



Driftsomlegging ved et fastlegekontor under covid-19-pandemien – en fokusgruppestudie

ORIGINALARTIKKEL

THERESE RENAA

E-post: thereserenaa@gmail.com

Avdeling for allmennmedisin

Universitetet i Oslo

og

Otta legekantor

Sel

Hun har bidratt med utforming av studien, datainnsamling, analyse og tolkning av data samt bearbeiding av manus.

Therese Renaa er spesialist i allmennmedisin, fastlege og kommuneoverlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

METTE BREKKE

Allmennmedisinsk forskningsenhet

Universitetet i Oslo

Hun har bidratt med utforming av studien, datainnsamling, analyse og tolkning av data samt bearbeiding av manus.

Mette Brekke er spesialist i allmennmedisin og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Utenfor de store byene er legetjenesten i kommunen ofte lokalisert til ett legekantor. Den lokale legetjenesten er sentral i kommunens helseberedskap. Vi ønsket å undersøke hvordan hjelpepersonellet ved legekantoret opplevde omlegging av driften ved legekantoret under covid-19-utbruddet i mars 2020, og hvilke faktorer som underlettet og vanskeliggjorde prosessen.

MATERIALE OG METODE

Artikkelen bygger på et fokusgruppeintervju som ble gjennomført med åtte sykepleiere og helsesekretærer ved Otta legekantor i juni 2020. Intervjuet ble transkribert og analysert ved systematisk tekstkondensering.

RESULTATER

Informantene beskrev en kaotisk og krevende situasjon, der de måtte takle egen og pasienters frykt. De opplevde håndteringen av krisen som vanskelig når kommuneledelsen ikke var bevisst legekontorets utfordringer. Manglende retningslinjer fra myndighetene i starten av utbruddet ga større usikkerhet. Gjennom samarbeid og omstillingsevne fant legekontoret frem til nye arbeidsmåter for å ivareta driften. Dette ga stor mestrings- og fellesskapsfølelse og en sterkere bevissthet om egen betydning i krisehåndteringsfrontlinje.

FORTOLKNING

Studien belyser hjelpepersonellens rolle når fastlegekontoret møter en krise. Kompetente medarbeidere med handlingsrom og verktøy til å takle utfordringene førte i løpet av kort tid legekontoret fra kaos til en ny hverdag. Kommunen kunne ha støttet prosessen ved å sørge for nødvendige ressurser og overordnede føringer for oppgaveprioritering.

Innen beredskapsarbeid er det et overordnet prinsipp at kriser skal håndteres av dem som er nærmest hendelsen, og med samme organisasjon som ved vanlig drift (1). Allmennlegetjenesten er første kontaktpunkt for de fleste pasienter og spiller en strategisk rolle i kampen mot sykdom, både i «fredstid» og ved helsekriser som store pandemier (2–4). Det norske helsesystemet hviler på fastlegetjenesten, og i de fleste mindre kommuner er fastlegekontoret stammen i helseberedskapen. En norsk studie viser at influensautbruddet i 2009 stilte betydelig økte krav til fastlegekontor og legevakter og at disse tjenestene evnet å imøtekomme kravene (5).

Sel kommune i Gudbrandsdalen ble rammet av covid-19 i begynnelsen av mars 2020. Det var et av de første store utbruddene i Norge, og sentrale retningslinjer var fortsatt under utarbeiding. Kommunen har 5 700 innbyggere og ligger i hjertet av den norske fjellheimen med 11 mil til nærmeste sykehus. Det lokale fastlegekontoret, som drives av kommunen, fikk en sentral rolle i håndteringen av utbruddet. Under den første fasen var kun to av seks fastleger i full jobb på legekontoret, og de hadde lite tid til å fokusere på organisasjon og drift.

Vi ønsket å se på hvordan personalet ved fastlegekontoret opplevde driftsomleggingen, hvilke faktorer som gjorde at overgangen fra vanlig drift til en beredskapssituasjon lyktes og hvilke som gjorde det vanskelig.

Materiale og metode

I juni 2020 gjennomførte vi et fokusgruppeintervju med åtte sykepleiere og helsesekretærer ansatt ved Otta legekantor. Alle sykepleierne og helsesekretærene deltok i fokusgruppen, også vikarer og deltidsansatte. De ble rekruttert direkte av førsteforfatter. Alle ønsket å delta i studien og ingen ønsket å trekke seg etter gjennomført intervju. Deltakerne skrev under samtykkeerklæring og ble informert om at de hadde anledning til å trekke seg uten begrunnelse.

