

Svar på oppdrag TB2023-69 del III

Revisjon av regelverk om helseberedskap og smittevern

Delbesvarelse 3: Gjennomgang av helseberedskapsloven

Unntatt offentlighet jf. Offentleglova § 15 første ledd

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	2
Sammendrag	4
1 Innledning	7
1.1 Innretning av besvarelsen og enkelte avgrensninger	7
1.1.1 Avgrensninger	7
1.2 Bakgrunn og rettslige perspektiver	8
1.2.1 Helsekriser handler sjelden bare om helse	8
1.3 Helseberedskapsloven og beredskapsarbeid – noen utgangspunkter	9
1.3.1 Helseberedskapsloven og samfunnssikkerhetsinstruksen	9
1.3.2 Systematisk beredskapsarbeid	10
1.4 Internasjonale forpliktelser	10
2 Helseberedskapslovens saklige virkeområde – om krisebegrepet, føre var- og førkriseperspektivet.....	12
2.1.1 Innledning – lovens formål.....	12
2.1.2 "Under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid"	12
2.1.3 Oppsummering.....	15
3 Beredskapsarbeid og beredskapsplanlegging	15
3.1 Innledning.....	15
3.2 Utfordringsbildet.....	16
3.2.1 Offentlige utredninger om viktigheten av planlegging	16
3.2.2 Tilsyn med kommunenes helseberedskapsplaner	17
3.3 Helseberedskapsloven og planforskriftens krav til beredskapsplanlegging	17
3.3.1 Bakgrunn	18
3.3.2 Hvem har/bør ha planplikt etter helseberedskapsloven?	18
3.4 Helseberedskapsloven i et større perspektiv	19
3.4.1 Forholdet til folkehelseloven.....	19
3.4.2 Sikkerhet og sivilbeskyttelse som eksempel	20
3.4.3 Annet tilgrensende regelverk	22
3.4.4 Planforskriftens krav og endringsbehov	22
3.4.5 Kort om internasjonale forpliktelser knyttet til planplikt.....	23
3.5 Oppsummering	23
4 Ansvar, samvirke og avbøtende tiltak	24
4.1 Innledning.....	24
4.2 Offentlige utredninger.....	25
4.3 Ansvarsprinsippet i helseberedskapsloven	25
4.3.1 Helseberedskapsloven § 1-2 Ansvarsprinsippet.....	25
4.4 Tverrsektorielle og sammensatte hendelser – sektor- og samvirkeprinsippet	27
4.5 Behov for avbøtende tiltak og krisehjerner i andre sektorer	28
4.6 Ivaretagelse av sårbare grupper	29
4.7 Oppsummering	30
5 Rapportering, varsling, informasjonsdeling	30

5.1.1	Betydningen av god situasjonsforståelse	30
5.1.2	Offentlige utredninger	31
5.1.3	Helseberedskapsloven § 2-3.....	31
5.1.4	Nærmere om varsling, rapportering og informasjonsdeling innad i sektor	32
5.1.5	Nærmere om tverrsektorielle behov knyttet til rapportering.....	34
5.1.6	Nærmere om varslingsplikt og informasjonsdeling.....	34
5.1.7	Nærmere om internasjonale forpliktelser.....	36
5.1.8	Oppsummering.....	37
6	Forsyningssikkerhet	37
6.1	Krav til forsyningssikkerhet	37
6.1.1	Innledning.....	37
6.1.2	Gjeldende rett	38
6.1.3	Lov- og forskriftsfestet plikt til beredskapslagring av legemidler for legemiddelgrossister.....	38
6.1.4	Forskriftsfestet plikt til lagring av smittevernustyr	40
6.1.5	Lovregulering av koordinerende ansvar ved kriser, katastrofer og væpnet konflikt	40
6.1.6	Blodforsyning	41
6.1.7	Forordning om grensekryssende helsetrusler.....	41
	Vedlegg 1.....	42
	Overordnet gjennomgang av regelverk om beredskapsarbeid i sivil sektor	42
	Vedlegg 2.....	45
	Referat fra innspillsmøte med eksterne deltakere.....	45

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet har i TB2023-69 bedt om en helhetlig gjennomgang av smittevernloven og helseberedskapslovens bestemmelser. Bestillingen er utdypet i TTB2023-1 gjennom en rekke enkeltspørsmål. Helsedirektoratet har i to delbesvarelser besvart spørsmål om lovene. Dette er tredje delbesvarelse på oppdrag TB2023-69. Leveransene må ses i sammenheng.

Når det gjelder helseberedskapsloven har vi i tidligere leveranser blant annet drøftet behov for endring av fullmaktsbestemmelsene, etablering av beredskapsregistre, vilkårene etter § 1-5, og hvem som bør ha myndighet til å beslutte om lovens anvendelse. Vi har også drøftet de grunnleggende beredskapsprinsippene, og om det bør anbefales ytterligere prinsipper i den nasjonale beredskapen. I denne tredje besvarelsen drøfter vi ytterligere behov for endringer i helseberedskapsloven og i forskrift om krav til beredskapsplanlegging.

Departementet viser i oppdraget til Helsedirektoratets dokument "Utredning med forslag til revidert helseberedskapslov" fra 1. juni 2019. Departementet spør om forslaget fremdeles anbefales. Arbeidet med de to tidligere oppdragsbesvarelsene og erfaringer de senere årene, har vist at omfanget av endringsbehov er så omfattende at vi anbefaler at departementet i stedet legger direktoratets nye innspill til grunn i sitt videre arbeid.

Det har skjedd store endringer i samfunnet og helsesektoren etter at loven ble vedtatt. Vi fremhever at loven må oppdateres for å møte et endret risiko- og trusselbilde, herunder en forverret og alvorlig sikkerhetspolitisk situasjon, miljø- og klimaendringer, utfordringer knyttet til global handel (forsyningsikkerhet) og sårbarheter knyttet til digitalisering av samfunnet. Kriser berører sjelden bare en sektor, og ingen eier en tverrsektoriell krise alene. Dette stiller økte krav til sektorenes forberedthet både internt og på tvers.

Det har også skjedd en utvikling i sektorovergripende beredskapslovgivning og internasjonalt regelverk som berører vår sektor. Alt dette får konsekvenser for hvordan helseberedskapsloven bør utformes.

I tillegg har det kommet flere offentlige utredninger (Koronautvalget, Totalberedskapskommisjonen og Forsvarskommisjonen) som er relevante for lovarbeidet, og det er pågående endringer i helseforvaltningen, og helseberedskapsmeldingen er under utarbeidelse.

For denne leveransen har vi derfor måttet begrense oss til å drøfte noen sentrale tema og endringsbehov.

Helsedirektoratets vurderinger kan oppsummeres slik:

I likhet med Forsvarskommisjonen, Totalberedskapskommisjonen og Korona-utvalget fremhever vi betydningen av at helseberedskapsloven i større grad må ses i sammenheng med øvrig regelverk som regulerer beredskap i Norge. Regelverket er fragmentert og uoversiktlig, og verken innretning eller begrepsbruk er harmonisert.

Terskelen for bruk av fullmakter og virkemidler i helseberedskapsloven har vært høy, og fullmaktene i loven kan bare anvendes ved krise, katastrofe, når riket er i krig eller det er fare for krig. Vi mener det kan vurderes om loven i større grad bør innrettes slik at den kan anvendes når det er behov for den, også i lavere del av krisespekteret. Det er viktig at regelverket oppfattes som nyttig og relevant av alle som har oppgaver og plikter etter loven. Dette kan bidra til å styrke den grunnleggende beredskapen.

Ansvar og oppgaver for å forebygge og avverge kriser fremgår i dag i liten grad av loven eller planforskriften. Dette bør tydeliggjøres. Helsedirektoratet påpeker samtidig at en tydeliggjøring av

planplikter i sektoren bør følges opp med forsterket veiledning og annen understøttelse av arbeidet. Direktoratet understreker også viktigheten av tilsyn med etterlevelse av plikter i lov og forskrifter.

Om krisebegrepet, føre var- og førkriseperspektivet

- For bedre å sikre at man er forberedt, og for å understøtte tidsriktig iverksettelse av tiltak ved behov, bør føre var-perspektivet fremkomme tydeligere av loven. Vi anbefaler at dette blant annet gjøres i lovens formålsbestemmelse.
- Det er viktig at regelverket sikrer godt beredskapsplanarbeid. Grenseflaten mellom helseberedskapsloven og tjenestelovene bør avklares, eksempelvis med tanke på om loven skal være et praktisk verktøy også i lokale kriser med stort skadepotensiale. Begrepet "krise" bør ikke tolkes så strengt at terskelen for bruk av loven legges høyere enn lovens formål tilsier.
- Regelverket bør også i større grad tydeliggjøre plikt til forebyggende og risikoreduserende tiltak.

Behov for harmonisering og tydeliggjøring

- Helsesektoren har generelt en noe annen begrepsbruk enn flere andre beredskapslover på sivil side. Dette kan øke risikoen for at helseberedskapen ikke fremstår som en integrert del av sivilberedskapen. Man bør forsøke å finne felles begreper på tvers av sektorene.
- Regelverket knyttet til stats- og samfunnssikkerhet skal sikre motstandskraft på tvers av sektorer, og stiller særlige krav til enkelte utpekte virksomheter. Det kan vurderes om helsesektorens virksomhet i seg selv er så viktig at det også bør stilles enkelte krav knyttet til objekt- og infrastrukturens sikkerhet i helseberedskapsloven eller planforskriften, også til virksomheter som ikke er utpekt etter andre lover. Hovedbegrunnelsen er å motivere til helhetlig risikostyring, der forebyggende sikringstiltak, beredskapsplanlegging og krisehåndtering ses under ett.
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter helseberedskapsloven bør samordnes bedre med andre forskrifter som regulerer beredskapsplikt på sivil side.
- Ledelsesforankring av arbeid med beredskapsplanlegging bør sikres gjennom endring i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- I lys av blant annet NATOs grunnleggende krav til motstandskraft bør det tydeligere fremkomme krav om å planlegge for kontinuitet i tjenestene under alle former for ekstraordinære hendelser.

Ansvar, samvirke og avbøtende tiltak

- Det bør vurderes om departementets (og nasjonale helsemyndigheters) ansvar og oppgaver i helseberedskapen bør tydeliggjøres i loven og forskriften, slik det er gjort i enkelte andre lover.
- Ansvarsprinsippet slik det er formulert i § 2-1, er bare et utgangspunkt og gir ikke en dekkende beskrivelse av ansvarsdimensjonene i helseberedskapen. Det bør vurderes hva som er formålet med å ha en slik bestemmelse.
- Sammensatte og tverrsektorielle hendelser er utfordrende å håndtere. Et tiltak for å bedre samhandlingen kan være å bygge ut nasjonale planverk, men det kan også være formålstjenlig å utvikle en instruks for tverrsektorielt beredskapsarbeid, der det for eksempel

stilles krav om at sektormyndighetene underretter andre myndigheter eller etater med tilgrensende ansvarsområde om kriser som er under oppseiling.

- Alle sektorer bør ha plikt til å identifisere behov, og planlegge for, å kunne iverksette avbøtende tiltak. De må også ha tilstrekkelige hjemler til å iverksette slike tiltak innen sine ansvarsområder.
- En nytt grunnleggende "sårbarhetsprinsipp" for beredskapsplanarbeidet i Norge vil kunne sikre at kommuner, statlige og private aktører i større grad planlegger for og evner å gjennomføre risikoreduserende og konsekvensreduserende tiltak som ivaretar sårbare gruppers behov ved kriser. Et slikt prinsipp bør knyttes til hver enkelt sektors ansvar som del av totalberedskapen.

Rapportering, varsling, informasjonsdeling

- Vi drøfter helseberedskapsloven § 2-3 som handler om varsling og rapportering. Vi understreker betydningen av at virksomheter som har følge-med-ansvar, beslutningsmyndighet, koordinerende ansvar eller hastekompetanse kan skaffe seg den informasjonen som er nødvendig for å få god situasjonsoversikt og -forståelse.
- Virksomheter i sektor må planlegge for, og dermed også ha systemer for, å kunne rapportere dersom dette kreves. Forskriftshjemmelen i helseberedskapsloven § 2-3 annet ledd bør anvendes for å presisere rapporteringsplikter.
- Det kan vurderes om det bør pålegges tydeligere plikt til informasjonsdeling
- Det kan også være regelverket må harmoniseres med rapporterings-, varslings- eller informasjonsplikter til internasjonale organer.

Forsyningssikkerhet

Det vises til omtale i kapittel 6.

1 Innledning

1.1 Innretning av besvarelsen og enkelte avgrensninger

I tråd med oppdraget har Helsedirektoratet blant annet gjennomgått anbefalingene fra Koronautvalget, Forsvarskommisjonen og Totalberedskapskommisjonen. Rapportene presiserer at gjennomgåtte erfaringer, og fremtidens utfordringsbilde, skjerper behovet for styrking av samfunnets evne til å forebygge, planlegge for, og håndtere komplekse, sammensatte og tverrsektorielle hendelser. Sentrale og gjentakende temaer er:

- Føre-var-prinsippet må i større grad legges til grunn for beredskapsarbeid. Den grunnleggende motstandsdyktigheten i alle samfunnsviktige funksjoner må styrkes.
- Beredskapsprinsippene bør videreutvikles eller presiseres bedre.
- Det stilles spørsmål ved om vi har tilstrekkelig gode planer og planforutsetninger i hele krisespekteret. Det systematiske arbeidet med helseberedskap for alle former for ekstraordinære hendelser, også verstefallsscenarioer, må styrkes.
- Det er svakheter i evnen til å etablere felles situasjonsforståelse både innad i sektorene og tverrsektorielt. Dette kan blant annet svekke forebyggings- og planarbeid, krisehåndteringsevne, og evnen til å prioritere og iverksette tidsriktige tiltak.
- Varslings-, rapporterings- og informasjonslinjene må gjennomgås og presiseres.
- Det nasjonale nivået må stilles bedre i stand til å håndtere kriser, og det må tas høyde også for kriser i den mest alvorlige delen av krisespekteret.
- Tverrsektorielle hendelser fremheves som særlig krevende, og det stilles på ulike måter spørsmål ved om beredskapsregelverket per i dag vil kunne understøtte tidsriktig håndtering av alle typer kriser.
- Det er behov for å styrke den digitale sikkerheten og beredskapen i samfunnet, totalforsvarsplanleggingen og forsterke forsyningssikkerheten.

Problemstillingene handler om avgjørende *forutsetninger* for krisehåndteringsevne. Svikt på ett eller flere av disse områdene kan dermed svekke motstandsdyktigheten både i egen og andre sektorer, og påvirke den samlede beredskapen. Besvarelsen er derfor innrettet mot å vurdere om helseberedskapsloven og forskrift om krav til beredskapsplanlegging tilstrekkelig ivaretar eller understøtter disse forutsetningene. For å gjøre dette er det nødvendig også å se loven i relasjon til annet lovverk og andre rammebetingelser i den nasjonale beredskapen.

1.1.1 Avgrensninger

Utfordringsbildet innen totalberedskapen, herunder helseberedskapen, er utførlig beskrevet blant annet av Koronakommisjon I og II, Koronautvalget, Totalberedskapskommisjonen og Forsvarskommisjonen. Vi har også redegjort for dette i våre tidligere innspill til revisjons- og meldingsarbeidet. Det vises til nevnte rapporter og innspill for nærmere beskrivelse av hvilke behov og utviklingstrekk som bør hensyntas i revisjonsarbeidet. Vi viser imidlertid til relevante dokumenter i teksten der det er særlig relevant.

Helseberedskapsloven stiller også krav til andre enn helse- og omsorgstjenestene, for eksempel sosialtjenesten, Mattilsynet, vannverk etc. I denne leveransen omtaler vi ikke disse virksomhetene særskilt. Man må likevel huske på dem når man reviderer loven.

Et viktig perspektiv i regelverksarbeidet er tiltak i sivil-militært samarbeid og helsetjenestens ansvar opp mot forsvaret. Da det er igangsatt andre prosesser som skal ivareta disse behovene går vi ikke nærmere inn i dette i denne leveransen.

I påvente av helseberedskapsmeldingen og omstillingen av den sentrale helseforvaltningen, går vi her heller ikke inn på spørsmål om hvilket nivå eller hvilke myndigheter/etater som bør tillegges oppgaver eller få hjemler.

Vi har valgt å innlede drøftelsene med problembeskrivelser hentet fra utvalget og kommisjonene. Sitatene er valgt ut fra tema, og gir ikke et dekkende bilde av de samlede utfordringene eller konklusjonene som fremgår av NOU-ene. Sitatene belyser imidlertid forhold som har relevans for lovarbeidet, og vi har brukt dem som illustrasjoner.

1.2 Bakgrunn og rettslige perspektiver

Nedenfor gjennomgås enkelte temaer som direkte eller indirekte utgjør et bakteppe for problemstillingene som drøftes i denne leveransen, herunder en kortfattet omtale av rettslige forhold av betydning.

1.2.1 Helsekriser handler sjelden bare om helse

Behov for krisehåndtering innen helsesektoren kan være forårsaket av rene helsemessige forhold (slik som utbrudd av en alvorlig smittsom sykdom), eller komme som en konsekvens av eksterne forhold (slik som terror eller krig) eller en krise som har sin opprinnelse i en annen sektor (slik som omfattende avbrudd i kraft- eller ekomforsyning). En hendelse som utfordrer helse- og omsorgstjenesten, kan ha sin opprinnelse både innenfor og utenfor Norge. Behov for innsats kan oppstå akutt og/eller vokse gradvis frem over tid. Årsaken kan være en utilsiktet hendelse eller en bevisst, tilsiktet handling. Krisehåndteringen kan videre bli påvirket av at grunnleggende infrastruktur og tjenester som understøtter tjenestene faller bort, slik som eksempelvis kritiske IKT-systemer.

