla ikkje først og fremst om at me hadde eit tilpassa beredskapsplanverk.

Tiltaksbyrda kom overraskande

I all tidlegare pandemiplanlegging med tilhøyrande øvingar, har me tatt omsyn til dei samfunnsmessige følgjene av sjølv sjukdommen. Redusert kapasitet i offentlege tenester og private verksemdar som følgje av stort sjukefråvær, har vore noko me har rekna med (6).¹ Men det som kom overraskande på meg, og mange med meg, var den store byrda som blei lagt på einskildmenneske og samfunnet som direkte følgje av gjennomføringa av ulike smittereduserande tiltak. Det kan ha noko å gjera med at me har planlagt for ein influensaepidemi, og det var slett ikkje det me fekk å bryna oss på.

På dette området er det behov for å sankta endå meir kunnskap. Her spørst det dessverre om me skusla bort viktig kunnskap på vegen. Her hadde det vore høve til å setja opp prospektive forskingsprosjekt. Det blei føreslått, men ikkje gjort.

Til dømes når det gjeld opplæringa i grunnskulen og den vidaregåande skulen, veit vi fint lite om den reelle tiltaksbyrda som blei lagt på elevane. Til det er kartleggingane alt for grovmaska. Variasjonane mellom kommunane, og til dels også innanfor ein og same kommune, ser ut til å ha vore store. Koronakommisjonen tilrår at den kunnskapen som ligg til dømes hos statsforvaltarane blir lagt til rette for forskingsformål (4). Kor vidt det lar seg gjera er uvisst.

Dette tyder at sjølv om ein på sentralt hald kjem med gode analysar og utformar konkrete forslag til tiltak, er ikkje det nok (7). I og med at mykje av erfaringane her er prega av lokale tilhøve, er det kanskje ein idé at fleire kommunar gjer som Stavanger og lagar sine egne utgreiingar om tiltaksbyrda for barn og unge (8)? I dette arbeidet i Stavanger såg ein raskt at utfordringane ikkje var isolerbare til verknadene av pandemiltaka. Dei som uavhengig av pandemien hadde utfordringar, fekk desse forsterka av pandemiltaka i langt større grad enn dei som elles greidde seg bra (9).

Dette burde ikkje vera overraskande. Den som kjem «ståande» ut av ei krise, kan veksa på ho. Dersom ein ikkje lukkast gjennom krisa, kjem ein ut som tapar. Her er det kunnskap å henta som kan vera viktig for tiltaksutforminga ved neste krise, anten det er ein smittsam sjukdom på verdsvandring, krigshandlingar som påverkar oss eller klimarelaterte situasjonar som gradvis kan koma snikande. Dette kjenner Noreg frå før. Då den andre verdskrigen råka oss, blei skulegangen avbroten for mange. Fleire fekk aldri fullført den dåverande sjuårige grunnskulen. Erfaringane frå den gongen er

¹ Sjå punkt 1.4. Sikring av samfunnskritiske funksjoner, første avsnitt (4).

i liten grad tatt vare på. Dessverre ser det ikkje lovande ut denne gongen heller.

Dei rådande beredskapsprinsippa blei utfordra av globale forsyningskjeder

Dei siste tjue åra har ein lagt stor vekt på at samfunnstryggleik og beredskap skal byggja på nokre allmenne prinsipp (10). Den som har ansvar for ein sektor eller oppgåve i det daglege, skal også ha ansvaret i krisesituasjonar (ansvarsprinsippet). Handteringa av kriser og ansvarlinene i krisesituasjonar, skal vera mest mogeleg like dei som gjeld til vanleg (likskapsprinsippet). Kriser skal også handterast på det lågast mogeleg nivået (nærleiksprinsippet). Etter hendingane 22. juli 2011 definerte ein også forventningane om at ulike instansar samarbeider og samordnar innsatsen sin under kriser som eit allment prinsipp (samvirkeprinsippet).