Intervjuet ble utført av annenforfatter, som er en erfaren fastlege og akademiker uten relasjon til de ansatte ved legekantoret. Prosjektet ble presentert for deltakerne gjennom informasjon på samtykkeskjemaet og gjennom en kort muntlig introduksjon i starten av intervjuet.

Det semistrukturerte intervjuet ble gjennomført med utgangspunkt i tre hovedspørsmål:

1. Hvordan opplevde dere omleggingen av driften ved legekantoret i forbindelse med covid-19-utbruddet i mars?

2. Hvilke faktorer underlettet omlegging av driften?
3. Hvilke faktorer gjorde omlegging av driften vanskelig?

Intervjuet ble gjennomført på arbeidsplassen og varte i en time. Kun intervjuer og fokusgruppedeltakerne var til stede under intervjuet. Materialet i artikkelen bygger utelukkende på intervjuet. Deltakerne har ikke hatt anledning til å lese eller kommentere det transkriberte intervjuet, men har lest artikkelen før publisering.

Intervjuet ble spilt inn og deretter skrevet ut ordrett. Videre bearbeiding av materialet bygger på metoden systematisk tekstkondensering (6). Begge forfatterne deltok i analysen av materialet, som omfatter følgende trinn: Først leste begge teksten flere ganger for å få et overordnet inntrykk og for å identifisere foreløpige temaer. Så ble meningsbærende enheter identifisert og kodet, og kodene ble sortert i kategorier og subkategorier. Innholdet i hver kodegruppe ble kondensert, dvs. omformulert fra teksten til mer generelle utsagn. Illustrerende sitater ble identifisert. Kondensatene fra hver kodegruppe ble så syntetisert til overordnede temaer. Temaene oppsto fra dataene og var ikke bestemt på forhånd. Analysen ble gjort manuelt ved hjelp av fargekoder og uten programvareverktøy. Deltakerne fikk ikke anledning til å uttale seg om valg av tema eller resultatet av analysen.

Metode og resultater er presentert i henhold til COREQ-sjekklisten (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (7).

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (ref. 544221). Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har forhåndsvurdert at prosjektet ikke trenger godkjenning (REK Sør-Øst A, ref. 129162).

Resultater

I UKJENT TERRENG

Den første tiden var preget av frykt og usikkerhet. Selv om covid-19-situasjonen i verden var kjent gjennom media, ga det en følelse av uvirkelighet og sjokk at egen kommune plutselig ble rammet.

«Jeg følte at utbruddet kom kastet på oss. I starten så var det noen pasienter som nevnte på det og vi pratet litt om det, plutselig en dag så hadde vi det – her.» (Deltaker nr. 6)

Flere beskrev frykt for egen helse og tanker om risiko for å bli smittet eller smitte andre. Samtidig var det frustrasjon over tolkningen av uklare karantenereregler. De som måtte være borte på grunn av karantene, følte ubehag ved at det økte arbeidsbelastningen for dem som var igjen på jobb. Sterk frykt i befolkningen førte til at mange tok telefonisk kontakt med legekantoret, og det var utfordrende å besvare alle henvendelser. Det ble kø på telefonen og lang ventetid. På de mest hektiske dagene rakk personalet å besvare i underkant av en tredjedel av alle henvendelser. Samtidig tok mange pasienter kontakt for å avbestille legetimer, og det øvrige arbeidet ved legekantoret stoppet opp. Den generelle engstelsen skapte stor arbeidsbelastning og ble opplevd som krevende å håndtere.

«Folk var veldig engstelige. Vi merket at det var mange pasienter som ble kjemperedde, og det viste seg ikke bare med covid-19- spørsmål, men med alt mulig annet rart også som de spurte om. Veldig mye angst rundt forbi.» (Deltaker nr. 3)

Det ble raskt tydelig at driften ved legekantoret måtte organiseres på en annen måte for å fungere under smitteutbruddet. Bemanningen ble omdisponert fra blodprøvetagning, injeksjoner og sårstell til telefonbesvarelse. Fysioterapi- og ergoterapitjenesten ble stengt og de ansatte rekruttert til å ivareta adgangskontroll og sortering av pasienter som møtte opp på legekantoret. De bisto også med fysisk plassering av pasientene på venterommet slik at avstandsreglene ble overholdt.