Helsesektoren må være forberedt på å kunne begrense og håndtere konsekvensene av en krise, *uavhengig av hva som er den bakenforliggende årsaken.*

I utgangspunktet skal alle hendelser håndteres med de alminnelige virkemidlene som virksomhetene i sektoren er gitt. I ekstraordinære situasjoner kan det bli nødvendig å iverksette særskilte fullmakter gitt i helseberedskapslovgivningen. Mange kriser vil i tillegg berøre mange sektorer samtidig, og i slike tilfeller vil det stilles krav til god samordning av innsatsen både innen helse- og omsorgssektoren, på tvers av geografiske nivåer og på tvers av sektorene. Dette må i størst mulig grad være gjennomtenkt og forberedt i forkant. Slike behov kan oppstå både ved en geografisk avgrenset hendelse, ved større nasjonale katastrofer og kriser og i krig.

Ved kriser eller katastrofer som rammer helse- og omsorgssektorens evne til å yte grunnleggende tjenester til befolkningen vil det kunne bli nødvendig for nasjonalt nivå å anvende sine fullmakter for å håndtere årsaken til hendelsen og konsekvensene av den for helse- og omsorgstjenesten. Eksempler på dette er en smittevern- eller strålehendelse, omfattende og langvarig bortfall av kritiske IKT-systemer eller helt ekstraordinære behov for masseevakuering og behandling av syke og sårede. Vilklårene i helseberedskapsloven § 1-5 vil være oppfylt, og konsekvensene av helsesektorens anvendelse av fullmakter kan påvirke andre sektorer i betydelig grad.

Det kan også oppstå internasjonale hendelser der eksempelvis EU eller WHO koordinerer medlemslandenes innsats, noe som kan skape sektorovergripende behov i Norge. Den internasjonale hendelsen kan enten håndteres med sektorenes alminnelige virkemidler, eller skape en krise i

enkelte sektorer mens andre kan håndtere situasjonen uten at det defineres som en krise.

Oppstillingen er kun ment som en *illustrasjon* på bredden av hendelser som kan oppstå. Formålet med en revisjon av helseberedskapsloven bør være å sikre tilstrekkelige verktøy og virkemidler i alle relevante typetilfeller. Helseberedskapsloven må sikre helsesektorens behov.

Samtidig er det avgjørende for helsesektoren at også andre sektorer har nødvendige verktøy i sitt regelverk til å redusere konsekvenser og belastning både på samfunnet og for helsesektoren.

1.3 Helseberedskapsloven og beredskapsarbeid – noen utgangspunkter

1.3.1 Helseberedskapsloven og samfunnssikkerhetsinstruksen

Helseberedskapsloven er en særlov som:

- Regulerer det grunnleggende beredskapsplanarbeidet som skal skje innen virksomheter som omfattes av loven
- Gir fullmakter for nasjonalt nivå til å omdisponere, omorganisere og prioritere sektorens ressurser uavhengig av grunnleggende ansvarsforhold i eller ved fare for situasjoner der alminnelige ansvarsforhold eller ressurser innen helsesektoren trolig ikke strekker til.

Fullmaktene kan åpnes av Kongen, uavhengig av krisens årsak, så lenge hendelsen kan karakteriseres som "krig, krise eller katastrofe i fredstid", jf. § 1-5. Hendelser som ikke har så omfattende konsekvenser at det er nødvendig å involvere nasjonalt nivå, håndteres av de ansvarlige for tjenestene basert på deres planer og innen rammene som regelverket setter i det daglige.

Fullmaktsbestemmelsene er gjennomgått i vår leveranse av 31. mars. I denne tredje leveransen konsentrerer vi oss om bestemmelsene i lovens kapittel 2 om ansvar for forberedelser og gjennomføring, som lovfester sentrale utgangspunkter i beredskapsarbeidet for helsesektoren.

Helsesektoren er regulert i flere lover. Helseberedskapsloven utfyller/kommer i tillegg til blant andre tjenestelovene, folkehelseloven og smittevernloven. De to mest sentrale tjenestelovene er helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven som legger ansvar for å yte og finansiere tjenester til henholdsvis kommunene og de regionale helseforetakene. I tillegg har kommuner og regionale helseforetak sørge-for-ansvar etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-3. Helseberedskapslovens utgangspunkt er at samme ansvarsfordeling gjelder i kriser, med mindre noe annet blir bestemt under krisen, jf. § 2-1.

Plikt til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid fremgår av § 2-2. For kommuner og spesialisthelsetjeneste gjelder planplikten hele krisespekteret, ettersom også helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b pålegger kommuner og spesialisthelsetjeneste å utarbeide beredskapsplaner. Planene skal være omforente jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Også smittevernloven §§ 7-1 og 7-3 pålegger en planplikt og det samme gjør forskrift om miljørettet helsevern. Helseberedskapsloven § 2-2 oppstiller også plikt for "staten" til å utarbeide beredskapsplaner.

De ulike planpliktene er utdypet i forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (heretter omtalt som planforskriften), som gjelder for stat, kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak, helseforetak, Mattilsynet og vannverk. Helseberedskapslovens regler gjelder både for virksomheter og for offentlige myndigheter på ulike nivå. Det innebærer at helseberedskapsloven og planforskriften skal ivareta ulike behov og perspektiver.

Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap (samfunnssikkerhetsinstruksen) regulerer departementenes arbeid med beredskapsarbeid. Formålet med instruksen er å styrke samfunnets evne til å forebygge kriser og til å håndtere alvorlige hendelser gjennom et helhetlig og koordinert arbeid med samfunnssikkerhet.

Instruksens kapittel VII presiserer at regjeringen har det øverste ansvar for beredskapen i Norge, herunder det overordnede politiske ansvaret for både planleggingen, styringen og håndteringen av kriser som oppstår. Den enkelte statsråd har det konstitusjonelle ansvaret på sitt område, innenfor de lover og bevilgninger Stortinget har gitt. Den enkelte statsråd beholder sitt konstitusjonelle ansvar også i en krisesituasjon.

Samfunnssikkerhetsinstruksen presiserer kravene til departementenes arbeid med samfunnssikkerhet innenfor sektoren de har ansvar for, og det fremgår at de grunnleggende beredskapsprinsippene skal legges til grunn for arbeidet.

1.3.2 Systematisk beredskapsarbeid

Et systematisk arbeid med beredskap skal tilrettelegge for effektivt å forhindre uønskede hendelser, bidra til kontinuitet, og legge til rette for en god krisehåndtering. Det forventes at beredskapsarbeidet fanger opp alle typer kriser og katastrofer, både utilsiktede hendelser og tilsiktede handlinger. Å oppnå god grunnleggende beredskap krever at flere elementer er på plass.

Virksomheter med ansvar i beredskapen må foreta en kartlegging av risiko og sårbarheter. Kartleggingen gir grunnlag for å vurdere uønskede hendelser og konsekvenser av disse. Analysen gir grunnlag for å planlegge hvordan konsekvenser av slike hendelser kan forebygges, begrenses eller håndteres. Virksomheter må arbeide planmessig, langsiktig og systematisk for å styrke sin egen beredskap. En beredskapsanalyse, basert på resultatet fra risiko- og sårbarhetsanalysen, gir grunnlag for å dimensjonere egenberedskap og eksempelvis å inngå avtaler med samvirkeaktører. Dette igjen gir grunnlag for å sørge for eksempelvis nødvendige fullmakter og prosedyrer for samhandling i kommende kriser.

Omforente planer og prosedyrer må øves og trenes med alle som har en rolle i planverket, både egne ressurser og samvirkeaktører for nødvendig forventningsavklaring og forberedthet. Planene bør ta høyde for at felles situasjonsforståelse, tilgang til og deling av informasjon, horisontalt og vertikalt, mellom de som er eller kan bli involvert i krisehåndtering er nødvendig. Etter øvelser og hendelser kreves evaluering, læring og tilpasning av planer og tiltak. Arbeidet bør være ledelsesforankret og inngå som en naturlig del av virksomhetenes ordinære systemer for styring, kvalitetssikring og – utvikling. Dette bidrar til at fremtidige kriser kan håndteres best mulig og normalsituasjonen raskt kan gjenopprettes.

1.4 Internasjonale forpliktelser

Det har vært betydelig utvikling av internasjonalt samarbeid om helseberedskap siden helseberedskapsloven og forskrift om krav til beredskapsplanlegging ble vedtatt. Det er viktig å ha det internasjonale perspektivet med seg i revisjon av regelverket. Noen eksempler på internasjonale forpliktelser er nevnt her:

EU

Arbeidet med en helhetlig tilnærming til sikkerhet og sårbarhet i EU er intensivert de siste årene. Forordningen om alvorlige grenseoverskridende hendelser er av særlig betydning. Forordningen tar sikte på å styrke EUs beredskaps- og koordineringsevne i møte med grensekryssende helsetrusler og

etablerer et sterkere rettslig grunnlag for unionens planlegging for og respons på kriser.

Det forutsettes blant annet at statene kan kan samhandle og kommunisere tidsriktig med med kommisjonen, medlemsstatene og EU-organer. EU kan nå erklære helsekrise på EU-nivå (Public health emergency at EU level), og det stilles eksempelvis tydeligere krav til landenes evne til:

- Epidemiologisk overvåkning og monitorering
- Å sikre tidlig varsling og risikovurdering
- Risiko og krisekommunikasjon
- Helseberedskap og respons, samt tverrsektoriell samhandling
- Videreutvikling og bearbeidelse av planverket, basert EUs sentrale plan for helsekriser og pandemier
- sikker utveksling av informasjon mellom kommisjonen, medlemsstatene og EU-organer

Det vises også til direktiv om kritiske enheters motstandsdyktighet¹. Direktivet definerer kritisk enhet slik: *"essential service" means a service which is crucial for the maintenance of vital societal functions, economic activities, public health and safety, or the environment*. Direktivet pålegger bade myndighetene og de kritiske enhetene ulike plikter for å sikre motstandsdyktighet, og disse vil ha en grenseflate opp mot beredskapslovgivningen. Direktivet peker på behovet for helhetlig risikostyring, der forebyggende sikringstiltak er et viktig element.

WHO

WHO er den tekniske og normative helseaktøren som samler den globale helseresponsen i kriser. Blant de viktigste arbeidsøktene i WHO-sammenheng er nå styrkingen av helsekriseprogrammet, ivaretagelse og videreutvikling av det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), og utviklingen av pandemitraktaten.

Det internasjonale helsereglementet pålegger landene å bygge kjernekapasiteter og dermed motstandskraft. Reglementet skal bidra til koordinert respons i WHOs medlemsland under kriser. Det vises i denne sammenheng blant annet til IHR-forskriften.

NATO

På NATO-toppmøtet i Warszawa i 2016 vedtok NATOs medlemsland syv forpliktende krav (Seven Baseline Requirements), til medlemslandenes motstandsdyktighet i sivil sektor. NATOs kollektive forsvar bygger på at medlemslandene har en god sivil beredskap og motstandsdyktige kritiske samfunnsfunksjoner og infrastruktur. Etter dette må sektorene sikre beredskap og planlegging for følgende kapasiteter:

- 1) assured continuity of government and critical government services;
- 2) resilient energy supplies;
- 3) ability to deal effectively with uncontrolled movement of people;
- 4) resilient food and water resources;
- 5) ability to deal with mass casualties;
- 6) resilient civil communications systems;
- 7) resilient civil transportation systems.

Helsedirektoratet foretar ikke en full gjennomgang av disse internasjonale forpliktelsene i denne rapporten, men vil i det videre vise til dem der det er særlig relevant.

¹ <https://europolov.no/rettsakt/direktiv-om-kritiske-enheters-motstandsdyktighet/id-28658>

2 Helseberedskapslovens saklige virkeområde – om krisebegrepet, føre var- og førkriseperspektivet

2.1.1 Innledning – lovens formål

"§ 1-1. Lovens formål og virkemidler

Formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

For å ivareta lovens formål, skal virksomheter loven omfatter kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven."

Første ledd inneholder lovens formål, og knytter virkeområdet til kriser, krig og katastrofer i fredstid – øvre del av krisespekteret. Imidlertid er det etter forarbeidene ikke nødvendig at en av disse situasjonene allerede har oppstått for at fullmaktene skal komme til anvendelse.

Andre ledd beskriver daglig tjeneste, planlegging og øvelser som grunnlag for å kunne opprettholde nødvendige tjenester under kriser, katastrofer og krig. Planleggingen, øvelsene og den daglige drift skal ta høyde for at det kan bli nødvendig å legge om og utvide driften for å håndtere slike store hendelser.

Innledningsvis i forarbeidene ² beskrives bakgrunnen for lovforslaget og at regelverket knyttet til helseberedskap ble innrettet med *en egen beredskapslov på helse- og sosialområdet, samtidig med at bestemmelser som mest naturlig bør følge av den alminnelige helse- og sosiallovgivningen inntas i disse lover*. På denne måten ble det etablert et skille mellom den alminnelige beredskap, og krise-, katastrofe og krigsberedskap. Det beskrives at: *alminnelig beredskap skal dekke befolkningens plutselige, oppståtte behov for ytelser og tjenester. Akutt medisinsk beredskap, herunder beredskap for ulykker og andre akutte situasjoner utgjør en viktig del av den daglige beredskap. Bestemmelser som regulerer denne del av beredskapen bør finnes i den alminnelige helse- og sosiallovgivningen. Det som skiller kriser eller katastrofer fra ulykker og andre akutte situasjoner er først og fremst hendelsens dimensjon/omfang.*

Regelverk kan understøtte arbeidet med sikkerhet og beredskap på ulike måter.

Helseberedskapslovens virkemidler må både understøtte mål om å redusere sårbarhet, og legge til rette for best mulig krisehåndtering.

Det er spørsmål om loven/forskriften har en innretning og virkemidler som i tilstrekkelig grad ivaretar begge perspektivene.

2.1.2 "Under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid"

Lovens formål er å sikre nødvendige tjenester *"under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid"*.

Beredskapsarbeidet skal også ta utgangspunkt i at tjenestetilbudet skal kunne opprettholdes i slike situasjoner. Når landet er i krig, ved kriser og katastrofer i fredstid kan Kongen i statsråd beslutte at krisehåndteringsfullmaktene i loven blir åpnet.

² Ot.prp.nr. 89(1998-1999) s. 17

Det følger av lovens forarbeider³ at: *"Beskrivelsen av en krise eller katastrofe er ikke tatt inn i loven som legaldefinisjon. Utgangspunktet må være at fullmaktsbestemmelsene i loven skal være et praktisk verktøy, og de må kunne brukes når det er behov for dem. Det er situasjonen, hendelsens omfang og konsekvenser for liv, helse og velferd som er avgjørende."* Det listes opp eksempler på store hendelser der det kan være aktuelt å bruke fullmaktene.

Tidligere besvarelser

I leveransen av 31. mars 2023 diskuterte vi vilkårene for å anvende helseberedskapslovens fullmakter jf. § 1-5, og at vilkårene videreføres. Vi pekte imidlertid på at det kan være hensiktsmessig at begrepsbruken knyttet til krig og krigslignende situasjoner gjennomgås helhetlig i den nasjonale beredskapen. Vi anbefalte også at det tydeligere fremkommer eksempelvis i § 1-5 at fullmaktene i loven i enkelte situasjoner kan komme til anvendelse *før* en krise, katastrofe eller krig er et faktum. Vi opprettholder disse anbefalingene.

I vår rapport fra 2019 (s. 21) skrev vi:

"det behov for å tydeliggjøre i formålsbestemmelsen at helseberedskapslovens virkemidler kan anvendes for å forebygge eller begrense følgene av en truende krise, katastrofe eller væpnet konflikt. Erfaringsmessig er mange hendelser like ressurskrevende i forebyggings- og forberedelsesfasen som i håndteringsfasen. Det bør være et uttalt mål for all helseberedskap at det settes inn tilstrekkelige ressurser allerede i denne fasen. Tilsvarende systematikk er lagt til grunn i lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven); det er altså potensialet i situasjonen som er avgjørende for om lovens fullmakter kan og bør åpnes."

I rapporten foreslo vi også at kommunene skulle gis direkte fullmakt til å rekvirere bruk av rettigheter, eiendeler og eiendom som er nødvendige for den lokale håndteringen av en krise. Etter dagens lov ligger fullmakten til departementet eller den departementet utpeker. Vi mente denne systematikken ville knytte planplikten og ansvarsprinsippet bedre sammen for de virksomhetene som er direkte involvert i krisehåndteringen.

Føre var og forebygging – beredskapsarbeidet før krisen har vokst seg stor

Sårbarhet for/konsekvensene av en krise eller katastrofe i fredstid kan reduseres hvis det iverksettes tiltak før krisen er et faktum. Det kan være tiltak som iverksettes for å redusere sårbarhet som er avdekket gjennom et scenario. Det kan også være tiltak som iverksettes når krisen er under oppseiling.

Helseberedskapsloven og planforskriften er i dag først og fremst rettet inn mot beredskapsplanlegging og krisehåndteringsfullmakter. Fullmaktene i loven er svært vide og kan være inngripende, og terskelen for å utløse dem har vært høy. I tillegg synliggjør ordene "krig og krise eller katastrofe i fredstid" at helseberedskapsloven gjelder i mer alvorlige hendelser enn de som helse- og omsorgstjenestenes har generell beredskap for, som følge av sitt sørge for-ansvar etter tjenestelovene.

Fordi de fleste tiltakene som beskrives i loven forutsetter at det allerede er besluttet av regjeringen at det er krig, krise eller katastrofe, kan det stilles spørsmål om loven i tilstrekkelig grad understøtter nødvendige tiltak for å forebygge at uønskede hendelser (både tilsiktet og utilsiktet) inntreffer og utvikle motstandsdyktighet gjennom innebygd sikkerhet. Et eksempel kan være forsyningssikkerhet der det kan være nødvendig å iverksette tiltak for å unngå å ende opp i en situasjon der pasientsikkerheten er i fare fordi man ikke har tilstrekkelige lagre til å ta høyde for en kjent sårbarhet

³ Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) merknad til § 1-5

på grunn av lange forsyningslinjer etc. Det er et litt annet perspektiv enn å sikre tilstrekkelige lagre i en krise. Dersom helseberedskapsloven skal være myndighetenes hjemmelsgrunnlag for å avbøte uheldige mangelsituasjoner og sikre at for eksempel legemidler når fram til pasienter som har størst behov for dem, er det nødvendig at virkemidlene og hjemlene ikke knyttes opp til de aller alvorligste og største krisene, jf. også kapittel 6. Tiltak som sikrer nasjonal selvforsyning av kritisk utstyr og robuste digitale systemer som understøtter viktige helse- og omsorgstjenester er andre eksempler på forebyggende tiltak. Et annet eksempel på virkemidler som kan være aktuelle å iverksette tidlig er rapportering og varsling jf. omtale i punkt 5.