Desse prinsippa blei utforma i lys av ulike hendingar i Noreg på 1990-talet. Då var «den kalde krigen» over, og det var hendingar med ei geografisk plassering innanlands som definerte trusselbiletet. Nasjonale kriselager og særlege beredskapsordningar blei gradvis nedbygde (11).

Desse prinsippa tar ikkje inn over seg dei særlege utfordringane me møter når beredskapen sviktar på grunn av forhold utanfor riket. Ansvars- og nærleiksprinsippa er til lite hjelp for folket, kommunane eller helseføretaka når ansiktsmasker, munnbind og vaksinar ikkje lar seg oppdriva gjennom dei vanlege forsyningslinene (4, 12).

Pandemien synte oss tydeleg at det finst kriser der dei vanlege beredskapsprinsippa ikkje står prøven. Då er det vesentleg å innsjå at det er innsatsen i seg sjølv, og ikkje prinsipp og planar, som er det eigentlege verkemiddelet i beredskapsarbeidet. Det finst mange slike som utfordrar prinsippa våre. Alle kriser der globale vare- og verdikjeder blir uroa fell inn i denne kategorien. Krigen i Ukraina og sabotasjane mot gassforsyninga til Vest-Europa hausten 2022, er andre handfaste døme på situasjonar der beredskapsprinsippa blir utfordra.

Det som berga landet for alvorlege forsyningskriser når det galdt smittevernutstyr og vaksinar, var personlege kontaktar og gode vennskap med andre land (4, 12). Gode venner er avgjerande i kriser. Her kjem ein ikkje utanom at flasketuten peikar på den sentrale statsmakta som hovudansvarleg. Dei sårbare forsyningslinene var velkjende frå erfaringane med tidlegare hendingar. Så får det bli ei politisk oppgåve å avgjera i kor stor grad slike vennskap skal formaliserast gjennom ulike former for avtalar og organisatorisk tilknytning, t.d. gjennom deltaking i EUs fjerde helseprogram (13).

Påviste truslar må handterast, men ein kan ikkje planleggja for alt

Av dei sjeldne, alvorlege hendingane som ein rekna med kunne føra til alvorlege situasjonar her i landet, har pandemi stått øvst på lista når det gjeld konsekvens og sannsyn sidan Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap starta med analysar av krisescenario i 2011 (14). Koronakommisjonen rettar kritikk både mot manglande beredskap, trass i denne kunnskapen om trusselen, og for at regjeringa ikkje i beredskapsarbeidet har tatt omsyn til korleis risiko i ein sektor kan vera avhengig av risikoen i andre sektorar (12).

Utfordringane med pandemi, som andre sjeldne hendingar, er at dei vanskeleg finn plassen sin i dei årlege driftsbudsjetta. Det som ikkje skjer jamleg, tapar administrativ og politisk merksemd. Når det gjeld planlegging og budsjettering av kompetanse og kapasitet, er det også vanskeleg å vega store, men sjeldne behov opp mot mindre, men hyppige krav.

Kapasitet og kompetanse må verka i lag

Dette siste ser vi ikkje minst i diskusjonane omkring kapasiteten på intensivplassar i sjukehusa. Koronakommisjonen peikar på at det nok var for låg kapasitet på intensivplassar i norske sjukehus ved inngangen til pandemien (4). Men kva skal rett kapasitet vera? Det vil truleg vera sløsing, både med økonomiske ressursar og kompetent personell, om ein skulle planleggja for hendingar som skjer med fleire tiårs mellomrom. Slik sett ville frå 20 % til 50 % fleire intensivplassar vera til nytte i det daglege arbeidet i sjukehusa i ein normalsituasjon, men, tja, slett ikkje nok dersom ein pandemi med luftvegssjuka pasientar slår til for fullt.