«Det var veldig ustrukturert i begynnelsen, vi visste jo ikke helt hvordan vi skulle begynne på en måte,

følte jeg da. Men med mange kloke hoder sammen klarte vi å komme frem til noe. Hvordan vi skulle håndtere venterom for eksempel, dette med telefon. Noe av problemet var at vi var jo ikke så mange folk da, fordi det var flere som var i karantene blant annet, så vi var jo ikke så mange.» (Deltaker nr. 3)

Det tok en uke før kommunen fikk på plass en informasjonstelefon for å håndtere covid-19-spørsmål. I løpet av den uken ble personalet ved legekantoret presset til bristepunktet. De følte ansvar for å fremstå som trygge og tilgjengelige for å dempe uroen i befolkningen, men det massive trykket av spørsmål og bekymringer samt uklare retningslinjer forsterket følelsen av egen utrygghet.

«Vi følte at presset kom på oss, med mange spørsmål. Vi var ikke helt forberedt på at det kom så brått på oss, det var vanskelig å vite hva man skulle svare mange av de som ringte.» (Deltaker nr. 6)

UTEN KART OG VEIVISER

Manglende retningslinjer fra myndighetene økte følelsen av usikkerhet i møte med pasientene, og det ble beskrevet ubehag ved å skulle gi råd som ikke var forankret i konkret kunnskap.

«Til å begynne med – på telefonen så visste jeg ikke hva jeg skulle svare. Til å begynne med ... Så de var sikkert like usikre mange etter de hadde ringt som før de ringte.» (Deltaker nr. 1)

Det var også vanskelig å holde seg oppdatert på de stadige endringene i retningslinjene. De første ukene i mars var hovedlinjene i myndighetenes pandemihåndtering fortsatt under utarbeiding, og det kom daglige presiseringer og endringer fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Tett kontakt med smittevernlegen var en viktig støtte.

«Vi visste jo ikke helt hva vi skulle svare. Og det var hele tiden spørsmål om hva vi skulle gjøre med den og den situasjonen. Det var veldig godt å ha smittevernlegen her. Jeg tenker på dem som ikke har smittevernlegen i nærheten, stakkars dem. I begynnelsen altså, for hun svarte på alt. Om vi spurte ti ganger, så svarte hun på det. For vi var stadig vekk i situasjoner der vi ikke visste hva vi skulle svare.» (Deltaker nr. 3)

Det viste seg også at det generelle planverket ikke ga sikre veivalg i forbindelse med omlegging av driften. De konkrete endringene i rutiner og prioritering måtte gjøres fortløpende og tilpasses situasjonen til enhver tid. I forbindelse med dette uttrykte deltakerne frustrasjon over kommuneledelsen. Flere beskrev at de som hadde beslutningsmyndighet hadde lite kunnskap om driften av et legekantore, og ledelsen ble oppfattet som fjern og lite involvert. Ledelsen kommuniserte i liten grad direkte med de ansatte, og det var flere tilfeller der problemstillinger ble formidlet til ledelsen uten at det førte til konkrete tiltak. Kommuneledelsen hadde f.eks. definert det som sin oppgave å organisere mottak av pasienter med feber og luftveissymptomer, men ingenting kom på plass før legekantoret organiserte det selv.

«Og det er viktig at de som kjenner til hvordan legekantoret driftes, er medvirkende i avgjørelser. Fordi det er uheldig at det tas avgjørelser høyere opp av de som ikke kjenner til drift av et fastlegekantore.» (Deltaker nr. 8)

Personalet så best selv hva som måtte til for å få driften til å fungere. Samtidig manglet de myndighet til å få gjennomført de nødvendige endringene.

«Vi har vært navet. Vi har sittet som nøkkelpersoner. Det er oss befolkningen har tatt kontakt med på dagtid. ... Jeg har sett hva som trengs, men så har jeg ikke hatt beslutningsmyndighet. Men likevel så har det vært iverksatt ting, for vi ser at de bare må på plass. Og da må vi få det til å gå rundt.» (Deltaker nr. 3)

Når kommuneledelsen tok beslutninger og innførte tiltak som ikke var forankret i legekantoret, skapte det irritasjon og ble opplevd som en tilleggsbelastning.

STYRKET SAMHOLD I MESTRING

Det var enighet om at krisen hadde ført til økt samhold på legekantoret og kanskje også

endret litt i maktbalansen mellom leger og hjelpepersonellet.