Det kan vurderes om "krig, krise eller katastrofe i fredstid" (herunder *truende*) i større grad bør knyttes til åpning av krise-fullmaktene. Dette ville åpne for at loven får et videre formål som omfatter beredskapsarbeid mer generelt. Sivilbeskyttelseslovens formålsbestemmelse er et eksempel på en videre formulering "*når riket er i krig, når krig truer, når rikets selvstendighet eller sikkerhet er i fare, og ved uønskede hendelser i fredstid*"⁴. En slik tilnærming kompliseres av forutsetningen om at helse- og omsorgstjenestene også skal planlegge og forebygge etter tjenestelovene, og at helseberedskapsloven tilsynelatende er ment å ha en høy terskel og gjelde i de største krisene. Men hvis man ser på tjenestenes planplikt etter tjenestelovene, viser bestemmelsene til helseberedskapsloven, og planforskriften er bare hjemlet i helseberedskapsloven. Det tilsier at loven også hjemler planplikt for annet beredskapsarbeid. Planforskriften pålegger imidlertid beredskapsplanlegging som gjør virksomhetene i stand til å tilby nødvendige tjenester *under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid*.

Dersom virksomhetene i større grad skal pålegges beredskapsplikter som er ment å redusere sårbarhet og sette tjenestene i stand til å yte tjenester under kriser slik at sannsynlighet for alvorlige konsekvenser av alle typer uønskede hendelser reduseres (altså ikke bare i øverste del av krisespekteret), bør det vurderes om hjemmel for dette samles i helseberedskapsloven. Hvis hjemmelen skal være i helseberedskapsloven blir konsekvensen at lovens virkeområde utvides..

For virksomhetene vil det antakelig uansett være en fordel om pliktene utdypes i en samlet forskrift, se også punkt 3.4.4 om planforskriftens krav og endringsbehov.

Når er en krise stor nok til at det bør kunne iverksettes tiltak etter helseberedskapsloven?

Et annet føre var- perspektiv er myndighetenes mulighet for å sette i verk tiltak i situasjoner som er i ferd med å utvikle seg. Dersom loven gir inntrykk av at den potensielle krisen må være av en alvorlig karakter og at utviklingen har kommet langt før det i det hele tatt er aktuelt å iverksette tiltak etter loven, er det spørsmål om loven setter myndighetene i stand til å agere tidsriktig. Se kapittel 5 om systemer for informasjonsinnhenting og rapportering.

I forlengelsen av dette viser vi til at det er forutsatt i forarbeidene at fullmaktene skal være et praktisk verktøy. Samtidig skal fullmaktene åpnes av Kongen (i statsråd) eventuelt av departementet hvis det haster. Dette indikerer at potensialet i situasjonen må være alvorlig. Samtidig er det ikke et vilkår at krisen har konsekvenser for hele eller deler av landet, selv om forarbeidene indikerer at loven tar sikte på å regulere hendelser av større omfang. En krise eller katastrofe kan inntreffe lokalt, og det kan være nødvendig for kommunen å rekvirere ressurser som nevnt i helseberedskapsloven kapittel 3 for å opprettholde drift av helse- og omsorgstjenestene.

Noe av bakgrunnen for forslaget fra 2019 om å legge fullmaktene direkte til kommunene var

⁴ Sivilbeskyttelsesloven inneholder også en rekvisisjonsfullmakt, som kan brukes "i den grad det er nødvendig for oppfyllelse av lovens bestemmelser". Vi har ikke gått inn i spørsmålet om ulike terskler for bruk av rekvisisjonsfullmakter i de forskjellige beredskapslovene, og betydningen dette kan ha for prioritering mellom ulike sektors behov i en krise,

kommunenes behov for å kunne iverksette tiltak lokalt, og sette dem i stand til å forberede bruk av dette virkemiddelet. Etter dagens lov kan departementet gi rekvisisjonsfullmakten til en kommune. Selv om det er fordeler med å gi kommunene fullmakten i loven, mener vi også det er ulemper med en slik tilnærming. Fullmaktene må uansett åpnes av Kongen i statsråd, og det må dermed uansett tas en beslutning på nasjonalt nivå. Det forutsetter varslingskanaler og rapporteringssystemer som sikrer at departement og regjering får den nødvendige situasjonsforståelse, videre at loven eller forarbeidene klargjør at bruken av fullmaktene ikke er reservert for kriser som rammer hele eller deler av landet.

Konsekvenser for statens ansvar

Dersom man endrer terskelen for bruk av krisefullmaktene eller tar inn flere virkemidler i helseberedskapsloven endres også regjeringens og statens ansvar for å iverksette tiltak for å opprettholde tilbudet og driften av helse- og omsorgstjenestene eller forebygge at hendelser utvikler seg. Dette er i bunn og grunn et spørsmål om hvor overgangen mellom tjenestelovenes sørge for-ansvar og helseberedskapslovens krisehåndteringsansvar skal gå, og om i hvilket lovverk virkemidlene hører hjemme. Det kan også være andre beredskapslover som per i dag har virkemidler som er bedre egnet til å ivareta helsetjenestens behov.

Krisebegrepet og forholdet til NATO, WHO og EU – grenseoverskridende helsetrusler

Verdens helseorganisasjon kan etter det internasjonale helsereglementet erklære Public health emergency of international concern (PHEIC), som åpner for at WHO gir anbefalinger som skal bidra til koordinering av medlemsstatenes innsats i en helsekrise. EU kan etter forordning om grensekryssende helsetrusler art. 23 erklære helsekrise for Unionen, noe som vil kunne utløse behov for hjemmel for nasjonale tiltak jf. art. 25. Norge har også etter Traktat for det nord-atlantiske område forpliktelse til å støtte NATO i situasjoner som omfattes av traktaten.

Ved grenseoverskridende helsetrusler vurderer vi at vilkårene i helseberedskapsloven § 1-5 må ses både i en nasjonal kontekst knyttet til behov for anvendelse av helseberedskapsloven, og i et internasjonalt perspektiv. Det kan være behov for iverksettelse av nasjonale tiltak før det eksempelvis er erklært helsekrise av EU eller PHEIC av WHO.

2.1.3 Oppsummering

- For bedre å sikre at man er forberedt, og for å understøtte tidsriktig iverksettelse av tiltak ved behov, bør føre var-perspektivet fremkomme tydeligere av loven. Vi anbefaler at dette blant annet gjøres i lovens formålsbestemmelse.
- Det er viktig at regelverket sikrer godt beredskapsplanarbeid. Grenseflaten mellom helseberedskapsloven og tjenestelovene bør avklares, eksempelvis med tanke på om loven skal være et virkemiddel i lokale kriser med stort skadepotensiale. Begrepet "krise" bør ikke tolkes så strengt at terskelen for bruk av loven legges høyere enn lovens formål tilsier.
- Regelverket bør også i større grad tydeliggjøre plikt til forebyggende og risikoreducerende tiltak.

3 Beredskapsarbeid og beredskapsplanlegging

3.1 Innledning

Etter helseberedskapsloven § 2-1 har den som har ansvaret for en tjeneste, også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov.

Helseberedskapsloven § 2-2 om planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikt til å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Bestemmelsen gir hjemmel for forskrifter som stiller nærmere krav til arbeidet. Alle virksomheter som er omfattet av lovens er pålagt eller kan pålegges i forskrift å ha beredskapsplan for virksomheten.

Som nevnt består helseberedskapsloven dels av bestemmelser om beredskapsarbeid og dels bestemmelser om krisehåndtering (fullmakter). Bestemmelsene i kapittel 2 er i stor grad formulert slik at *virksomheter som yter tjenester/er omfattet av lovens virkeområde* har ansvar og plikter, mens departementet er gitt hjemmel til å gi nærmere forskrifter for utfyllende bestemmelser.

Departementenes ansvar og oppgaver i beredskapsarbeid og beredskapsforberedelser er regulert i samfunnssikkerhetsinstruksen, og helheten i departementets oppgaver fremgår ikke av helseberedskapsloven. Helseberedskapslovens innledende kapitler gjenspeiler ikke det overordnede systemet for beredskap og krisehåndtering.

Helseberedskapsloven er en sektorlov. Samlet skal regelverk og instruks understøtte god nasjonal krisehåndtering både på tvers av og innad i sektorene. Både kommisjonene og koronautvalget påpeker at det er særlige utfordringer i håndteringen av sammensatte/tverrsektorielle trusler.

3.2 Utfordringsbildet

3.2.1 Offentlige utredninger om viktigheten av planlegging

Koronakommisjonen påpekte i sin første rapport⁵ regjeringens ansvar for å planlegge og dimensjonere landets beredskap. Den påpekte blant annet at det ikke fantes scenarier eller planer for bruk av de mest inngripende virkemidlene i smittevernloven, at regjeringen i beredskapsarbeidet ikke hadde tatt hensyn til hvordan risiko i en sektor avhenger av risikoen i andre sektorer, og at regjeringen ikke hadde sørget for å bygge beredskapslagre. I den andre rapporten⁶ påpekte kommisjonen at myndighetene ikke var tilstrekkelig forberedt til å kunne møte og håndtere en pandemi av et slikt alvor og omfang som koronapandemien, og at myndighetene ikke lyktes med å redusere sårbarhetene ved en risiko som var identifisert. Myndighetene hadde ikke utarbeidet beredskapsplaner for en pandemi som trakk ut i tid. Det var ikke gjennomført pandemiøvelser eller etablert noe beredskapssystem der summen av konsekvensene for samfunnet som helhet ble vurdert. Det manglet beredskapslagre med smittevernutstyr og legemidler, og intensivberedskapen på sykehusene var for dårlig. De manglende forberedelsene forsterket utfordringene med å håndtere pandemien da den trakk ut i tid. Kommisjonen anbefaler at ansvarsforholdene i norsk legemiddelberedskap bør avklares, og at det etableres beredskapslagre for legemidler som kan forsyne både primær- og spesialisthelsetjenesten.

I kapittel 7 om nasjonalt system for beredskap og krisehåndtering beskriver **Koronautvalget** det overordnede systemet for beredskap og krisehåndtering. Begreper, prinsipper og aktører

⁵ NOU 2021:6

⁶ NOU 2022:5

gjennomgå. Beskrivelsen er et bakteppe for utvalgets vurderinger, og utvalget skriver i punkt 7.1⁷

"Det er et politisk ansvar å ta stilling til hva samfunnet skal være forberedt på å håndtere, og hvilke virkemidler og ressurser som må være på plass.

Krisehåndtering forutsetter god beredskap og at ansvaret og fullmakter til de aktørene som står for håndteringen er avklart på forhånd. Det må være klart hvem som har ansvaret for hva, og hvordan de ulike aktørene skal jobbe både hver for seg og sammen, for å håndtere krisen og begrense skade. Med en krise mener vi her en brå hendelse, eller en situasjon som gradvis bygger seg opp, og som kan true liv, helse, miljø eller andre viktige samfunnsverdier."

Totalberedskapskommisjonen skriver om blant annet at: *På sentralt nivå er det utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av sektorgrensene i forvaltningen. Kommisjonen mener særlig at kapasitetene for beredskap og krisehåndtering må utvikles mer helhetlig og etter de samme overordnede føringene. Det er behov for mer systematisk langtidsplanlegging for sivil beredskap, felles forutsetninger for beredskapsplanleggingen og en tydeligere strategisk retning for våre nasjonale sikkerhets- og beredskapsbehov⁸.*

Tverrsektoriell langtidsplanlegging for sivil beredskap, må baseres på felles planforutsetninger. Kommisjonen mener at felles planforutsetninger vil kunne styrke totalforsvaret og gi en felles ramme for arbeidet med å ivareta beredskapen. Planforutsetningene vil slik sikre sammenhengende beredskapsplanlegging på alle nivåer og for samme mål. Kommisjonen mener at felles planforutsetninger må være basert på et felles trussel- og risikobilde hvor Forsvaret også bidrar.

Forsvarskommisjonen anbefaler at Forsvarsdepartementet, i samarbeid med andre departementer, utreder og tydeliggjør ansvar, roller og myndighet knyttet til et revitalisert totalforsvar. Kommisjonen anbefaler også at militære og sivile planforutsetninger sees i sammenheng.

3.2.2 Tilsyn med kommunenes helseberedskapsplaner

Statsforvalternes tilsyn med kommunenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap i perioden 2020-2023 har avdekket et betydelig forbedringspotensial.⁹ Selv om grunnberedskapen er god, og pandemihåndteringen viser handlekraft og fleksibilitet når det virkelig gjelder, er det i mange kommuner avdekket mangelfulle risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsplaner. DSBs kommuneundersøkelse (2023) påpeker også at 1 av 3 kommuner har en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyser som er mer enn fire år gammel. Ut over dette er det gjennom tilsynene også observert potensial for å styrke kommunenes arbeid med målrettet og systematisk kvalitetsutvikling innen helseberedskap, behov for å styrke samordningen mellom ulike planverk og forbedrede øvingsplaner. Flere av tilsynsrapportene understreker også viktigheten av å arbeide mer systematisk med evaluering, læring og implementering av tiltak etter hendelser. Funnene underbygger betydningen av å sette tydelige forventninger til kommunenes arbeid med helseberedskap, gjennom lov/forskrift og veiledning. Det er oss bekjent ikke gjort tilsvarende tilsyn med beredskapsarbeidet i spesialisthelsetjenesten.

3.3 Helseberedskapsloven og planforskriftens krav til beredskapsplanlegging

⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-16/id2982388/?ch=4#kap7>

⁸ NOU 2023:17 pkt. 2.2.3

⁹ [Tilsynsrapporter – søkeside | Helsetilsynet](#)

3.3.1 Bakgrunn

Helseberedskapsloven § 2-1 legger ansvar for både beredskapsforberedelser og for utøvende tjenester under kriser til den virksomhet som har ansvar i det daglige.

Helseberedskapsloven § 2-2 om planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikt til å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Bestemmelsen gir hjemmel for forskrifter som stiller nærmere krav til arbeidet. Alle virksomheter som er omfattet av loven er pålagt, eller kan pålegges i forskrift, å ha beredskapsplan for virksomheten. Planplikten er utdypet i forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (planforskriften). Den pålegger virksomhetene å *"utføre beredskapsplanlegging som gjør dem i stand til å tilby nødvendige tjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid"*, og stiller blant annet krav om

- fastsettelse og oppdatering av beredskapsplan,
- risiko- og sårbarhetsanalyser som grunnlag for planen,
- planen skal omfatte prosedyrer for ressursdisponering og omlegging av drift i tråd med planforutsetninger
- operativ ledelse og informasjonsberedskap
- kompetanse, opplæring og øvelser
- forsyningssikkerhet

3.3.2 Hvem har/bør ha planplikt etter helseberedskapsloven?

Selv om planforskriften knytter planleggingen til tjenesteyting *"under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid"* legger vi til grunn at planplikten for kommuner og spesialisthelsetjenesten gjelder hele krisespekteret, ettersom også blant annet helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b pålegger planplikt og viser til helseberedskapsloven. Kommuner og spesialisthelsetjeneste er også pålagt å utarbeide omforente beredskapsplaner jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2.

Helseberedskapsloven og planforskriften pålegger "staten" ansvar for beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid. Pliktbestemmelsene knytter seg imidlertid opp mot de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester som de opplistede instansene "skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for".

Departementets overordnede ansvar er beskrevet i instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet. Ved at helseberedskapsloven og planforskriftens bestemmelser om plikter i stor grad er formulert slik at de retter seg til tjenesteytende virksomheter, fremkommer det ikke hvor viktige premisser departementet og departementets beredskapsarbeid legger for tjenestenes beredskapsplanlegging. Sentrale helsemyndigheter er heller ikke pliktsubjekter etter loven eller forskriften.

Virksomhetene kan imidlertid ikke legge planer for krisehåndtering i et vakuum. For kriser høyt i krisespekteret kan fullmaktene etter § 1-5 åpnes. Dersom dette skjer vil det få konsekvenser for virksomhetene som er omfattet av loven. De kan få tilført ressurser, få pålegg om å avgi ressurser, legge om drift mv. Det er regjeringen/departementet som har adgang til å bruke fullmaktene, og som har ansvar for å planlegge for dette. Departementets planer for bruk av fullmaktene, når og hvordan dette i så fall vil skje, vil sette tjenestene bedre i stand til å planlegge for disse situasjonene, jf. også planforskriften § 4 der det fremgår at planlegging skal skje på grunnlag av planforutsetninger fra departementet (eller andre med instruksjonsmyndighet over virksomheten).

Vår vurdering er at helseberedskapsloven og planforskriften i liten grad gjenspeiler at

helseberedskapsarbeid ikke bare foregår i virksomhetene, kommunene, helseforetakene, men at også statlige myndigheter har ansvar og roller i dette arbeidet. Se også punkt 4.3.1 om helseberedskapsloven § 2-1.