Beredskapen må då heller byggjast kring god allmenn fagkompetanse og fleksibilitet i organiseringa, t.d. ved at oppgåver som til vanleg ligg på sjukehusa, kan flyttast til kommunane på ein forsvarleg måte når det røyner på. Dette såg me også skjedde under denne pandemien. Fleire sjukare pasientar, t.d. med pustevanskar, blei behandla på kommunale sjukeheimar enn det som er vanleg.

Er det noko å læra her frå samarbeidet mellom helseføretaka og kommunane under pandemien, som kan ha noko å seia for det daglege arbeidet elles? Eller er det rett og slett behov for meir omfattande og grunnleggjande endringar, t.d. ved at ein gjer som fleirtalet i Helsepersonellkommisjonen foreslår og samlar ansvaret for tenesteytinga på eitt forvaltningsnivå (15)?

Slik sett er det også grunn til å spørja om den sterke kritikken mot den svenske eldreomsorga eigentleg er ein kritikk over at ein jamt over har eit lågare sjukepleiefagleg kompetansenivå i primærhelsetenesta i Sverige enn

det me har i Noreg (16). Dette bør me sjå nærare på, for i skilnadene mellom desse to nabolanda er det truleg mykje kunnskap å henta.

Lokalsamfunnet som handlingsarena og kommunelegerolla

Sjølv om pandemikrisa ikkje fullt ut kunne møtast med dei rådande beredskapsprinsippa, er det ingen tvil om at kommunane har hatt ei viktig rolle i handteringa av utfordringane knytte til pandemien. Det er knapt nokon tvil om at den svært effektive gjennomføringa av vaksinasjonane i 2021 skuldast innsatsen frå kommunane (4, 17). Her makta ein å utløysa ikkje berre dei offentlege, kommunale ressursane, men ein fekk også monaleg draghjelp frå friviljuge lag, noko som er ganske typisk for Noreg i krisesituasjonar (18).

Achilles-hælen her er kommunelegane. Variasjonen i korleis kommunelegerolla blir oppfatta, er svært stor. Sjølv om dei alle fleste kommunelegane gjorde ein formidabel innsats gjennom månader og år, er det liten tvil om at kommunelegane samla sett ikkje var godt nok rusta for pandemien (4). Ordninga var ikkje robust nok, trass i at jobben jamt over blei gjort, og det attpå til på ein tilfredsstillande og forsvarleg måte.

Ei sak var organiseringa av kommunelegeoppgåvene. Nokre hadde ei sentral plassering i det kommunale hierarkiet, som ga tilgang til makthavarane i kommunane. Andre var heilt marginaliserte i organisasjonen, utan høve til reell påverknad.

Ei anna sak var alle dei krava som statlege, sentrale styremakter la på kommunane og kommunelegane, ofte på kort varsel. Når så dette blei kopla opp mot varierende grad av støtte frå andre offentlege organ i gjennomføringa av viktige smittevernoppgåver, blei det utan tvil eit uakseptabelt press på kommunelegane.

Her er det eit ryddearbeid å gjera. Men lat oss vona at dette ikkje kjem til å rokka ved den smittevernmakta som kommunane og kommunelegane har gjennom smittevernlova. Det kan nok vera grunn til å revidera til dømes § 4-1 i smittevernlova, som legg handlingsmakt både til staten og kommunane i smittevernarbeidet. Men makta til kommunane må ikkje fjernast. Det var berre få gonger at den maktbruken som kommunane utøvde ikkje sto si prøve.

Ved ein revisjon bør ein såleis heller prøva å skilja makta til staten og makta til kommunane i to ulike reglar, og laga noko meir tydelege kriteria for når denne makta kan nyttast. Samordningsrolla til statsforvaltarane må klargjerast (4).

Vidare er det truleg vesentleg å arbeida vidare med ei klårgjering av oppgåvene som kommunelegen som smittevernkunnig har overfor andre

offentlege og private verksemdar i lokalsamfunnet. I samheng med dette er det interessant å sjå at smittevernlegen i Sverige er plassert på fylkesnivå (landstinget) og ikkje i lokalsamfunnet. Det bør vi ikkje ønskja oss her i landet.