«Jeg tenker på hvordan vi har møtt hverandre. Både hvordan legene har møtt oss, men også hvordan vi har møtt hverandre. Jeg føler at alle har vært mer imøtekommende og mer takknemlige.» (Deltaker nr. 8)

Personalet beskrev en økt bevissthet over sin egen betydning og over legekontorets rolle i krisehåndteringen.

«Vi må ta med det at vi er viktig. Vi har vist oss ganske endringsvillige og fleksible og at vi gjør den jobben som kreves, uansett hva det skulle være. Så lenge vi går i takt og i samsvar med den som leder oss der da.» (Deltaker nr. 7)

De så tydelig at de i fellesskap hadde gode verktøy for å møte utfordringer, men også et felles verdigrunnlag og stå på-vilje. Egenskaper som fleksibilitet og utholdenhet ble fremhevet, men også omsorgen og støtten de ga hverandre i en vanskelig situasjon. Når alle behersket de ulike arbeidsoppgavene ved legekontoret, ble det mindre konsekvenser når noen ble borte.

«Jeg vil nevne samarbeidet på hele kontoret. Evnen til at alle kunne omstille seg, fra i dag har vi det slik, i morgen kunne det være nye planer. Det var jo store utfordringer her, men det synes i hvert fall jeg da, at vi har klart oss kjempegodt igjennom det. Ja, samholdet imellom oss på kontoret og doktorene og alle, så synes jeg at det har gått bra, positivt, det hele.» (Deltaker nr. 5)

Alle var enige om at hovedoppgaven var å ta vare på pasientene på best mulig måte. Det ble innført flere tiltak for å redusere smitterisikoen inne på legekontoret etter hvert som pasientene vendte tilbake. Spesielt arbeidet med å sikre pasientflyten ble fremholdt som viktig, men også vanskelig. Målet var å sikre at et begrenset antall pasienter oppholdt seg samtidig på venterommet mens de ventet på legetime, blodprøver, undersøkelser eller transport. Håndteringen av venterommet krevde vedvarende årvåkenhet og ga logistiske utfordringer.

Helsepersonell som var omplassert fra fysioterapitjenesten, ivaretok adgangskontroll til legekontoret i en periode. Etter hvert overtok frivillige denne oppgaven. Pasienter med feber, luftveissymptomer eller magesmerter ble ivaretatt i lokaler som var fysisk adskilt fra legekontoret.

Personalet opplevde flere av de nye rutinene som nyttige og bærekraftige over tid. De ønsket å fortsette å arbeide på samme måte også etter at utbruddet var avsluttet. Spesielt det felles morgenmøtet ble fremholdt som et nødvendig suksesskriterium i krisehåndteringen. Det var tidligere gjennomført møter et par dager i uka, men nå samlet hele legekontoret seg et kvarter hver morgen før arbeidsstart. Det korte møtet sikret at alle var oppdatert på fordeling av dagens oppgaver og om noen var borte. Enda viktigere var det at møtet styrket fellesskapsfølelsen og samholdet mellom legene og personalet.

«Også begynte oss da å ha møte felles på morgenen der alle doktorene deltok, og kontorpersonellet deltok. Det syntes jeg var til god hjelp, for da hadde vi en gjennomgang om morgenen. Hva som hadde skjedd? Hva er utviklingen nå? Hvordan skal vi organisere oss i dag?» (Deltaker nr. 6)

De intervjuede hadde også tanker om ting som kunne vært gjort annerledes, spesielt å dele leger og personale inn i kohorter for å sikre driften også ved en smittesituasjon på kontoret. Selv flere måneder etter utbruddet preges hverdagen på legekontoret av covid-19.

«Det er ikke normalt for oss ennå. Spørsmålet er om det noen gang blir det heller, tenker jeg da, i forhold til den adgangskontrollen, om de skal stå der hver dag og gjøre en god jobb. Og så er det dette med desinfiseringen mellom hver pasient, altså, vi bruker jo mye mer tid på smitteforebyggende tiltak. Så det er jo ikke normal drift i så måte.» (Deltaker nr. 3)

Diskusjon

Covid-19-utbruddet satte hele helsetjenesten under press. Myndigheter og media har

fokusert på sykehusene og spesielt på intensivkapasiteten. Det er forståelig, ut fra hvordan pandemien rammet andre land. Mye kan tyde på at sykdomsutbruddet artet seg annerledes i Norge. Fastlegene har håndtert det store flertallet av smittede og dermed skjermet sykehusenes kapasitet til å behandle de aller sykeste. Det samme skjedde under svineinfluensapandemien i 2009 (5). En velfungerende primærhelsetjeneste er en forutsetning for effektiv pandemihåndtering (8–10).