I 2019 foreslo direktoratet å utvide listen over virksomheter som var omfattet av loven som i dag står i helseberedskapsloven § 1-3. Det ble påpekt at det har skjedd omfattende endringer i helse- og omsorgstjenesten siden loven ble vedtatt, og at nye virksomheter og forvaltningsorganer har kommet til eller fått endret ansvar og oppgaver. Flere av disse har stor betydning for nasjonal helseberedskap. Blant annet ble det foreslått følgende opplisting: *fylkesmenn, Norsk Helsenett SF, Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og andre virksomheter og statsforetak underlagt Helse- og omsorgsdepartementet med oppgaver av betydning for helseberedskap*. Det ble blant annet foreslått en egen bestemmelse om krav til beredskapsplanlegging og øvelser for disse virksomhetene, for å presisere og samstemme planplikten. Uavhengig av hvordan forslaget ellers var innrettet og hvem det ville omfatte, illustrerer det at man også da mente det var behov for tydeligere planplikter for statlige myndigheter.

Det bør vurderes om departementets (og nasjonale helsemyndigheters) rolle i beredskapsplanarbeidet kan tydeliggjøres i loven og forskriften, se for eksempel departementets grunnleggende plikter etter samfunnssikkerhetsinstruksen.

3.4 Helseberedskapsloven i et større perspektiv

Nedenfor drøfter vi enkelte eksempler som illustrerer behovet for å se ulike regelverk i sammenheng. Både for å unngå dobbeltregulering og for å redusere risiko for at regelverket ikke er dekkende.

3.4.1 Forholdet til folkehelseloven

Kommunens plikt til å utarbeide beredskapsplan

I punkt 2.1.2 drøfter vi helseberedskapslovens formål og virkeområde som er knyttet til *"krig og kriser eller katastrofer i fredstid"*. Vi peker blant annet på at bestemmelsene om beredskapsplaner i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven henviser til planplikten etter helseberedskapsloven, og at planforskriften også knytter planleggingen til *"krig og kriser eller katastrofer i fredstid"*. Dette gjør det uklart om planleggingsplikten gjelder i hele krisespekteret.

Folkehelseloven § 28 andre ledd pålegger kommunene plikt til å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver i miljørettet helsevern, *"i samsvar med helseberedskapsloven"*. I merknaden til bestemmelsen står det at henvisningen innebærer at bestemmelser i helseberedskapsloven og planforskriften er relevante for beredskapsplanleggingen. Videre står det at *"Rutiner må beskrives og etableres for varsling, samarbeid og koordinering mellom de forskjellige kommunale sektorer og med andre myndigheter og forvaltningsnivåer. Videre må kommunene planlegge og ha rutiner for å sørge for å innhente nødvendig helsefaglig kompetanse og støtte fra fylkesmannen, helseforetak, Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet til å håndtere ekstraordinære situasjoner ved farer for liv og helse."* Forholdet mellom folkehelseloven § 28, helseberedskapsloven, planforskriften og forskrift om miljørettet helsevern bør gjennomgås.

Forskrift om krav til miljørettet helsevern er for øvrig eneste regelverk hvor et samlet beredskapsansvar for CBRNE-hendelser er konkret beskrevet. Ansvarer ligger hos kommunen. Det

nasjonale ansvaret er beskrevet i Nasjonal strategi for CBRNE-beredskap¹⁰, og er delt mellom ulike sektorer.

Ansvarsprinsippet i folkehelseloven

I øvre del av krisespekteret kan det bli nødvendig for nasjonale myndigheter å iverksette tiltak etter helseberedskapsloven. Folkehelseloven § 28 første ledd viser til helseberedskapsloven § 2-1 om ansvarsprinsippet: Bestemmelsen lyder: *Kommunen, fylkeskommunen, statsforvalteren, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1.*

Sett i lys av blant annet omtalen i punkt 4.3.1 om helseberedskapsloven § 2-1 er det spørsmål om hva folkehelseloven § 28 første ledd er ment å uttrykke. Eksempelvis er verken fylkeskommunen, statsforvalteren eller Helsedirektoratet nevnt som ansvarssubjekter i helseberedskapsloven eller i planforskriften. Det er uklart hvilke tiltak nevnte subjekter er ment å kunne iverksette, annet enn at Helsedirektoratet har hastekompetanse etter smittevernloven. Folkehelseloven § 28 kan gi inntrykk av at subjektene som nevnes har ansvar for å iverksette tiltak etter helseberedskapsloven for å håndtere uønskede hendelser knyttet til miljørettet helsevern. Det er også uklart hva som ligger i formuleringen “nødvendige beredskapsforberedelser”, gitt at det fremgår av forarbeidene at § 28 første ledd ikke omfatter planplikt.

Det er behov for å se nærmere på forholdet mellom folkehelseloven § 28, forskrift om miljørettet helsevern §§ 5 og 6 og helseberedskapsloven.

3.4.2 Sikkerhet og sivilbeskyttelse som eksempel

Offentlige utredninger

Totalberedskapskommisjonen beskriver at grensen mellom statssikkerhet og samfunnssikkerhet ikke er tydelig, og at ordninger for å følge opp disse områdene ikke er tilpasset utviklingen.

Departementene og berørte virksomheter må forholde seg til rammeverket både for kritiske samfunnsfunksjoner, etter samfunnssikkerhetsinstruksen, og for grunnleggende nasjonale funksjoner, etter sikkerhetsloven. Mangelen på et enhetlig rammeverk og metode for norsk forvaltnings arbeid med samfunnssikkerhet og nasjonal sikkerhet fører til dobbeltarbeid for virksomhetene. Det er mer ressurskrevende å forholde seg til to rammeverk som i stor grad overlapper, og som det føres tilsyn etter⁹.

Totalberedskapskommisjonen har fått innspill fra flere offentlige og private aktører som viser til et behov for å harmonisere rammeverkene for hhv. samfunnssikkerhet og statssikkerhet i større grad, og at de to rammeverkene gir betydelig ekstraarbeid, samtidig som det kan svekke koordineringen av analyser, risikovurderinger, planverk og respons.

Videre beskriver **Totalberedskapskommisjonen** at *godt forebyggende sikkerhetsarbeid gir virksomheter og markeder trygghet og forutsigbarhet. Sektorovergripende lover som sikkerhetsloven og sektorspesifikt regelverk er sentrale virkemidler for dette. Sikkerhetsloven stiller krav til å identifisere verdiene som er viktige for å ivareta nasjonal sikkerhet. Implementeringen av loven har imidlertid vært tidkrevende. Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes samordning for å ivareta den digitale sikkerheten i sivil sektor viser til at det er en risiko for at sårbarheter ikke fanges opp. Risikoen skyldes mangler i den nasjonale verdikartleggingen som skal gjennomføres etter sikkerhetsloven, men også varierende omfang og kvalitet på innrapportering av kritiske samfunnsfunksjoner fra de øvrige departementene og for få tilsyn¹¹.*

¹⁰ CBRNE-hendelser? <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-cbrne-beredskap/id2513675/>

Forsvarskommisjonen fremhever at sikkerhetsloven av 2019 lovfester en nødvendig sammenheng mellom statssikkerhet og samfunnssikkerhet. De kan ikke skilles, rammes oftere samtidig og utfordrer myndighetene på tverrsektoriell håndtering. Nasjonal sikkerhet er derfor et begrep som omfatter statssikkerheten og de deler av samfunnssikkerheten som har avgjørende betydning for landets sikkerhet og overlevelse.

Koronakommisjonen anbefaler blant annet at regjeringen bør utarbeide prosedyrer og kriterier for å identifisere hvilke funksjoner som er spesielt viktige i en aktuell krisehåndtering, slik at de raskt kan pekes ut når en krise oppstår. Videre påpekes betydningen av at det utvikles en informasjonsdelingskultur og at trussel- og risikoinformasjon graderes på et tilstrekkelig lavt nivå slik at den kan distribueres til dem som har behov for den. I tillegg er det for svak utbredelse av sikkerhetsgraderte kommunikasjonsverktøy. Dette må utbedres. Kommisjonen ser behov for å styrke systemene for å sammenstille og analysere uønskede hendelser som inntreffer i ulike sektorer. Det er behov for bedre informasjonsdeling og formidling av erfaringer og utfordringer til og fra regjeringen og sektormyndigheter på sentralt nivå. Det beskrives også at det er mangel på tilgang på graderte plattformer, sikkerhetsgodkjente lokaler og sikkerhetsklarerte personer, og at dette hindrer utveksling av gradert informasjon.

Lovverket om statssikkerhet og sivilbeskyttelse – betydning for helseberedskapsloven?

Siden helseberedskapslovens vedtagelse har det vært en betydelig samfunnsutvikling eksempelvis når det gjelder bruk av digitale virkemidler og verktøy. Den sikkerhetspolitiske situasjonen er også endret. Dette har ledet til utarbeidelse av sektorovergripende regelverk som blant annet sikkerhetsloven og sivilbeskyttelsesloven der det settes klare forventninger til styrket motstandskraft og beredskap innenfor kritisk infrastruktur og grunnleggende samfunnsfunksjoner. Forventningene stilles også gjennom internasjonale organisasjoner, herunder ved eksempelvis NATOs grunnleggende krav til motstandsdyktighet. Det er også til behandling en egen tverrsektoriell lov om digital sikkerhet, som følger opp krav i EUs NIS-direktiv.

Også virksomheter i helsesektoren må kunne håndtere et sammensatt trusselbilde, som eksempelvis terrorhendelser, angrep mot kritiske IKT-systemer, sammensatt virkemiddelbruk og innsidetrusler. Selv om helseberedskapsloven og planforskrifter pålegger krav til å planlegge for uønskede hendelser og gjøre risiko- og sårbarhetsanalyser, fremgår perspektiver om stats- og sivilbeskyttelse i liten grad av loven eller planforskriften. Regelverket knyttet til beredskap og beredskapsplanlegging på sivil side er fragmentert, og kan oppleves uoversiktlig.

Formålsbestemmelsene i sivilbeskyttelsesloven, sikkerhetsloven og helseberedskapsloven illustrerer at det kan være vanskelig å se gjensidige avhengigheter og behov i sammenheng:

Sikkerhetsloven § 1-1

"Formålet med sikkerhetsloven er å bidra til å trygge Norges suverenitet, territorielle integritet og demokratiske styreform og andre nasjonale sikkerhetsinteresser, å forebygge, avdekke og motvirke sikkerhetstruende virksomhet, at sikkerhetstiltak gjennomføres i samsvar med grunnleggende rettsprinsipper og verdier i et demokratisk samfunn."

Sivilbeskyttelsesloven § 1-1

Lovens formål er å beskytte "liv, helse, miljø, materielle verdier og kritisk infrastruktur ved bruk av ikke-militær makt når riket er i krig, når krig truer, når rikets selvstendighet eller sikkerhet er i fare, og ved uønskede hendelser i fredstid. "

Helseberedskapsloven § 1-1

"Formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid."

For å ivareta lovens formål, skal virksomheter loven omfatter kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven."

Dagens trusselbilde skaper behov for en mer helhetlig regulering som sikrer dekkende tiltak. Det kan eksempelvis vurderes om elementer fra andre lover og forskrifter som omhandler tiltak for å forebygge, avdekke og motvirke sikkerhetstruende virksomhet og trygge grunnleggende nasjonale funksjoner (innen helse- og omsorgssektoren) bør integreres i helseberedskapslovgivningen. En av flere problemstillinger er spørsmålet om å kunne hjemle krav til nasjonal autonomi av kritiske funksjoner.

Det kan vurderes å se hen til NSMs prinsipper for informasjonssikkerhet når det gjelder nærmere krav til sikkerhet, jamfør også forslag fra Direktoratet for e-helse til strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.¹¹

Helsedirektoratet ser behov for å styrke det systematiske arbeidet for å sikre helsesektorens forberedthet og handlekraft ved alle aktuelle ekstraordinære påkjenninger som kan true helse- og omsorgstjenestenes evne til å yte forsvarlige og nødvendige tjenester i fred, krise og krig.

I lys av NATOs grunnleggende krav til motstandskraft bør det også tydeligere fremkomme krav om å planlegge for kontinuitet i tjenestene under alle former for ekstraordinære hendelser. Dette perspektivet kan leses ut av helseberedskapsloven § 1-1 andre ledd, men utdypes i liten grad i loven og forskriften.

3.4.3 Annet tilgrensende regelverk

Vi har foretatt en gjennomgang av enkelte forskrifter som regulerer beredskapsarbeid i ulike deler av sivil sektor. Se vedlegg 1.

Gjennomgangen viser at beredskapsregelverket på sivil side er fragmentert. Helsesektoren har generelt en noe annen begrepsbruk enn flere andre beredskapslover på sivil side. Dette kan øke risikoen for at helseberedskapen ikke fremstår som en integrert del av sivilberedskapen. Man bør forsøke å finne felles begreper på tvers av sektorene.

3.4.4 Planforskriftens krav og endringsbehov

Planforskriften etter helseberedskapsloven inneholder en generell beskrivelse av planplikten. Forskriften beskriver ikke i særlig grad hvilke hendelsestyper man skal planlegge for.

I rapporten fra 2019 foreslo vi konkretisering av krav til innhold i planene, der de mest sentrale elementene var listet opp. Vi har ikke gått inn i disse på nytt, men understreker at regelverket bør understøtte virksomhetene i deres planarbeid.

Det er nødvendig at overordnede krav er regulert i lov eller forskrift, både av hensyn til samarbeidende aktører, og fordi det også er et innslag av private tjenesteytere som ikke eierstyres. Videre er det viktig at kravene er harmonisert med tanke på forventningen om samvirke mellom helsetjenestene på alle forvaltningsnivå. Samvirke mellom helsetjenesten og andre aktører som har en rolle i beredskapen, med hensyn til for eksempel risikokartlegging, planlegging og øvelser, bør tydeliggjøres. Det vil omfatte for eksempel frivillige organisasjoner. Det kan være hensiktsmessig å beskrive nasjonale helsemyndigheters ansvar for å utvikle planforutsetninger i forskriften, dette kan

¹¹ [Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren - vurdering av behov og innretning.](#)

bidra til å understøtte helsemyndighetenes involvering i andre sektors planarbeid.

En revidert forskrift bør også ha omtale av krav til beredskapsanalyse basert på dimensjonerende scenarier slik at grunnlaget for beredskapsplanlegging og -planverk bygger på beste kunnskap.

Det må vurderes i hvilken grad forskriften skal stille krav til nasjonale myndigheter, i første rekke Helsedirektoratet og Direktoratet for medisinske produkter. I den grad direktoratene eller andre skal ha myndighet (for eksempel til å iverksette/pålegge rapportering) bør dette fremgå av forskriften.

Det er avgjørende at helse- og omsorgssektoren inngår i en helhetlig tilnærming til samfunnssikkerhet og beredskap, at ikke sektoren arbeider isolert, og uten oppmerksomhet fra kommuneledelsen om sitt planarbeid. Dette kan med fordel begynne med at sektoren integreres i øvrige kommunale prosesser med hensyn til risiko- og sårbarhetsanalyser, vurderinger, og etablering av et helhetlig beredskapsplanverk. For kommunenes arbeid med beredskapsplanlegging vil det derfor antakelig være en fordel om planforskriftens formuleringer samordnes med/legges tett opp til forskrift om kommunal beredskapsplikt. Et fragmentert og uoversiktlig regelverk øker risikoen for svikt. Det må likevel være rom for at sektorlovgivningen, også innen helse og omsorg, gir utdypende bestemmelser basert på sektorens egenart og behov.

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Forskriften sikrer at arbeidet er forankret i virksomhetsledelsen. Forskriften oppstiller krav om risiko- og sårbarhetsanalyser, tiltak for å redusere risiko mv. Forankring i virksomhetenes ledelse og etablering av mekanismer for internkontroll er nødvendig for å sikre at helse- og omsorgssektorens beredskapsplaner er oppdaterte, og at planarbeidet utføres også på virksomhetsnivå. Det bør derfor vurderes om forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring utvides slik at den også omfatter beredskapsplanlegging.

3.4.5 Kort om internasjonale forpliktelser knyttet til planplikt

Forordningen om grensekryssende helsetrusler¹² omhandler blant annet utvikling av en EU-plan for helsekriser og pandemier, og krav til medlemslandenes planer, herunder blant annet at planene skal revideres og rapporteres på. Forordningen forutsetter at medlemslandene utarbeider nasjonale beredskapsplaner for grensekryssende helsetrusler, og etter artikkel 6 skal landene i dette arbeidet ha dialog innad i Helse sikkerhetskomiteen og koordinere med Kommisjonen for å sikre best mulig sammenheng med helseberedskapsplanen på EU-nivå. Innholdet i EU-planen er beskrevet i artikkel 5. Artikkel 7 etablerer rapporteringsplikt på en rekke forhold som inngår i EU-planen.

Forordningen oppstiller plikter som vil ha konsekvenser for det nasjonale helseberedskapsarbeidet, også planarbeidet. Dette kan tilsi at ansvar på nasjonalt nivå på en eller annen måte reflekteres i loven. Til sammenligning viser vi til sivilbeskyttelsesloven § 24d om rapportering.

Ettersom rapporteringsordningen etter forordningen også omfatter ulike forhold på regionalt og lokalt nivå, kan det være nødvendig å sikre at planforskriften reflekterer de samme forholdene. Dette for å bidra til en helhetlig tilnærming til helseberedskapsarbeidet.

3.5 Oppsummering

¹² EU. REGULATION (EU) 2022/2371 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 23 November 2022 on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013/EU 2022 [Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32022R2371>

Det bør vurderes om departementets (og nasjonale helsemyndigheters) rolle i beredskapsplanarbeidet kan tydeliggjøres i loven og forskriften, se for eksempel departementets grunnleggende plikter etter samfunnssikkerhetsinstruksen. Det kan også være nødvendig å implementere krav som følger av internasjonale forpliktelser.