Kva er naturlege epidemiologiske einingar i dag?

Denne pandemien har ettertrykkleg vist oss at ein farang er eit fenomen som breier seg ut i eit geografisk rom og langs ein tidsakse. Sjølv i eit så pass lite og homogent samfunn som Noreg, er det tydeleg at dei geografiske eininga ikkje må gjerast for store dersom ein skal kunna ha dagsaktuelle risikobilete av smittesituasjonen. Kort sagt: Nasjonale scenario utvikla av Folkehelseinstituttet er ikkje nok. Ei lokal erfaring hos oss i Stavanger var at vi sjeldan eller aldri var heilt i fase, korkje med landet som heilskap eller med naboane i Kristiansand i sør eller Haugesund i nord.

Derimot lukkast me rimeleg godt gjennom nærare to år å tilfredsstilla planleggingsbehova våre med egne scenario. Modellane me brukte var tilsvarende dei ein nytta på nasjonalt nivå, men med egne data lagde inn som utrekningsgrunnlag. Desse lokalt utvikla risikobileta, kopla saman med tett dialog mellom smittevernlegane i kommunane og smittevernlegane på sjukehuset, ga ein samlande tryggleik for handteringa frå dag til dag og veke til veke.

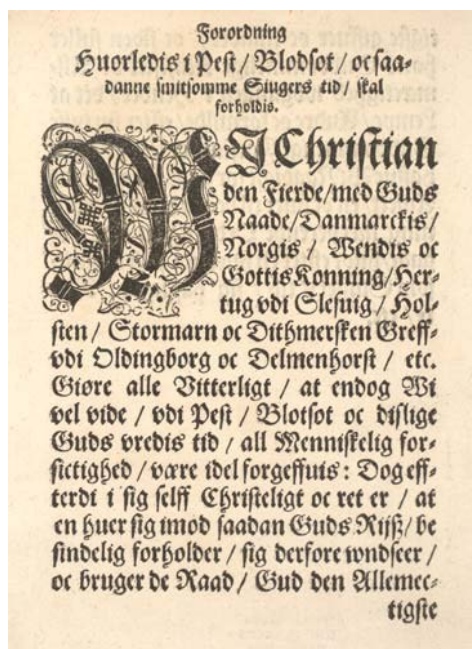
Dersom ein skal arbeida vidare med modellar for epidemiscenario, er det kanskje eit poeng å testa ut om ei «build up»-tilnærming er meir fornuftig enn utvikling av eit landsscenario som skal brytast opp lokalt. Kanskje den fornuftige epidemiologiske eininga i store delar av Noreg i vår tid er helseføretaksområda? Kommunane er heilt klårt for små, landet for stort, og det er truleg også mange av fylka. Uansett er det viktig at kommunane og helseføretaket samarbeider om dei daglege risikobileta. Det er i grenseflata mellom desse tenesteytande einingane at kvaliteten både på det kurative og det profylaktiske blir skapt.

Kan me få medisinalmeldingane tilbake?

Frå tidleg på 1800-talet og i nærare 200 år har me årlege, skrivne medisinalmeldingar frå distriktslegane i Noreg (19). Innhaldet i dei og kvaliteten på innhaldet, vurdert både ut frå dåtidas krav og no, er varierende. Men uansett har me gjennom desse skriftlege rapportane observasjonar og vurderingar av medisinsk art frå ulike lokalmiljø i Noreg. Då distriktslegane gjekk over frå å vera statleg tilsette til kommunelegar i 1984, fall etter kvart denne tradisjonen saman.