I studier fra utlandet brukes begreper som *surge capacity* og *shock resilience* for å beskrive helsesystemers kapasitet til omstilling i kriser (11–15). Patel og medarbeidere klassifiserer utfordringene allmennelegetjenesten står overfor ved en pandemi i fem hovedgrupper: å gi pasienter informasjon, å beskytte pasienter mot smitte på legekantorene, å ivareta undersøkelse av smittede, å ivareta pasienter med kroniske lidelser og å ivareta psykisk helse i befolkningen (16). De samme hovedtemaene kom frem også i denne studien.

Personalet ved Otta legekantor beskriver en brutal omstillingsprosess i møte med pandemien. Deres felles kultur og identitet hjalp dem å mestre oppgaven. De la stor vekt på betydningen av arbeidsfellesskapet og hvor vanskelig de som av ulike grunner ikke kunne være på jobb, opplevde dette. Stilt overfor forventningen om at den enkelte taklet egen uro for fellesskapets beste, ble det lite rom for uro for egen helse og for å smitte familien. Personalgruppen hadde helt fra start en tydelig forståelse av oppgaven som skulle løses. Målet var å trygge pasientene gjennom god tilgjengelighet og korrekt og tilstrekkelig informasjon. Når flommen av henvendelser overskred kapasiteten til å besvare dem, forsterket det følelsen av å ikke håndtere krisen. Det samme gjorde usikkerheten om man ga korrekte råd, hvilket ble fremhevet som en stor utfordring da det lokale utbruddet kom før nasjonale retningslinjer var ferdig utarbeidet.

Fraværet av en tydelig og detaljfokusert ledelse gjorde handlingsrommet krevende, men ga samtidig mestring da gruppen selv opplevde å finne løsninger. Smittevernlegens tilstedeværelse garanterte at de faglige rådene var korrekte og ga trygghet. I tillegg til fellesskapet la personalet vekt på egenskaper hos hver enkelt som vesentlige for å håndtere krisen og at gruppen tålte belastningen: solid fagkunnskap, erfaring og fleksibilitet.

Hjelpespersonellet ga uttrykk for en sterk felles identitet og en forståelse av egen betydning. Fastlegene ble nevnt som viktige samarbeidspartnere, men hovedfokus for personalet var ikke fastlegenes behov eller arbeidsforhold. Å ivareta driften av fastlegeskantoret fremsto som frakoblet fastlegenes tilstedeværelse.

STYRKER OG SVAKHETER

Så vidt vi vet, er dette den første studien som beskriver hvordan hjelpespersonell ved et fastlegeskantor opplevde utfordringene ved covid-19-pandemien. Det er grunn til å tro at informantene har gitt et åpent og korrekt bilde av egen opplevelse. Legeskantoret som deltok i studien, skiller seg ikke vesentlig fra andre fastlegeskantor i Norge, med unntak av at det ligger 11 mil fra nærmeste sykehus. Covid-19-utbruddet representerer en ekstrem situasjon over en begrenset tidsperiode. Vi mener funnene i studien har overføringsverdi til situasjoner der liknende organisasjoner settes under stor belastning og må finne nye strategier for å mestre en krise.

Studien beskriver erfaringer ved kun ett enkelt fastlegeskantor. Da vi planla studien i mars 2020, var det å ha hatt et stort lokalt smitteutbrudd fortsatt unikt. Noe av hovedhensikten var å utforske hvordan hjelpespersonellet opplevde og håndterte utfordringene i en tid da stor usikkerhet og stadig skiftende informasjon preget både dem, legene og publikum. Vi valgte derfor å avgrense fokus til Otta legekantor. Det kunne vært ønskelig å gå mer i dybden på personalets opplevelser. Individuelle intervjuer ville ha gitt mulighet til dette på en annen måte enn en fokusgruppe.