- Helsesektoren har generelt en annen begrepsbruk enn flere andre beredskapslover på sivil side. Dette øker risikoen for at helseberedskapen ikke fremstår som en integrert del av sivilberedskapen. Man bør forsøke å finne felles begreper på tvers av sektorene.
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter helseberedskapsloven bør samordnes bedre med andre forskrifter som regulerer beredskapsplikt på sivil side.
- Planforskriften må revideres, blant annet for å styrke føringene om samvirke, både mellom alle nivå i sektoren og med andre aktører som har ansvar i beredskapen. Det bør også vurderes om man i større grad bør beskrive hendelsestyper og scenarier det skal planlegges for, og ansvaret for å sikre kontinuitet i tjenesteytelsen bør tydeliggjøres. Forskriften bør ivareta forebyggingsperspektivet i større grad, og bør stille klarere krav til oppdaterte planer og samordnede planer
- Regelverket knyttet til stats- og samfunnssikkerhet skal sikre motstandskraft på tvers av sektorer, og stiller særlige krav til enkelte utpekte virksomheter. Det kan vurderes om helsesektorens virksomhet i seg selv er så viktig at det også bør stilles enkelte krav knyttet til objekt- og infrastrukturens sikkerhet i helseberedskapsloven eller planforskriften, også til virksomheter som ikke er utpekt etter andre lover. Hovedbegrunnelsen er å motivere til helhetlig risikostyring, der forebyggende sikringstiltak, beredskapsplanlegging og krisehåndtering ses under ett.
- Ledelsesforankring av arbeid med beredskapsplanlegging bør sikres gjennom endring i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- I lys av blant annet NATOs grunnleggende krav til motstandskraft bør det tydeligere fremkomme krav om å planlegge for kontinuitet i tjenestene under alle former for ekstraordinære hendelser.

Det er for øvrig nær sammenheng mellom helseberedskapslov og planforskrift, og revisjon av lov og forskrift bør derfor ses i sammenheng.

4 Ansvar, samvirke og avbøtende tiltak

4.1 Innledning

Pliktsubjektene etter helseberedskapsloven i hovedsak virksomheter som listes opp i § 1-3. I tillegg pålegges "staten" ansvar for beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid i § 2-2 uten at det er utdypet i bestemmelsen eller planforskriften hva statens ansvar innebærer eller består i.

Beredskapsprinsippene – ansvar, nærhet, likhet og samvirke – gir føringer for organisering av beredskap og krisehåndtering i en sektor og mellom sektorer. I leveransen av 31. mars gjennomgikk vi prinsippene, og konkluderte med at de ikke burde lovfestes. Vi redegjorde for at det materielle innholdet i helseberedskapsloven § 2-1 om ansvarsprinsippet er et viktig utgangspunkt, men at bestemmelsen i større grad bør gi uttrykk for sammenhengen mellom nasjonalt koordinerende,

strategiske og besluttede nivå og andre virksomheters ansvar.

Det er imidlertid også et spørsmål om det er hensiktsmessig å lovfeste ett av beredskapsprinsippene, og hvordan det påvirker samvirket der flere sektorer må samarbeide. Et litt annet spørsmål er hvilken funksjon bestemmelsen har i loven, gitt at ansvarsforholdene vil endre seg når lovens fullmakter brukes i krisehåndteringen. Vi omtaler også utfordringer knyttet til tverrsektorielle og sammensatte hendelser, og omtaler ivaretagelse av sårbare gruppers behov.

4.2 Offentlige utredninger

I kapittel 7 om nasjonalt system for beredskap og krisehåndtering beskriver **Koronautvalget** det overordnede systemet for beredskap og krisehåndtering. Begreper, prinsipper og aktører gjennomgås. Som nevnt skriver utvalget i punkt 7.1¹³

Krisehåndtering forutsetter god beredskap og at ansvaret og fullmakter til de aktørene som står for håndteringen er avklart på forhånd. Det må være klart hvem som har ansvaret for hva, og hvordan de ulike aktørene skal jobbe både hver for seg og sammen, for å håndtere krisen og begrense skade. "

Totalberedskapskommisjonen fremhever i pkt. 7.3.4 at "kommisjonen har mottatt flere innspill om at sammensatte trusler kan utfordre praktiseringen av de fire beredskapsprinsippene, ansvarsprinsippet, likhetsprinsippet, nærhetsprinsippet og samvirkeprinsippet, som er beskrevet i kapittel 4. I all hovedsak er det stor oppslutning om de fire beredskapsprinsippene. Flere peker samtidig på at det er behov for mer veiledning om prinsippenes praktiske anvendelse i ulike typer hendelser, og mange fremhever at sammensatte trusler er et område hvor det er særlige veiledningsbehov."

Forsvarskommisjonen skriver om totalforsvar og sivilt-militært samarbeid i kapittel 13. Kommisjonen vurderer behovet for et revitalisert totalforsvarskonsept, og påpeker i punkt 13.3 behov for mer samvirke og arenaer for samhandling. I den forbindelse omtaler kommisjonen de grunnleggende prinsippene for beredskapssamarbeid, og uttaler:

" Erfaringer de senere årene med håndtering av pandemien og den sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa samt alvoret i utviklingstrekkene Norge nå står overfor, viser hvordan disse prinsippene utfordres. En sektor eller aktør kan ikke håndtere hendelsene alene. Det er et sammensatt aktørbilde som både må håndtere eget ansvarsområde og kunne støtte tverrsektorielt samarbeid. "

I pkt. 3.4.2 om fragmentert satsing på totalforsvaret, uttrykkes videre at "samtidige kriser og et trusselbilde preget av gråsoner vil få betydning for hvordan vi evner å utnytte landets samlede ressurser best mulig for å ivareta stats- og samfunnssikkerheten. Alvorlige kriser av ulik art, vil kunne utfordre Norges ressurstilgang. Forutsetningene for å opprettholde store ressursbaser er begrenset. Forebygging, beredskap og krisehåndtering kan ikke løses av en organisasjon alene. Det sektoriserede ansvarsprinsippet og det gjensidige samvirkeprinsippet kommer i enda større grad i spenn. Det kan få betydning for hvordan regjeringen bør tenke om sektorovergripende samarbeidsmekanismer for krisehåndtering."

4.3 Ansvarsprinsippet i helseberedskapsloven

4.3.1 Helseberedskapsloven § 1-2 Ansvarsprinsippet

¹³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-16/id2982388/?ch=4#kap7>

Lovens kapittel 2 om ansvar for forberedelser og gjennomføring innledes med § 2-1
Ansvarsprinsippet:

"Den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap."

Bestemmelsen gjengir deler av ansvarsprinsippet gjennom å tydeliggjøre at krig, kriser og katastrofer i seg selv ikke endrer ansvarsforhold, heller ikke finansieringsansvaret

I bestemmelsens forarbeider¹⁴ er utgangspunktet for drøftelsen at *"den myndighet som har ansvaret for en sektor til daglig, har også ansvaret for å forberede og iverksette tiltak i kriser og i krig"*.

Bestemmelsen er uttrykk for sektoransvaret, som også samfunnsikkerhetsinstruksen gjengir og utdyper.

Ved positivt å pålegge ansvar motvirker bestemmelsen, at de ansvarlige for tjenestene fraskriver seg ansvaret og baserer seg på at noen andre vil ordne opp eller ta kostnadene når det skjer ting utenom det vanlige.

Med formuleringen "med mindre annet er bestemt i eller i medhold av lov" tar bestemmelsen høyde for at ansvaret kan endre seg, men i så fall må myndighetene involveres og beslutte dette. Helse- og omsorgsdepartementet kan fatte beslutninger etter helseberedskapsloven, andre departementer kan fatte beslutninger med konsekvenser for helsetjenesten med hjemmel i andre beredskapslover.

Samfunnsikkerhetsinstruksens omtale av de ulike beredskapsprinsippene viser også at ansvarsforholdene ikke er statiske i kriser. Kriser kan i den øvre delen av krisespekteret kjennetegnes nettopp ved at alminnelige ressurser og ansvarsforhold ikke strekker til. Fullmaktene i helseberedskapsloven åpner for at beslutnings- og gjennomføringsansvaret (det utøvende ansvaret) både kan dele seg, endres, og legges på ulike nivåer. Departementet kan bestemme at en virksomhet som er omfattet av loven skal stille sine ressurser, herunder personellressurser, til rådighet for en kommune, en fylkeskommune, et regionalt helseforetak eller staten. Hvis helseberedskapslovens virkemidler for krisehåndtering blir brukt, er konsekvensen at ansvarsforhold blir endret.

Hvordan er statens ansvar synliggjort i helseberedskapsloven?

Som nevnt i punkt 3.3.2 er det en utfordring at helseberedskapsloven § 2-2 og planforskriftens bestemmelser om plikter i stor grad er formulert slik at de retter seg til tjenesteytende virksomheter. Det medfører at det ikke fremkommer hvor viktige premisser departementet og departementets beredskapsarbeid legger for tjenestenes beredskapsplanlegging. Den samme utfordringen gjør seg gjeldende også § 2-1 fordi "myndighetsdimensjonen" (som er nevnt i forarbeidene) ikke fremgår klart av bestemmelsens ordlyd, når ordlyden rettes inn mot tjenesteyting. Bestemmelsen gjenspeiler dermed heller ikke tydelig at staten må forutsettes å ha et ansvar for å iverksette nødvendige tiltak (og for nødvendige beredskapsforberedelser i den forbindelse), bare at dette kan skje.

I vurderingen av hvordan det nasjonale nivåets ansvar kan tydeliggjøres kan det være hensiktsmessig å se hen til andre sektorlover som har bestemmelser som regulerer beredskapsarbeid har bestemmelser om statens roller og ansvar. Reguleringen er ikke direkte overførbar ettersom ulike sektorer forvaltes og reguleres på ulike måter. For eksempel er helselovgivningen omfattende, og helseberedskapsloven er bare en beredskapslov for sektoren. Noen eksempler nevnes likevel:

Strålevernloven § 16 om atomberedskap, første ledd:

¹⁴ Ot.prp.nr. 89(1998-1999) punkt 6.2.4

"Kongen organiserer en beredskap mot atomulykker og andre hendelser som kan innebære ioniserende stråling eller spredning av radioaktivitet, for å beskytte liv, helse, miljø eller andre viktige samfunnsinteresser."

Forurensningsloven § 43 (kommunal og statlig beredskap)

"Kommuner skal sørge for nødvendig beredskap mot mindre tilfeller av akutt forurensning som kan inntreffe eller medføre skadevirkninger innen kommunen, og som ikke dekkes av privat beredskap etter §§ 40-42.

Staten skal sørge for beredskap mot større tilfeller av akutt forurensning som ikke er dekket av kommunal beredskap etter første ledd eller privat beredskap etter §§ 40-42.

Forurensningsmyndigheten skal såvidt mulig sørge for at privat, kommunal og statlig beredskap samordnes i et nasjonalt beredskapssystem."

Energiloven kapittel 9, § 9-1 tredje til femte ledd

"Beredskapsmyndigheten skal samordne beredskapsarbeid og utpeke den samlede ledelse i KBO.

I ekstraordinære situasjoner som kan skade eller hindre produksjon, omforming, overføring, omsetning eller fordeling av elektrisk energi eller fjernvarme, kan KBO pålegges oppgaver og plikter. Det samme gjelder i ekstraordinære situasjoner hvor skade eller hindring som nevnt i første punktum har oppstått.

Beredskapsmyndigheten kan under beredskap og i krig underlegge kraftforsyningen KBO. Kraftforsyningen plikter å følge de pålegg som gis og gjennomføre de tiltak som kreves."

I disse lovene synliggjøres at nasjonale myndigheter har ansvar og oppgaver i beredskapsarbeidet.

Hvilken funksjon skal § 2-1 ivareta?

I leveransen av 31. mars redegjorde vi for at beredskapsprinsippene har en innebygd fleksibilitet som er nødvendig for en dynamisk krisehåndtering. Dette begrenser også nytten av å lovfeste prinsippene ved hjelp av definisjoner. Helseberedskapsloven § 2-1 gjengir ansvarsprinsippet, med utgangspunkt i tjenestenes ansvar. Sett i sammenheng med at nasjonale myndigheters ansvar og oppgaver ikke er tydelig beskrevet ellers i loven, gir bestemmelsen ikke en dekkende beskrivelse. Den synliggjør heller ikke de ulike ansvarsdimensjonene - at ansvaret for å iverksette tiltak kan løftes til nasjonale myndigheter, selv om ansvaret for den utøvende tjenesten blir værende på et lavere nivå.

Det er spørsmål hvilken funksjon og formål denne bestemmelsen har. Bør den for eksempel endres slik at det fremgår at den er uttrykk for et utgangspunkt for beredskapsarbeidet for tjenesteytende virksomheter i sektoren, eller slik at den i større grad synliggjør at ansvaret flyttes i de største krisene? Utformingen av bestemmelsen må ses i sammenheng med hvordan man velger å synliggjøre myndighetenes roller og ansvar i loven for øvrig.

4.4 Tverrsektorielle og sammensatte hendelser – sektor- og samvirkeprinsippet

Samfunnsikkerhetsinstruksens omtale av de ulike beredskapsprinsippene viser at ansvarsforholdene ikke er statiske i kriser. I regelverket kan fullmakter, og dermed ansvaret for å beslutte om forhold som normalt er lagt til en kommune eller virksomhet, ligge hos departementet, Kongen eller regjeringen.

Krisehåndtering kan således medføre at ansvarsområdet til en enkelt virksomhet blir endret etter beslutning fra sektormyndighetene, det kan også skje at en sektor får et utvidet ansvar som følge av hendelser i en annen sektor etter beslutning fra regjeringen. Den enkelte virksomhet vil fremdeles ha ansvar for å yte tjenester, men innenfor nye rammer. Hvilket nivå som har ansvar for og fullmakt til å ta beslutninger avhenger av krisen.

Som beskrevet innledningsvis kan ansvaret for å beslutte om håndtering av årsaken til en krise ligge utenfor helsesektoren, mens konsekvensene av krisen må håndteres av helse.

Totalberedskapskommisjonen anbefaler i punkt 7.6.4 at praktiseringen av beredskapsprinsippene må videreutvikles:

Kommisjonen mener at det er behov for å etablere et tydeligere felles utgangspunkt for hvordan beredskapsprinsippene skal anvendes. I møtet med sammensatte trusler vil det være nødvendig å finne en riktig balanse mellom samvirke- og ansvarsprinsippet. Utfordringen er ikke prinsippene i seg selv, men praktiseringen av dem, og da spesielt samvirkeprinsippet. Samvirkeprinsippet kan fremstå som lite forpliktende og det forutsetter at den enkelte virksomhet selv ser nytten av å samvirke med andre. Et vellykket samvirke forutsetter tett samarbeid om planlegging, øving, læring og utvikling av samarbeidsarenaer og teknologiske løsninger. Det er også viktig med gode relasjoner og innsikt i og respekt for andres oppgaver og ansvar.

Et harmonisert regelverk som bygger på felles begreper og strukturer kan bidra til bedre samvirke og større forståelse for hverandres oppgaver og ansvar. Det er neppe tilstrekkelig til å løse utfordringene i arbeid med tverrsektorielle hendelser. Når en krise skal håndteres har den enkelte sektor vanligvis nok med seg og sitt, og vil ha begrenset med ressurser til å bistå andre.

Noen problemstillinger oppstår ofte i tverrsektorielle kriser, eksempelvis:

- Hvordan erklæres krise – hvem kan beslutte, og hva bestemmer at det faktisk er krise?
- Hvem vurderer hvilke andre sektorer som vil bli berørt av krisen?
- Hvem trenger informasjon om det som skjer, slik at de kan forberede egen sektor?
- Hvem har siste ord ved uenighet om hvordan krisen skal håndteres? Hvilke interesser er viktigst? F.eks. helse eller sikkerhet?

Klarhet rundt denne typen forhold kan bidra til bedre samlet håndtering av krisene. Gode beslutningsstrukturer og prosedyrer for å dele informasjon og skape en felles situasjonsforståelse er kanskje enda viktigere her enn ellers. Det er regjeringen som har det øverste ansvaret, men det er få kriser som er så omfattende at håndteringen overtas av regjeringen, slik det ble gjort under pandemien.

Et tiltak for å bedre samhandlingen kan være å bygge ut nasjonale planverk, men det kan også være formålstjenlig å utvikle en instruks for tverrsektorielt beredskapsarbeid, der det for eksempel stilles krav om at sektormyndighetene underretter andre myndigheter eller etater med tilgrensende ansvarsområde om kriser som er under oppseiling.

4.5 Behov for avbøtende tiltak og krisehjerner i andre sektorer

Som nevnt får uønskede hendelser ofte tverrsektorielle konsekvenser som krever samarbeid på tvers av et stort antall virksomheter, etater og sektorer. I alvorlige kriser vil iverksettelse av tiltak i én sektor direkte kunne påvirke hvilke prioriteringer som må foretas, eller hvilke avbøtende tiltak som må eller bør iverksettes, både i egen og andre sektorer.

Da Helsedirektoratet og regjeringen vedtok smitteverntiltak under pandemien oppstod behov for iverksettelse av avbøtende tiltak både i og utenfor helse- og omsorgssektoren. Slike behov kan også oppstå ved anvendelse av fullmaktene i helseberedskapsloven.

Eksempler på avbøtende tiltak som ble iverksatt under pandemien var bistand til å redusere presset på helsetjenestene ved oppheving av ventetidsgarantier, tilpasning av sykemeldingsregler og lemping av fraværsgrensen. Andre avbøtende tiltak handlet om å understøtte videre drift til tross for tiltakene, som tilpasninger av domstolenes virksomhet. Nye permitteringsordninger og kompensasjonsordninger ble utviklet for å redusere negative konsekvenser for befolkningen og næringslivet.

Under pandemien erfarte vi imidlertid at iverksettelse av avbøtende tiltak i andre sektorer tidvis var tidkrevende å gjennomføre, at behovene ikke var identifisert på forhånd, og at nødvendige tiltak i utgangspunktet kunne mangle hjemmelsgrunnlag. Vi opplevde også at manglende iverksettelse av tiltak i enkelte sektorer førte til at negative konsekvenser av nødvendige smitteverntiltak ble større enn de hadde trengt å være. Dette illustrerer behov for at andre sektorer, som eksempelvis utdanningssektoren bør ha beredskapsplaner for avbøtende tiltak for barn og unge slik at disse kan ivaretas.