Mykje av den lokale kunnskapen som er opparbeidd gjennom dei tre åra me no har levd med koronapandemien er vanskeleg å strukturera med tanke på forskning og fagutvikling i dag. Det er i liten grad kravd eller lagt til rette for systematisk tilbakemelding av erfaringar frå dei som har stått i første linje i pandemiarbeidet. Det er synd, for der ligg det erfaringar som kan foredlast fram til gangbar kunnskap. Derfor er det viktig at sentrale statsorgan, som Folkehelseinstituttet, sørgjer for at rapportar frå kommunane blir sanka inn og framstilt samla (20).

Tida er i ferd med å renna ut for eit truverdig «manns minne». Kanskje det enno er noko å henta dersom kommunar og helseføretak prøver å samla erfaringane sine i interne rapportar? Det kan knapt vera nokon tvil om at mange einskildmenneske har lært mykje for sin eigen del gjennom desse tre åra som no har gått. Medisinsk fagleg har også kunnskapen om koronaviruset og sjukdommen det gir auka sterkt. Men kor mykje har organisasjonane og samfunnet lært om evna til å møte det uventa og handtera det uvisse? Me seier at me vil vera budde på den neste krisa. Er me det? Har me ikkje framleis ei oppgåve i år foredla dei erfaringane me har slik at det formar seg ny kunnskap?



Figur 1. Første side av Christian IVs pestforordning av 1625. Kilde: Det Kgl. Bibliotek, København. <http://www2.kb.dk/tekster/pestforordning1625/01.html>

Epilog

I eit historisk perspektiv er det grunn til å tenkja over om me i møte med nye epidemiar og pandemiar står overfor den same kunnskapsmessige uvissa som ein også gjorde for 400 år sidan i møte med smittsame sjukdommar. Christian IV fastsette i 1625 ei pestforordning. Tiltaka i den liknar til foreksling på dei tiltaka som regjeringa fremja i mars 2020. Rett nok er siste prikkpunkt ikkje å finna på talelista til verken statsrådar eller helsedirektørar anno 2020!

- For at ingen i den anledning skal fratages sine retmæssige indtægter, så skal borgmesteren, bystyret og politimesteren omhyggeligt holde øje og opsyn med vor og kronens retmæssige indtægter [...] Formålet er, så vidt muligt, at hverken vi, kronen eller andre berørte fratages eller fralistes noget til trods for forbuddet mod indrejse.
- Dernæst når nu sygdommen opdages i et hus, og førend den bliver almindelig i byen, så skal de, der bor derinde, holde husene og vinduerne til gaden lukket. De må ikke gå ud noget sted for at komme i kontakt med folk eller lade nogen uvidende komme til dem. Borgmestre og bystyre skal dog sørge for, at sjælesørgerne besøger og trøster dem, [...]
- Men sker det, at dørene lukkes til hos nogle fattige, som ikke har råd til at forsøge sig selv, så er borgmestre og bystyre forpligtet til at skaffe disse fattige øl, mad, medicin og andre livsforødenheder af byens midler.
- I pesttid skal der heller ikke holdes nogen store bryllupper eller anden sammenkomst.
- Når nogen i en sådan tid afgår ved døden, så skal kun de nærmeste slægtninge og nogle få af naboerne indbydes til at møde i gaden, når liget bæres ud.
- Når nu sygdommen med sikkerhed viser sig i den nærmeste egn, skal der først og fremmest ske bøn og gudspåkaldelse for at afvende Guds vrede og straf. Derudover skal folk opfordres til at gøre bod.

Tekstboks 1. Utdrag frå Christian IVs pestforordning av 1625 bearbejdet til nudansk. [Kilde: https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/christian-4s-pest-forordning-1625](https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/christian-4s-pest-forordning-1625)