Førsteforfatters rolle er potensielt problematisk i denne studien. Hun har hatt mange roller under håndteringen av det lokale covid-19-utbruddet – som kommuneoverlege, som smittevernlege og som fastlege ved det lokale legeskantoret. For å unngå at personlige relasjoner skulle farge uttalelsene i fokusgruppen, ble fokusgruppeintervjuet gjennomført

av annenforfatter uten at førsteforfatter var til stede. Førsteforfatter er likevel den som i hovedsak har gjort analysene, men i nært samarbeid med annenforfatter, som har hatt et kritisk blikk på eventuell informasjonsskjevhet.

KONKLUSJON

Utenfor de større byene i Norge hviler helseberedskapen til stor grad på lokale legekontor. Selv om beredskapsplaner bør holdes mest mulig generelle, er det viktig og nødvendig å gi hjelpepersonellet ved legekantoret en sentral rolle i å omsette en generell plan til konkrete rutiner. Kommuner gjør klokt i å bistå legekantoret med nødvendig støtte og ledelse i en krisesituasjon.

HOVEDBUDSKAP

Et tidlig og stort covid-19-utbrudd satte fastlekantoret i Otta under betydelig press, og hjelpepersonellet opplevde den nødvendige driftsomleggingen som krevende.

Hjelpepersonellens lokalkunnskap, fagkompetanse, fleksibilitet, kommunikasjonsevner og ansvarsfølelse var viktige verktøy for rask omstilling.

LITTERATUR:

1. Justis- og beredskapsdepartementet. Hovedprinsipper i beredskapsarbeidet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/samfunnssikkerhet-og-beredskap/innsikt/hovedprinsipper-i-beredskapsarbeidet/id2339996/> Lest 3.9.2020.
2. Phillips CB, Patel MS, Glasgow N et al. Australian general practice and pandemic influenza: models of clinical practice in an established pandemic. *Med J Aust* 2007; 186: 355–8. [PubMed][CrossRef]
3. Lee JQ, Loke W, Ng QX. The role of family physicians in a pandemic: A blueprint. *Healthcare (Basel)* 2020; 8: 198. [PubMed][CrossRef]
4. Kunin M, Engelhard D, Thomas S et al. Challenges of the pandemic response in primary care during pre-vaccination period: a qualitative study. *Isr J Health Policy Res* 2015; 4: 32. [PubMed][CrossRef]
5. Simonsen KA, Hunskaar S, Sandvik H et al. Capacity and adaptations of general practice during an influenza pandemic. *PLoS One* 2013; 8: e69408. [PubMed][CrossRef]
6. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40: 795–805. [PubMed][CrossRef]
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–57. [PubMed][CrossRef]
8. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Oslo: Regjeringen, 2014: 13. https://www.regjeringen.no/contentassets/coe6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf Lest 3.9.2020.
9. Helsedirektoratet. Pandemiplanlegging i kommunen. 1.1 Diagnostikk og behandling i en kommune under en pandemi. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging/pandemiplanlegging-i-kommunen> Lest 3.9.2020.
10. Primary health care and health emergencies. Technical series On primary health care WHO/HIS/SDS/ 2018.52. Geneva: WHO, 2018. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/emergencies.pdf?sfvrsn=687d4d8d_2 Lest 3.9.2020.
11. Hanefeld J, Mayhew S, Legido-Quigley H et al. Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy Plan* 2018; 33: 355–67. [PubMed][CrossRef]
12. Runkle JD, Brock-Martin A, Karmaus W et al. Secondary surge capacity: a framework for

understanding long-term access to primary care for medically vulnerable populations in disaster recovery. *Am J Public Health* 2012; 102: e24–32. [PubMed][CrossRef]

13. Veileder i kontinuitetsplanlegging. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2019: 10.

<https://www.dsb.no/veiledere-handboker-og-informasjonsmaterieell/veileder-i-kontiunitetsplanlegging-oppretholdelse-av-kritiske-funksjoner-ved-hoyt-personellfravar/> Lest 3.9.2020.

14. FOR 2011-08-22-894. Forskrift om kommunal beredskap.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-08-22-894> Lest 3.9.2020.

15. Collins N, Litt J, Moore M et al. General practice: professional preparation for a pandemic. *Med J Aust* 2006; 185: S66–9. [PubMed][CrossRef]

16. Patel MS, Phillips CB, Pearce C et al. General practice and pandemic influenza: a framework for planning and comparison of plans in five countries. *PLoS One* 2008; 3: e2269. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 1. februar 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0713

Mottatt 4.9.2020, første revisjon innsendt 1.12.2020, godkjent 4.1.2021.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no