Sektorprinsippet etablerer ansvarslinjer, men det stiller også store krav til overordnet tverrsektoriell tenkning og samordnende styring. Når det er nødvendig å bruke krisefullmakter og dette påvirker en sektor eller får sektorovergripende konsekvenser, er det viktig at de øvrige sektorene har identifisert og planlagt for at avbøtende tiltak kan måtte iverksettes. De må også ha tilstrekkelige hjemler til å iverksette slike tiltak innen sine ansvarsområder. Betydningen av dette var tydelig under pandemien. Det er sektorenes samlede virkemiddelbruk som utgjør krisehåndteringen.

Det følger av samfunnssikkerhetsinstruksen kapittel IV nr. 3 at det enkelte departement skal iverksette nødvendige kompenserende tiltak som reduserer sannsynligheten for – og konsekvensene av – uønskede hendelser i egen sektor. Det er spørsmål om plikten bør presiseres til også å omfatte iverksettelse av kompenserende/avbøtende tiltak grunnet hendelser som oppstår i andre sektorer.

4.6 Ivaretagelse av sårbare grupper

Det følger av ansvarsprinsippet at de som har ansvar for tjenester til særskilte grupper i det daglige, også har ansvaret i en krise og må ha beredskap for å ivareta deres særlige behov. Dette skal være en del av virksomheter og myndigheters risiko- og sårbarhetsanalyser.

De fleste hendelser i krisespekteret er ressurskrevende å håndtere. Ved alvorlige eller langvarige kriser, slik som naturhendelser, svikt i kritisk infrastruktur, sikkerhetspolitiske kriser, pandemier eller krigshandlinger, kan både hendelsen og iverksettelse av nødvendige tiltak redusere tilgangen til menneskelige og materielle ressurser. Videre kan eksempelvis tilgangen til den infrastrukturen man anvender i det daglige bortfalle eller endre seg. Mange nye behov vil dukke opp og oppgaver som normalt krever lite kan bli krevende å gjennomføre. Det vil umiddelbart oppstå behov for å prioritere menneskelige og materielle ressurser der de trengs mest. Mange innbyggere vil måtte klare seg selv med mindre bistand enn de er vant til og utføre oppgaver de normalt ikke gjør, for å hjelpe seg selv og sitt lokalsamfunn under krisen. Dette er en sentral del av det norske totalforsvaret.

I en slik situasjon vil grupper som normalt har særskilte behov for bistand, tilsyn, pleie, omsorg eller oppfølging, være spesielt sårbare for ressursknapphet. Dersom det ikke på forhånd er planlagt godt for hvordan de mest sårbare skal ivaretas i en krise, vil det raskt få unødvendig store konsekvenser på individ- og samfunnsnivå. I tillegg vil det kunne utløse en rekke nye behov for

konsekvensreduserende tiltak som kunne vært unngått om man hadde planlagt bedre. Eksempelvis vil godt planlagt evakuering av et sykehjem, allokering av alternative undervisningslokaler for skolebarn eller samkjøring av barnevernstjenester i to nabokommuner, kunne opprettholde et nødvendig tjenestetilbud til sårbare grupper i en krise. Hvis slike tjenestetilbud først faller sammen, vil det være svært ressurskrevende å håndtere konsekvensene av sammenbruddet og ivareta de som er berørt.

En nytt grunnleggende "sårbarhetsprinsipp" for beredskapsplanarbeidet i Norge vil kunne sikre at kommuner, statlige og private aktører i større grad planlegger for og evner å gjennomføre risikoreduserende og konsekvensreduserende tiltak som ivaretar sårbare gruppers behov ved kriser.

Et slikt prinsipp bør knyttes til hver enkelt sektors ansvar som del av totalberedskapen.

4.7 Oppsummering

- Det bør vurderes om departementets (og nasjonale helsemyndigheters) ansvar og oppgaver i helseberedskapen bør tydeliggjøres i loven og forskriften, slik man har gjort i enkelte andre lover.
- Ansvarsprinsippet slik det er formulert i § 2-1, er bare et utgangspunkt og gir ikke en dekkende beskrivelse av ansvarsdimensjonene i helseberedskapen. Det bør vurderes hva som er formålet med å ha en slik bestemmelse.
- Sammensatte og tverrsektorielle hendelser er utfordrende å håndtere. Samvirkeprinsippet bør understøttes av en felles instruks for beredskapsarbeid som tar sikte på å systematisere og strukturere etatenes arbeid.
- Alle sektorer bør ha plikt til å identifisere behov, og planlegge for, å kunne iverksette avbøtende tiltak. De må også ha tilstrekkelige hjemler til å iverksette slike tiltak innen sine ansvarsområder.
- En nytt grunnleggende "sårbarhetsprinsipp" for beredskapsplanarbeidet i Norge vil kunne sikre at kommuner, statlige og private aktører i større grad planlegger for og evner å gjennomføre risikoreduserende og konsekvensreduserende tiltak som ivaretar sårbare gruppers behov ved kriser. Et slikt prinsipp bør knyttes til hver enkelt sektors ansvar som del av totalberedskapen.

5 Rapportering, varsling, informasjonsdeling

5.1.1 Betydningen av god situasjonsforståelse

Grunnleggende for god krisehåndtering er systemer som sikrer at beslutningstakere, analytikere, tjenesteytere og befolkningen er enige om hva man står overfor. Situasjonsforståelse betinger at nødvendig informasjon deles med andre aktører i krisehåndteringen, og til befolkningen. For kriser i de øvre delene av krisespekteret må denne situasjonsforståelsen kunne etableres på nasjonalt nivå, og for totalberedskapen.

Aktørene må forstå betydningen av situasjonen både opp mot eget og andres ansvar, opp mot målsettinger, og i et helhetlig perspektiv. Hvis forståelsen ikke er dekkende, vil det svekke evnen til å foreta koordinerte strategiske valg og riktige prioriteringer.

En forutsetning for å etablere situasjonsforståelse er tidsriktig varsling, rapportering og informasjonsdeling.

I 2019 var Helsedirektoratets anbefaling at varsling, rapportering og informasjonsdeling er så viktig for nasjonal beredskap at ansvar og plikter på dette feltet bør samles og tydeliggjøres. *"Feltet er i dag fragmentert og uoversiktlig, noe som medfører risiko for svikt. Ansvars- og rapporteringslinjene er ulikt forstått og implementert. Eksempler på dette er: Instruks for fylkesmennens og Sysselmannen på Svalbards arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering (samfunnssikkerhetsinstruksen) angir i VII nr. 5 at fylkesmennene skal "kunne iverksette en samordnet situasjonsrapportering til sentrale myndigheter på kort varsel." Til instruksen er det utarbeidet en veileder som ikke i tilstrekkelig grad angir hvordan varslings- og rapporteringslinjene skal gå – og hvem det er viktig å rapportere til. En annen utfordring er at de regionale helseforetakene rapporterer til departementet, og ikke til fylkesmennene. Dette vanskeliggjør fylkesmennenes mulighet til å ha oversikt og rapportere om vesentlige forhold i fylket. Slik Helsedirektoratet vurderer det, bør varslings- og rapporteringsplikter som er vesentlige for beredskapen kodifiseres i lov."*

Nedenfor omtales perspektiver knyttet til virkemidlene varsling, rapportering og informasjonsdeling. Det tas særlig utgangspunkt i helseberedskapsloven § 2-3 om varsel og rapportering.

5.1.2 Offentlige utredninger

Koronautvalget skriver at både koronapandemien og krigen i Ukraina har avdekket flere forbedringsområder når det gjelder evnen til å etablere nasjonal situasjonsforståelse i en krise. Uten en felles nasjonal situasjonsforståelse forsterkes usikkerheten i en krisesituasjon. Informasjonen fra situasjonshåndteringsnivået til sentralt nivå, og informasjon tilbake, blir uklar. Nasjonal situasjonsforståelse blir slik vanskelig å opprette og vedlikeholde. Evnen og viljen til å dele informasjon i og mellom de ulike nivåene må bli bedre.

Totalberedskapskommisjonen beskriver også betydningen av å forsterke arbeidet med det de beskriver som sammensatte trusler, altså et gjenstridig problem som utfordrer på tvers av sektorer, nivåer og ansvarsområder. Dette betyr at det er nødvendig med bidrag fra mange aktører for å skape en omforent situasjonsforståelse og for å motvirke effektene av de sammensatte truslene⁷.

Kommisjonen har også fått innspill om en beslektet problemstilling knyttet til at det er ulike styringsmodeller for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Her vises det til at Helsedirektoratet har betydelig innflytelse på smittevernarbeidet i kommunene og kommunehelsetjenesten, men at myndighetsstyringen av de regionale helseforetakene i all hovedsak gjennom eierlinjen fra departement til foretak. Det pekes på at forholdet mellom eierstyring og myndighetsstyring av spesialisthelsetjenesten innenfor beredskapsfeltet derfor bør gjennomgås.

Nedenfor ser vi nærmere på om helseberedskapsloven § 2-3 om varsel og rapportering, og forskrift om krav til beredskapsplanlegging, i tilstrekkelig grad tilrettelegger for god situasjonsforståelse.

5.1.3 Helseberedskapsloven § 2-3

"Helseberedskapsloven § 2-3. Varsel og rapportering

Virksomheter loven omfatter, plikter å varsle om forhold innen helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten som kan gi grunnlag for tiltak etter denne lov. Varsel gis til departementet eller den myndighet departementet bestemmer.

Departementet kan pålegge virksomheter som nevnt i første ledd formell rapportering om forhold av betydning for helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten. Departementet kan gi forskrift om rapporteringsplikten."

Etter helseberedskapsloven § 2-3 første ledd skal virksomheter som omfattes av loven varsle om

forhold innen helse- og sosialtjenesten som kan gi grunnlag for tiltak etter loven. Varslingsplikt for helsesektoren følger også av en rekke andre regelverk, eksempelvis av smittevernloven, msis-forskriften og ihr-forskriften, men det er ikke fastsatt forskrift etter § 2-3 første ledd.

Etter forarbeidene er bakgrunnen for bestemmelsen at kriser og katastrofer i fredstid ofte starter lokalt. For at sentrale myndigheter skal kunne vurdere situasjonen og iverksette støttende tiltak, herunder bestemme om fullmaktsbestemmelsene i loven skal gjelde, må de få pålitelig informasjon om situasjonen. *I slike situasjoner kan det ikke antas at andre eksisterende meldings- og rapporteringsrutiner er tilstrekkelige.* Forarbeidene viser til merknadene til § 1-5, hvor det fremgår at tiden kan spille avgjørende rolle for effektiv krisehåndtering. *Det er derfor meget viktig at relevante myndigheter så snart som mulig blir klar over at en situasjon er i ferd med å inntre som kan føre til at det er aktuelt å anvende fullmaktsbestemmelsene⁸.*

Det følger videre av forarbeidene at: *Etter annet punktum skal varslet gis til departementet eller den myndighet departementet bestemmer. Avhengig av hvilke sektorer som særlig er påvirket av situasjonen, kan det være aktuelt for departementet å bestemme at varslet først skal gå til en av departementets institusjoner på nivå 2. Inntil slike bestemmelser er gitt eller gis, formidles varslet direkte til departementet.*

Etter § 2-3 andre ledd kan departementet pålegge virksomheter som omfattes av loven formell rapportering om forhold av betydning for helse- og omsorgstjenesten, og det gis forskriftshjemmel for å stille nærmere krav til rapportering.

Av merknad til § 2-3 andre ledd fremgår: *Etter at sentrale helse- og sosialmyndigheter har mottatt varsel etter første ledd, kan det være behov for supplerende opplysninger. Det antas at det lett vil oppstå behov for informasjon som går ut over det det direkte er varslet om eller det som er direkte tilgjengelig i de ordinære meldings- og rapporteringssystemer. Videre vil det under selve krisehåndteringen være behov for kontinuerlig informasjon, dels for å tilpasse tiltakene etter situasjonen, dels for å evaluere igangsatte tiltak. Videre vil særskilt informasjon være nødvendig som grunnlag for å beslutte at fullmaktsbestemmelser i denne lov ikke lenger skal gjelde. Innenfor helse- og sosialtjenesten vil en slik rapporteringsplikt være en ekstra plikt, utenom den ordinære fagrapporteringsplikten. I forhold til samarbeidende organer utenfor helse – og sosialtjenesten vil en slik rapporteringsplikt være en del av fagrapporteringen.*

Forskriftshjemmelen etter § 2-3 er ikke tatt i bruk.

5.1.4 Nærmere om varsling, rapportering og informasjonsdeling innad i sektor

Leser man helseberedskapsloven isolert er det opp til Helse- og omsorgsdepartementet å iverksette formell rapportering for sektor, jf. § 2-3. Dette samsvarer med departementets ansvar og oppgaver ved anvendelse av lovens fullmakter. Gjeldende rapporteringslinjer for helsesektoren fremgår av Nasjonal helseberedskapsplan.

Etter Nasjonal helseberedskapsplan skal *Helsedirektoratet, etter delegasjon fra departementet, forestå nasjonal koordinering av sektorens innsats, iverksette nødvendige tiltak og beskrive et overordnet helhetlig situasjonsbilde for sektoren.* Hvis Helsedirektoratet får delegert fullmaktene i helseberedskapsloven, kan også direktoratet iverksette formell rapportering etter loven § 2-3. Innretningen er i tråd med departementets mulighet for delegasjon, og med forarbeidenes implisitte forutsetning om at hele eller deler av krisehåndteringen kan overlates *til nivå 2.*

Forarbeidene til § 2-3 etablerer et skille mellom *fagrapportering* og formell rapportering etter § 2-3, og beskriver at formell rapportering vil være en ekstra plikt, utenom den ordinære fagrapporteringsplikten. I forhold til samarbeidende organer utenfor helse – og sosialtjenesten vil en

slik rapporteringsplikt være en del av fagrapporteringen.

Slik vi forstår det legger forarbeidene til grunn at virksomheter i helsesektoren har en fagrapporteringsplikt som følger av deres ansvar og plass i forvaltningen, og av overordnede organers behov. Imidlertid har det siden lovens vedtagelse vært en vesentlig omlegging av helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen. I ot.prp. nr. 89 (1998-1999) ble det eksempelvis lagt til grunn at kommuner og fylkeskommuner ville være primære krisehåndteringsmyndigheter, og sykehusene var underlagt fylkeskommunen. Ved revisjon av § 3-2 andre ledd er det nødvendig å ta hensyn til hvordan tjenester og forvaltning nå er organisert i vurderingen av lovstruktur, ansvar, oppgaver og virkemidler. Eksempelvis er det ikke direkte faglig eller instruksjonsmessig over- og underordningsforhold mellom Helsedirektoratet som koordinerende organ, og virksomhetene som skal rapportere etter Nasjonal helseberedskapsplan.

Kommunene er verken underlagt statsforvalter eller Helsedirektoratet. De er autonome enheter, og rapportering til statsforvalter er basert på velvillighet.

Statsforvalter har ikke hjemmel til å pålegge kommunene rapportering. Dette til tross for at statsforvalter etter Instruks for statsforvalter og Sysselmannen på Svalbard sitt arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering kap. IX er pålagt betydelige oppgaver knyttet til samordning, informasjonsutveksling, og etablering av situasjonsoversikt i fylket. Statsforvalters oppgaver etter Instruksen kap. IX er videre knyttet til *sivil krisehåndtering*. Dermed fremstår terskelen for anvendelse av kapittelet i alle tilfeller høy. Det kan stilles spørsmål ved hvem som beslutter at det er krise, eller om dette begrepet er knyttet til et begrep det er enighet om innen totalberedskapen. Statsforvalter er heller ikke underlagt Helsedirektoratet, og statsforvalter har dermed ikke alminnelig plikt til å rapportere til direktoratet hvis formell rapportering ikke er iverksatt i sektor.

Eksempelvis Legemiddelverket og Statens strålevern er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene ligger i departementets eierlinje, og rapporteringslinjen går i helseberedskapsplanen fra RHF-ene til Helsedirektoratet og deretter til departementet. Under pandemien ble det imidlertid etablert linje direkte fra RHF-ene til departementet, noe som skapte vansker for det koordinerende leddet som hadde ansvar for å sammenstille situasjonsoversikt for helsesektoren. Slike endringer underveis i en krise kan svekke den samlede situasjonsoversikten, og medføre at departementet, underliggende organer og andre sektorer får dårligere informasjonstilgang og rådgivning.

Det er uklart om rapportering kan igangsettes innad i sektor uten at det er formelt vedtatt av departementet, jf. § 2-3 andre ledd. Det finnes i dag ingen formell forankring av en fagkanal i regelverket.

At iverksettelse av formell rapportering for sektor er lagt til departementet kan fungere godt i den øvre delen av krisespekteret, fordi anvendelsen av § 2-3 etter forarbeidene er nært knyttet til departementet eller regjeringens bruk av lovens fullmakter. Det samme gjelder hvis Helsedirektoratet får adgang til å pålegge rapportering når direktoratet delegeres koordineringsansvaret for en krise. Imidlertid stiller vi spørsmål ved om dette er å sette terskelen for høyt.

I førkrisefase og i lavere del av krisespekteret, der anvendelse av fullmaktene i helseberedskapsloven ikke (eller ikke ennå) er aktuelt, kan dagens regulering være utilstrekkelig. Muligheten til å etablere situasjonsoversikt vil i slike situasjoner avhenge av informasjonsdeling og øvrige virksomheters velvillighet. Selv om samvirke i slike situasjoner ofte fungerer godt, er rapportering og situasjonsoversikt så viktige forutsetninger for krisehåndtering at rammene for dette arbeidet bør

tydeliggjøres.

Etater som har følge-med-ansvar, hastekompetanse, besluttende myndighet eller koordinerende oppgaver bør kunne innhente informasjon fra enkelte etater på en systematisk måte – ved rapportering. Behovet henger sammen med ansvars-, nærhet- og likhetsprinsippet, og med føre-var-prinsippet. Rapportering må kunne iverksettes før en krise faktisk oppstår, også i lavere deler av krisespekteret der nasjonalt nivå ikke er involvert.