Litteratur

1. Aavitsland P. Koronavirusepidemien vil ramme Norge. *Tidsskr Nor Legerforen* 2020; 140: 212. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0077>
2. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infectious Diseases* 2020; 20 (5): 533-534. <https://github.com/CSSE-GISandData/COVID-19> (6.2.2023).
3. Folkehelseinstituttet. *Dødelighet i Norge under koronapandemien 2020 til høsten 2022. Notat*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. <https://www.fhi.no/publ/2022/Dodelighet-under-pandemien/> (11.1.2023).
4. NOU 2022:5. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Rapport fra Koronakommisjonen*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, 2022. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/> (11. 1.2023).
5. Ersdal TA, Braut GS. Jo, gevinstene av strenge smittetiltak er klare – kanskje over 500 milliarder. *Dagens Næringsliv*, 28. mars 2020: 69.
6. Helsedirektoratet. *Pandemiplanlegging. Nasjonale faglige råd. Oppdatert 13. november 2019*. Oslo: Helsedirektoratet, 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging> (11. 1.2023).
7. *Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge*. Nettside. Oslo: Bufdir. https://www.bufdir.no/aktuelt/temaside_koronavirus/tjenestetilbudet_til_barn_og_unge_under_covid_19_pandemien/ (Lest 6. februar 2023)
8. Mæstad IT, Angell-Olsen ML, Haaland VF et al. *Unge i Stavanger under pandemien*. Stavanger: Stavanger kommune, 2021. https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/politikk/utenforskinskommissjonen/stavanger-kommune-2131-ungt-utenforskin_web-rapport_a4.pdf (11.1.2023).
9. Mæstad IT, Angell-Olsen ML, Haaland VF et al. *Ungt utenforskin i Stavanger*. Stavanger: Stavanger kommune, 2022. https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/politikk/utenforskinskommissjonen/delrapport-2_ungt-utenforskin_interaktivpdf_sg.pdf (11.1.2023)
10. St.meld. nr. 17 (2001-2002). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Justis- og politidepartementet, 2002.
11. Larsen E, Kaiser JH. *Den kalde krigen – og Vestfold – 1948-1991*. Stokke: E-forlag, 2016.
12. NOU 2021:6. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, 2021. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/> (11.1.2023).
13. European Commission. *EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union*. https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en (11.1.2023).
14. DSB. *Analysar av krisescenarior 2019*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap, 2019. <https://www.dsbinfo.no/DSBno/2019/tema/aks-2019-nyn/#/> (11.1.2023).
15. NOU 2023:4. *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> (6..2.2023).

16. SOU 2020:80. *Åldreomsorgen under pandemien*. Stockholm: Socialdepartementet, 2020. https://www.regeringen.se/4af379/contentassets/a8e708ff5e84279bf11adbd0f78fcc1/sou_2020_80_aldreomsorgen-under-pandemin.pdf (11.1.2023).
17. Hungnes T, Vik E, Veddeng O. Kommunelegens rolle under koronapandemien – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142 (16): 1391-1395. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0396>
18. Aasland T. *Frivillighet i samvirke. Frivillige organisasjoners medvirkning i redningstjeneste og beredskapsarbeid. Avhandling for graden doctor philosophiae*. Stavanger: Universitetet i Stavanger, 2022. https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/2995951/Aasland_Tora.pdf (11.1.2023)
19. Schjønsby HP. *Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport. Rapport frå Helsetilsynet 6/2004*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2004/medisinalmeldingene_1804_rapport_062004.pdf (11.1.2023).
20. Andreassen T, Coward SK, Falk M et al. *Erfaringar etter handteringa av smitte og utbrot av covid-19 i Noreg hausten 2021 og vinteren 2022 i utvalde kommunar*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/erfaringar-etter-handteringa-av-covid-19-i-kommunar-.pdf> (6.2.2023).

Geir Sverre Braut
gsb@sus.no
Stavanger universitetssjukehus
Postboks 8100
4068 Stavanger

Geir Sverre Braut er lege og spesialist i samfunnsmedisin. Han er seniorrådgivar ved Stavanger universitetssjukehus og professor ved Høgskulen på Vestlandet. Han var medlem av Koronakommisjonen (2020–2022).

Artikkelen er fagfellevurdert.