Klar forståelse hos virksomheter og myndigheter av at de kan bli pålagt rapportering etter helseberedskapsloven kan bidra til at bedre systemer og rutiner for informasjonsinnsamling og videre rapportering. Dette bør ikke gjøres under en krise, men bør være klarlagt i forkant.

Verken helseberedskapsloven eller forskrift om krav til beredskapsplanlegging synliggjør betydningen av at virksomheter og tjenester har systemer for å bringe sin situasjonsoversikt i bred forstand videre ved rapportering. Forskriften § 5 stiller visse krav til *operativ ledelse og informasjonsberedskap*, men plikten går ikke lenger enn til at virksomheter som omfattes av loven ved en krise eller katastrofe skal kunne treffe beslutninger om egen virksomhets organisering og ressursdisponering, samvirke med overordnede ledd, myndigheter og samarbeidspartnere, og at beredskapsplanen skal omfatte informasjonstiltak.

Helsedirektoratet har i innspill til helseberedskapsmeldingen anbefalt at det bør bygges et bredt og helhetlig analyse- og følge med-system som sammenstiller informasjon om kapabilitet, kapasitet, aktivitet og kvalitet blant annet for beredskap og krisehåndtering. Systemet bør etableres som en del av den ordinære rapporteringskjeden, og være tilrettelagt for løpende datainnhenting, sammenstilling, analyse og tilgjengeliggjøring, og raskt kunne gi tilpasset styringsinformasjon og beslutningsstøtte før og ved kriser og beredskapshendelser.

5.1.5 Nærmere om tverrsektorielle behov knyttet til rapportering

Helsesektorens evne til å etablere god situasjonsforståelse har direkte betydning sektorens evne til å samhandle med andre sektorer i alle deler av krisespekteret.

Et sentralt utgangspunkt er også at det i tverrsektorielle eller grenseoverskridende hendelser ikke er noen som "eier" krisen alene. Det er en risiko for at rapporteringslinjene i den sivile beredskapen primært er så knyttet til håndtering av hendelser i den øvre delen av krisespekteret at de ikke understøtter behovene som oppstår i beredskapshendelser på lavere nivå.

Behovene for rapportering kan variere mellom sektorene. Eksempelvis kan det være krise i andre sektorer, mens det for helsesektoren er viktig å motta rapporter som setter helsetjenesten i stand til å tilrettelegge for å håndtere konsekvenser av krisen, for å unngå at det oppstår krise også i helsesektoren.

Når det gjelder utvikling og gjennomgang av rapporteringsplikter vurderer vi at mange av behovene i de ulike sektorene kan være likartede. For å legge bedre til rette for håndtering av sammensatte og tverrsektorielle hendelser kan være mulig å harmonisere tilnærmingen til disse problemstillingene. Det vises til punkt 4.4 som omtaler utarbeidelse av en tverrsektoriell instruks for krisehåndtering.

5.1.6 Nærmere om varslingsplikt og informasjonsdeling

Varslingsplikt etter § 2-3 første ledd

Det følger av § 2-3 første ledd at virksomheter som loven omfatter plikter å varsle om forhold innen helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten som kan gi grunnlag for tiltak etter

helseberedskapsloven. Varsel skal gis til departementet eller den myndighet departementet bestemmer. Varslingsplikten suppleres av en rekke forskriftsfestede varslingsplikter innad i helsesektoren, som eksempelvis msis-forskriften og ihr-forskriften.

Innretningen knytter varslingsplikten til behov for tiltak etter helseberedskapsloven. Det fremstår noe uklart om varslingsplikten kun er knyttet til situasjoner der fullmaktene i loven bør komme til anvendelse, eller om den også er knyttet til varsling til og fra virksomheter med oppgaver, ansvar og virkemidler lavere i krisespekteret.

Det kan også være krevende for underordnede organer å vite når sentrale myndigheter mener det er behov for/aktuelt å anvende fullmaktene i loven. Det er også spørsmål om varslingsplikten ivaretar behov som kan oppstå i lavere del av krisespekteret, og om den understøtter tidsriktig iverksettelse av tiltak for å redusere risiko eller konsekvenser. Det bør vurderes om underordnede organer også bør få plikt til å varsle andre etater som har ansvar eller oppgaver i krisehåndtering, som eksempelvis statsforvalter, Direktoratet for medisinske produkter eller Helsedirektoratet.

Informasjonsdeling

Informasjonsdeling er avgjørende for krisehåndteringsevne. I dag er krav til informasjonsberedskap omtalt i planforskriften § 5 om krav til operativ ledelse og informasjonsberedskap. Etter bestemmelsen skal virksomheten *ved en krise eller katastrofe kunne treffe beslutninger om egen virksomhets organisering og ressursdisponering samt samvirke med overordnede ledd, myndigheter og samarbeidspartnere. Beredskapsplanen skal også omfatte informasjonstiltak.*

Vi har erfart betydningen av åpenhet om beslutningsprosessene under pandemien, samtidig som helsetjenestene og kommunene har understreket viktigheten av informasjon for å understøtte deres rolle krisehåndtering.

Helsedirektoratet vurderer at informasjonsdeling til og fra virksomheter og etater innad i helsesektoren med fordel kan fremgå som en tydeligere plikt som eksempelvis følger rapporterings- og varslingslinjene. En presisert bestemmelse i planforskriften bør omtale nødvendigheten av å identifisere instanser både innen privat og offentlig sektor, forsvaret og frivilligheten, samt befolkningen, får nødvendig informasjon så langt mulig i den gitte situasjonen.

Informasjonsutveksling mellom sektorer er et krav i bl.a. felles instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap og lovfesting og speiling av informasjonsplikt i sektorene kan tydeliggjøre hvor viktig denne informasjonsutveksling er.

I planforskriften kan det ved en revisjon av planforskriften § 5 vurderes å ta mønster av kraftberedskapsforskriften § 2-8 om informasjonsberedskap:

KBO-enheter skal ha en informasjonsplan og en effektiv informasjonsberedskap i ekstraordinære situasjoner. Dette skal blant annet omfatte informasjon internt i enheten, til berørte myndigheter, samfunnskritiske virksomheter, andre relevante KBO-enheter, publikum og media, samt råd til kunder. Informasjonsplanen skal inngå som del av beredskapsplanverket, øves jevnlig og evalueres.

I et tverrsektorielt arbeid inneværende år har DSB, statsforvalter, Helsedirektoratet og de fire regionale helseforetakelsen kommet til enighet om følgende:

"Informasjon må deles mellom helseforetak og kommuner i opptaksområde, og mellom helseforetak/regionale helseforetak og statsforvalter ved situasjoner som kan få:

- *Konsekvenser for tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten*
- *Betydning for statsforvalterens regionale samordningsansvar*

Informasjonsdelingen skal gjøres i henhold til gjeldene mal for situasjonsrapportering."

Denne forventningen, samt forventning om at informasjon også må deles med koordinerende og besluttende organer på nasjonalt nivå, samt eventuelt med andre aktører som informasjonen er av betydning for, bør vurderes innarbeidet i lov eller planforskrift.

Helsedirektoratet vil imidlertid presisere at kriser kan utvikle seg raskt, og at kravet til informasjonsdeling må avstemmes mot hva som faktisk er mulig i en gitt situasjon.

5.1.7 Nærmere om internasjonale forpliktelser

En revisjon av § 2-3 bør ses i lys av våre internasjonale forpliktelser knyttet til varsling, rapportering og informasjonsdeling. Både EU, WHO og NATO stiller krav om at landene skal rapportere både jevnlig og under kriser.

Internasjonale hendelser vil stille økte krav til oversikt både innad i og mellom sektorer, og fra nasjonalt nivå til våre internasjonale samarbeidspartnere. Nasjonalt nivå får i slike situasjoner et særlig ansvar for å understøtte behov som oppstår internasjonalt, til underordnede virksomheter i sektoren, og til befolkningen.

Det internasjonale helsereglementet (IHR) er under revisjon, og EU harmoniserer store deler av sitt regelverk knyttet til alvorlige grenseoverskridende hendelser etter IHR. Forordning om alvorlige grenseoverskridende hendelser (Regulation (EU) 2022/2371) er sentral. Kjerneelementer i reguleringen omhandler som nevnt i punkt 3.4.5 blant annet utvikling av en felles beredskapsplan for Unionen. Landene skal etter art. 5 og 6 blant annet tilrettelegge for og omtale ansvar, oppgaver og ressurser knyttet til:

- Tidsriktig samhandling og kommunikasjon mellom kommisjonen, medlemsstatene og EU-organer Sikker utveksling av informasjon mellom kommisjonen, medlemsstatene og EU-organer Epidemiologisk overvåkning og monitorering
- Tidlig varsling og risikovurdering
- Risiko og krisekommunikasjon
- Helseberedskap og respons, samt tverrsektoriell samhandling

Kapittel 4 inneholder bestemmelser om tidlig varsel og respons, herunder plikt for nasjonale kompetente myndigheter eller Kommisjonen til å varsle om utbrudd av grensekryssende helsetrusler (jf art. 19), plikt for Kommisjonen til å utstede en risikovurdering (jf art. 20), påfølgende konsultasjoner gjennom helsesikkerhetskomiteen (jf art. 21) og mulighet for Kommisjonen til å utstede anbefalinger om midlertidige tiltak for å komplementere tiltak som landene iverksetter (jf art. 22). Forutsetningsvis må landene ha gode systemer knyttet til dette.

Art. 7 etablerer plikt for landene til å rapportere om status for helseberedskapsarbeidet hvert 2. år. Første rapport skal sendes innen 12 måneder etter at forordningen har trådt i kraft, basert på standardiserte rapporteringsskjemaer. Artikkelen lister opp en rekke elementer som skal omtales i rapportene, herunder ansvarsforhold og lovgivning som implementerer og omhandler beredskap mv. (governance), kapasiteter og ressurser. Kommisjonen skal deretter samarbeide med ECDC om en statusrapport som oversendes Helsesikkerhetskomiteen, og som blant annet skal inneholde profiler av status for arbeidet i hvert land. Rapporten skal danne grunnlag for diskusjon innad i komiteen om potensiale for forbedringer. En oversikt over statusrapportens anbefalinger skal også offentliggjøres (art. 7.2). Artikkelen inneholder også informasjon relatert til mottak av gradert informasjon.

Internasjonal kunnskapsutvikling er sentralt, og vi har hatt stor nytte av vurderinger eksempelvis fra ECDC, WHO, organisasjoner som ICAO og de nordiske landene. Regjeringen har gått inn for at Norge

skal delta i EUs helseunion med fulle rettigheter. Et av unionens mål er å utvikle et system for deling av helsedata som skal være i gang fra 2025. Norge må tilrettelegge for dette systemet. Også etableringen av en Health Emergency Response Authority (HERA) innebærer at Norge vil måtte rapportere status for ulike kapasiteter i helsetjenesten. Det er viktig å sikre at slik informasjon er tilgjengelig for strategisk nivå.

Det bør i revisjonsarbeidet vurderes om økte internasjonale krav og forpliktelser knyttet til rapportering, varsling og informasjonsdeling fra statens side til internasjonale organer også øker behovet for forsterkede rammer rundt dette arbeidet nasjonalt.

5.1.8 Oppsummering

- Vi anbefaler at virksomheter som har følge-med-ansvar, beslutningsmyndighet, koordinerende ansvar eller hastekompetanse bør kunne skaffe seg den informasjonen som er nødvendig for å få god situasjonsoversikt og -forståelse.
- Virksomheter i sektor må planlegge for, og dermed også ha systemer for, å kunne rapportere dersom dette kreves. Forskriftshjemmelen i helseberedskapsloven § 2-3 annet ledd bør anvendes for å presisere rapporteringsplikter.
- Det kan vurderes om det bør pålegges plikt til informasjonsdeling, eksempelvis etter mønster av kraftberedskapsforskriften
- Det kan også vurderes om regelverket harmoniseres med rapporterings-, varslings- eller informasjonsplikter til internasjonale organer.

6 Forsyningssikkerhet

6.1 Krav til forsyningssikkerhet

6.1.1 Innledning

I et innspill til den kommende helseberedskapsmeldingen har Helsedirektoratet tilrådd at det legges vekt på nødvendig nasjonal selvforsyning av legemidler, utstyr og personell. Samtidig er det store fordeler med å bidra aktivt inn for å styrke den nordiske og europeiske koordineringen av forsyningssikkerheten, og dette må også prioriteres. Det er viktig å finne en god, samlet strategi hvor man både ivaretar nødvendig nasjonal forsyningssikkerhet (ressurser tilgjengelig i Norge) og et forsterket internasjonalt samarbeid. Reguleringen er et viktig virkemiddel også for å trygge forsyningssikkerheten.

Pandemien har understreket hvor sårbare vi er for svikt i kritiske forsyninger, tjenester og tilgang til personell fra andre land - spesielt i situasjoner hvor vi trenger det som mest. Selv om koronapandemien er den største krisen som har rammet Norge siden andre verdenskrig, må vi være forberedt på enda mer krevende pandemier enn den vi har håndtert de siste årene.

Tjenestene må også være forberedt på alvorlige CBRNE-hendelser, omfattende sammenbrudd av IKT-systemer som følge av eksempelvis bevisst cybersabotasje fra fremmede stater, omfattende og langvarig svikt i forsyninger av kritiske produkter til helsetjenesten, globale matkriser, store flyktningestrømmer, alvorlige sikkerhetspolitiske kriser og krig.

Legemiddelberedskap og annen beredskapsplanlegging for forsyningssvikt må forberedes før krisen inntreffer og tilpasses situasjoner med både langvarig forsyningssvikt og etterspørselssjokk, også på

bakgrunn av hendelser utenfor Norges grenser. I tillegg vil det under kriser raskt kunne oppstå situasjoner med hamstring. Stadig hyppigere leveringsvansker også i normalsituasjoner underbygger behovet for utvidede lagre av kritiske legemidler, medisinsk forbruksmateriell og utstyr.

Krigen i Ukraina, en endret sikkerhetspolitisk situasjon, energikrise og sammensatte utfordringer rundt logistikk og transport har forsterket behovet for å trygge vår motstandskraft overfor alvorlige knapphetssituasjoner. Forsyningssikkerheten må forsterkes. Vår vurdering er at dette dekker hele bredden av kritiske innsatsfaktorer, hvor blant annet sikker tilgang på legemidler og smittevernutstyr står helt sentralt. Det er samtidig nødvendig å vurdere bredden av utfordringer og behov. Dette gjelder med hensyn til sårbarhet ved bortfall av alle former for forsyninger som tjenestene er kritisk avhengig av, inkludert ikke-medisinsk utstyr som plastprodukter, bestemte matvarer og drivstoff. Det gjelder også avbrudd i kritisk infrastruktur som strøm, vann, tilgang på internett og telekommunikasjon. Og det omfatter behov for å vurdere hvor store behov som kan oppstå for å øke tilgangen på legemidler, medisinsk-teknisk utstyr med videre ved kriser. Samtidig er det også gode grunner til mer spesifikke krav på områder hvor det er identifisert konkrete behov for tiltak, slik som eksempelvis for å trygge tilgang til smittevernutstyr og legemidler.

6.1.2 Gjeldende rett

Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) skal sørge for at helsetjenesten har de rettighetene som trengs for å verne befolkningens liv og helse under kriser og krig. For at helseberedskapsloven skal gi departementet virkemidler til å kunne regulere tilgang til legemidler forutsettes det at det foreligger en krig eller kommende krigssituasjon eller at kongen i statsråd definerer en situasjon som en "helsekrise".

Det fremgår av § 8 i Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap at virksomheter forskriften gjelder for skal sørge for å ha *tilfredsstillende sikkerhet* for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler, uten nærmere spesifisering som kan understøtte planer for en tilfredsstillende og forutsigbar forsyningssikkerhet som ivaretar lokale behov.

I forbindelse med Covid-19 pandemien ble Helsedirektoratet og Legemiddelverket gjennom forskrift gitt midlertidig hjemmel til å fatte nødvendige rasjonerings- og prioriteringsvedtak, samt regulere parallelltransport for å trygge legemiddeltilgang i Norge. I tillegg fikk Legemiddelverket innsyn i grossistenes og apotekenes lagerbeholdning. Adgangen til å holde disse fullmaktene og virkemidlene som dette utløser åpne ble under pandemien vurdert månedlig, og i mai 2023 ble fullmaktene avsluttet.

6.1.3 Lov- og forskriftsfestet plikt til beredskapslagring av legemidler for legemiddelgrossister

Det følger av forskrift om legemiddelgrossister § 5, at grossister som distribuerer legemidler til apotek, plikter å beredskapssikre et ekstra lager av legemidler. Beredskapslageret skal omfatte minst to måneders ordinær omsetning av legemidlene. Hvilke legemidler som er omfattet av beredskapsplikten følger av en liste som er vedlagt forskriften. Apotekene selv har ingen lovbestemt plikt til å ha et beredskapslager av legemidler.

Helsedirektoratet har foreslått endringer og utvidelse av plikten til å beredskapssikre legemidler i rullerende lager hos de tre legemiddelgrossistene. Helse- og omsorgsdepartementet sendte forslag til endringer av grossistforskriften med høringsfrist 6. januar 2023. I tillegg er det foreslått at Nasjonal legemiddelberedskapskomite skal erstattes av et Nasjonalt legemiddelberedskapsråd som skal ledes

av Helsedirektoratet.

I forslaget er det foreslått endringer, slik at beredskapsplikten økes for en rekke legemidler til hhv. 3 eller 6 måneders normal forbruk.

De regionale helseforetakene har en grossistavtale for levering av legemidler som inkluderer et rullerende lager av nærmere definerte legemidler. Helsedirektoratet inngikk under covid-19 pandemien avtaler med grossistene om utvidet lagring av bestemte legemidler med formål primærhelsetjenesten. Disse avtalene vil bli avviklet ved eventuell utvidelse av forskriftsfestet beredskapslagring for grossistene. Legemidler til bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste er regulert i anbudsavtaler med apotekkjedene. Kommunene har ikke legemiddellagre for de legemidler som foreskrives av fastlegene på resept. Disse behovene dekkes av beredskapslager hjemlet i vedlegg til grossistforskriften og Helsedirektoratets beredskapsavtale for primærhelsetjenesten. Lokalt har enkelte kommuner samtidig valgt å ha en akuttliste av legemidler som de selv har på lager, uten at dette så langt har vært et pålegg i lov eller forskrift.

Mangel på legemidler og medisinsk utstyr skyldes i stor grad forhold utenfor norske myndigheters kontroll. Mangelen kan være forsyningssvikt forårsaket av råvaremangel, produksjonsproblemer, samt kompliserte omsetningsstrukturer i det globale legemiddelmarkedet. Det kan også oppstå det som kalles etterspørselssjokk. Det skjer typisk ved akutte hendelser, kriser eller sykdomsutbrudd hvor man får unormal høy etterspørsel i løpet av kort tid. Konsekvensen av disse situasjonene er et redusert tilbud av et eller flere produkter fra produsenter og grossister som kan vedvare over lengre tid. Etter Helsedirektoratets vurdering er det behov for å forbedre beredskapen for legemidler og utstyr i Norge for å være bedre forberedt på en krisesituasjon. Endringer i helseberedskapsloven og tilhørende forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid vil gjøre helsetjenesten og forsyningsleddet mer robuste i situasjoner der normale forsyningslinjer for legemidler og medisinsk utstyr forstyrres.

Følgende fremgår ikke i gjeldende lov:

- § 1-3 Virksomheter loven gjelder for under bokstav h: her mangler tilvirkere av medisinsk utstyr, og bestemmelsen endres til: *apotek og virksomheter som tilvirker, importerer eller omsetter legemidler³, materiell og utstyr*
- § 2-2, 2. ledd: Sykehus som omfattes av §1-3 første ledd bokstavene a og b, og virksomheter nevnt i bokstavene d, e, f og g plikter å utarbeide beredskapsplan for virksomheten. Bokstav h: *apotek og virksomheter som tilvirker, importerer eller omsetter legemidler, materiell og utstyr* inkluderes her.

Helsedirektoratet foreslår at det i revidert helseberedskapslov tas inn en overordnet bestemmelse om legemiddelberedskap og medisinsk utstyr:

- § 2-2, 4. ledd: Planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid; *Krav til beredskapslager av kritiske legemidler og medisinsk utstyr inkluderes, men utdypes i tilhørende forskrift.*

Helsedirektoratet foreslår å lovfeste en klar rapporteringsplikt for innehavere av markedsførings-tillatelse og for grossister om alle forhold som kan føre til mangel av kritiske legemidler. Disse skal varsle Statens legemiddelverk som så skal varsle Helsedirektoratet.

- Begrunnelsen for forslaget er at tidlig informasjon gir mulighet for å håndtere mangelsituasjoner bedre enn i dag. Siden mange innehavere av markedsføringstillatelse ikke har lager i Norge, foreslås det at alle virksomheter med norsk grossisttillatelse inkluderes i denne rapporteringsplikten. Legemiddelverket har gitt innspill om at det er behov for en slik

bestemmelse, der forsyningskjeden pålegges å rapportere om løpende lagerstatus når det er fare for mangel på et legemiddel. Dette vil, som nevnt ovenfor, gjøre det lettere å avdekke og respondere på ubalanse i forsyningen på et tidlig tidspunkt. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere innholdet i varslingsplikten.

Forslag til endring i forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid, § 8 b, jf. forslag om endret lovtekst for § 2-2. 4. ledd:

- Ny § 8 b: *Regionale helseforetak skal ha avtaler som sikrer dem et beredskapslager av kritiske legemidler lagret i Norge. Kommuner og helseforetak skal ha egne lokale lagre av kritiske legemidler, og av nødvendig medisinsk forbruksmateriell og utstyr.*

Dette underbygges allerede i dag av forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid, der § 8 pålegger virksomheter å sørge for å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler, uten nærmere presisering. Departementet kan i forskriften gi nærmere bestemmelser om krav til beredskap for kritiske legemidler, materiell og utstyr. Hvilke legemidler som anses som kritiske vil være ulik for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder krav til hvor stort lageret skal være.

Helsedirektoratet anbefaler også at det utarbeides en konkret liste over hvilke legemidler som regnes som kritiske legemidler, både for spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten.

Videre bør det gjennom forskrift fastsettes konkrete krav til hvor store beredskapslagrene skal være, dvs. hvor mange måneders forbruk som kreves lagerført av det enkelte legemiddel. Her vil det måtte gjøres en konkret vurdering av bla. leveringsrisiko og holdbarhetsbegrensinger for det enkelte legemiddel.

6.1.4 Forskriftsfestet plikt til lagring av smittevernutstyr

Helsedirektoratet viser til departementets pågående høring av forslag til forskriftsfestet plikt til lagring av smittevernutstyr. Forslaget innebærer plikt til å sørge for beredskapslagring av seks måneders normalforbruk av smittevernutstyr til bruk i helse- og omsorgstjenesten. Forslaget bygger på en tidligere utredning fra Helsedirektoratet, og vi støtter departementets anbefalte løsning om å innarbeide plikten i forskrift om beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid i helse- og omsorgssektoren. Smittevernutstyret skal lagres i Norge og eies av kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak, virksomhet eid av disse eller virksomhet som etter avtale med disse yter helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Valg av løsning gis virksomhetene handlingsrom til å finne frem til. Vi henviser her også til direktoratets kommende høringssvar på saken.

Plikten må samtidig ses i sammenheng med etablering av et nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr.

6.1.5 Lovregulering av koordinerende ansvar ved kriser, katastrofer og væpnet konflikt

Helsedirektoratet vurderer at det også er behov for å lovregulere hvem som har det koordinerende ansvaret for legemidler og medisinsk utstyr ved kriser, katastrofer og væpnet konflikt. Dette må ses i sammenheng med avklaringer i pågående prosess med endringer i sentral helseforvaltning.

Helsedirektoratet foreslår at det i revidert helseberedskapslov § 5-1 tas inn en bestemmelse som gir myndigheten med overordnet koordinerende ansvar for legemidler og medisinsk utstyr ved kriser, katastrofer og væpnet konflikt, mulighet til å pålegge virksomheter som nevnes i § 1-3 bokstav a, b, c, h å innføre begrensninger i omsetningen av legemidler og medisinsk utstyr.

6.1.6 Blodforsyning

Blodforsyning er et særskilt tema som bør vurderes nærmere, og er ytterst sensitivt. Slik forsyning har stor betydning for det sivil-militære samarbeidet og for beredskapen mot storulykker og katastrofer. Blodforskriften er ikke hjemlet i helseberedskapsloven, og omhandler ikke forsyningssikkerhet. Eventuelle forsyningskrav vil kun rette seg til helseforetakene.

6.1.7 Forordning om grensekryssende helsetrusler

EUs nye forordning om grensekryssende helsetrusler art. 12 skal styrke ordningen med fellesinnkjøp av medisinske mottiltak. Kommisjonen skal legge til rette for felles innkjøp gjennom å bidra med mest mulig relevant informasjon til landene (gjennom landene(gjennom felles avtaler; joint procurement agreement i regi av HERA eller utlysninger via DG HERA og UCPM for rescEU-lagre for medisinske mottiltak for alvorlige helsetrusler på definerte og prioriterte områder, hvoretter landene tar stilling både til spørsmålet om deltakelse og til en eventuell eksklusivitetsbestemmelse for deltakelsen (i.e. at et land som deltar i fellesinnkjøpet, ikke samtidig kan innlede/ha bilaterale forhandlinger for det samme mottiltaket. Merk at referansen gjøres til «... that countermeasure.» og ikke til produsent av mottiltaket). Art. 12.2.a inkluderer eksplisitt EFTA-landenes, kandidatlandenes og europeiske mikrostaters rett til deltakelse i fellesinnkjøpene. Parlamentet får rett til innsyn i inngåtte kontrakter på visse vilkår.

I gjeldende forskrift er det kun et generelt krav om at forsyningssikkerhet skal ivaretas, "av viktig materiell, utstyr og legemidler". Politikktutviklingen på feltet er preget av erfaringene fra covid-pandemien, men det er grunn til å understreke at mangelfulle forsyninger av andre varer enn smittevernutstyr og legemidler også kan få alvorlige konsekvenser, og at sannsynligheten for forsyningssvikt er betydelig økt de senere år. Dette er inngående beskrevet i bl.a. forsvarskommisjonen og totalberedskapskommisjonens rapporter, med lange og komplekse forsyningslinjer, handelspolitiske og militære konflikter og mulig etterspørselsdrevet råvareknapphet som viktige stikkord.

Vedlegg 1

Overordnet gjennomgang av regelverk om beredskapsarbeid i sivil sektor

Nærmere om krav til ROS-analyser og vurderinger, helhet og systematikk

Forskrift om kommunal beredskapsplikt gjelder en stor bredde av kommunale tjenester og generell beskyttelse av befolkningen i kommunens område. Forskriften krever helhetlig ROS forankret i kommunestyret. Relevante offentlige og private aktører skal inviteres med. Kommunen skal initiere at relevante forebyggende og skadebegrensende tiltak iverksettes. Det skal utarbeides langsiktige mål, strategier, prioriteringer og plan for beredskapsarbeidet. Kritiske samfunnsfunksjoner nevnes særskilt, og det må planlegges for å opprettholde kontinuitet i tjenestene.

Planforskriften i helseberedskapsloven krever at det skaffes oversikt over mulige hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. Forutsetningene ROS bygger på skal dokumenteres. Avdekket risiko og sårbarhet skal reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak, og det skal planlegges for kontinuitet i tjenestene.

Forurensningslovens kap. 6, Akutt forurensning, har tilhørende forskrift "Forskrift om kommunal beredskap mot akutt forurensning" Nevnte forskrift er bygget opp på samme måte som Forskrift om kommunal beredskapsplikt etter sivilbeskyttelsesloven. Kommunen er ansvarlig for å etablere beredskap for å stanse, fjerne og begrense virkningen av mindre tilfeller av akutt forurensning som ikke er dekket av privat beredskap etter forurensningsloven §40. Kommunen pålegges å kartlegge kilder, og gjennom miljørisikoanalyse og påfølgende beredskapsanalyse, basert på dimensjonerende scenarier etablere beredskap for dette. Beredskapsanalysen skal sette rammer for organisering av beredskapen, nødvendig beredskapsutstyr, nødvendig mannskap samt responstid. Det stilles videre krav om at kommunen skal innlemme sin beredskap i interkommunalt samarbeid.

Kraftberedskapsforskriften krever at virksomhetene kan identifisere risiko og sårbarhet ved alle funksjoner. Gjennomgås minst årlig. Virksomhetene skal gjennomføre risikovurdering knyttet til ekstraordinære forhold.

Vurderingene skal ha et slikt omfang at enheten kan identifisere risiko og sårbarhet ved alle funksjoner, anlegg og tiltak av betydning for å oppfylle kravene i forskriften. Vurderingene skal minimum gjennomgås årlig og oppdateres ved behov.

Ulik regulering av krav til beredskapsplan og dens innhold, tiltaksplikt

Forskrift om kommunal beredskapsplikt krever at det utarbeides en overordnet beredskapsplan med utgangspunkt i helhetlig ROS. Denne planen skal samordne og integrere øvrige kommunale beredskapsplaner, og være samordnet med andre relevante aktører. Planen skal beskrive kommunens kriseledelse med roller og fullmakter, varslingsliste, ressursoversikt internt og hva som er tilgjengelig hos andre, evakueringsplaner, befolkingsvarsling og krisekommunikasjon. Avtaler om bistand nevnes spesielt.

Planforskriften i helseberedskapsloven krever at planer dekker interne og eksterne hendelser som kan redusere virksomhetenes ytelser, eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning og derfor kreve omlegging av driften for å øke kapasiteten. Planer skal bygge på forutsetninger fra departementet eller overordnet virksomhet etc. Det må være en operativ ledelse som kan beslutte organisering og disponering av ressurser, og samvirke med andre. Informasjonsberedskap og forsyningsberedskap skal omfattes. Kommunestyret, fylkesting eller for

andre virksomheter ansvarlig ledelse fastsetter planene.

Forurensningsloven krever at virksomheter som kan medføre akutt forurensning skal besørge nødvendig beredskap for å hindre, oppdage, stanse, gjerne og begrense virkningene av eventuell forurensning. Beredskapsplan skal godkjennes av forurensningsmyndigheten (statsforvalter, Miljødirektoratet). Myndigheten kan sette vilkår for godkjenning, herunder krav om samordning med andre virksomheter. Myndigheten skal også sørge for at privat, kommunal og statlig beredskap utgjør et nasjonalt beredskapssystem. Private virksomheter har også bistandsplikt til kommunen og staten under hendelser (avhengig av hvem som leder aksjonen).

For den kommunale og interkommunale beredskap mot akutt forurensning skal deres beredskap beskrives i en samlet beredskapsplan. Kommunestyret i deltakerkommune skal godkjenneplanen. Planen skal oppdateres ved endringer i miljørisiko og ved andre endringer av betydning for beredskapen. Planen skal uansett gjennomgå minst hvert fjerde år.

Kraftberedskapsforskriften krever at virksomheter innen kraftforsyningen sørger for effektiv sikring og beredskap, og iverksetter tiltak for å forebygge, håndtere og begrense virkningene av ekstraordinære situasjoner. Informasjonsberedskap skal ha egen plan, inklusive råd til kunder. Det er beskrevet ulike roller i beredskapen for KBO-enheter, med vekt på ledelse og koordinering. Inneholder ellers mange konkrete bransjespesifikke krav til gjenoppretting av produksjon, support osv.

Virksomhetene skal ha et oppdatert beredskapsplanverk tilpasset virksomhetens art og omfang. Planverket skal bygge på risikovurderinger og skal omfatte alle beredskapstiltak etter denne forskriften.

Beredskapsplanleggingen innen kraftforsyningen skal blant annet omfatte forberedelser og tiltak det kan bli nødvendig å iverksette ved store ulykker, vesentlige skader, trusselsituasjoner, rasjonering og andre ekstraordinære situasjoner som kan påvirke kraftforsyningens drift og sikkerhet. Beredskapsplanverket skal, innenfor rammene av [kapittel 6](#) om informasjonssikkerhet, samordnes med berørte myndigheter og andre relevante virksomheter, deriblant andre KBO-enheter.

Det stilles også spesifikke krav til informasjonsplan og en effektiv informasjonsberedskap i ekstraordinære situasjoner. Dette skal blant annet omfatte informasjon internt i enheten, til berørte myndigheter, samfunnskritiske virksomheter, andre relevante enheter innen kraftforsyningen, publikum og media, samt råd til kunder. Informasjonsplanen skal inngå som del av beredskapsplanverket, øves jevnlig og evalueres.

Kraftforsyningsberedskapen stiller videre en rekke spesifikke bransjekrav knyttet til risikovurdering, beredskapsplaner og tiltak innen eksempelvis reparasjonsberedskap, sikring av bygg og anlegg og sikkerhet i driftskontrollsystemer. Ansvar for planleggingen er tydelig plassert på ledernivå.

Bestemmelser om samvirke

Forskrift om kommunal beredskapsplikt – se øvelser.

Planforskriften i helseberedskapsloven sier at virksomhet som er ansvarlig for samordning av beredskapsplaner kan gi planforutsetninger. Pliktsubjektene er på sin side pålagt samordning av planer iht. spesialisthelseloven, folkehelseloven, og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Forurensningsloven gir forurensningsmyndigheten anledning til å pålegge private virksomheter å samarbeide om beredskap, og pålegge kommuner om å samarbeide seg imellom/dele kostander, se ellers avsnitt om plan og tiltaksplikt.

Forskrift om kommunal beredskapsplikt ved akutt forurensning stiller krav om at beredskap etter denne forskrift skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsforpliktelser. Videre er det krav

om at den interkommunale beredskapen skal samordnes med nærliggende interkommunale samarbeidsorgan for beredskap mot akutt forurensning. Som del av den nasjonale beredskapen mot akutt forurensning skal de interkommunale beredskapsplaner også samordnes med statens beredskap mot akutt forurensning.

Kraftberedskapsforskriften – Det stilles krav til pliktsubjektene om å samordne eget beredskapsplanverk med berørte myndigheter og andre relevante virksomheter, deriblant andre virksomheter innen kraftforsyningen. Ut over dette har beredskapsmyndigheten (Norges vassdrags- og energidirektorat) er definert samordningsansvar nasjonalt og det er også utpekt regionale funksjoner med ansvar for samordning regionalt.

I en egen veiledning til kraftberedskapsforskriften er det blant annet beskrevet at samordning omfatter å avklare gjensidige forventninger og betingelser for samarbeid og støtte dersom en ekstraordinær situasjon skulle oppstå og beredskapsplanen bli iverksatt.

Krav til øvelser og læring

Forskrift om kommunal beredskapsplikt krever at det øves årlig, og på grunnlag av helhetlig ROS. Kommunen skal øve sammen med andre kommuner og andre aktører. Øvelser og hendelser skal evalueres, og ved behov endres ROS og beredskapsplaner på grunnlag av funn.

Planforskriften i helseberedskapsloven krever at personell tiltenkt roller i beredskapen øves og har nødvendig beskyttelsesutstyr.

Forskrift om kommunal beredskapsplikt mot akutt forurensning stiller krav om at det interkommunale beredskap skal utarbeide årlige planer for gjennomføring av opplæring av personellet, og som del av det en årlig plan for øvelser. Øvelsestyper skal variere og over tid skal alle dimensjonerende scenarioer øves. Minst en gang hvert år skal beredskapen testes for å sikre at den er operativ og fungerer i henhold til plan.

Kraftberedskapsforskriften krever at det er en flerårig øvingsplan som sikrer at virksomhetene i sektoren kan håndtere alle ekstraordinære situasjoner. Det stilles krav om minst en årlig øvelse. Det stilles også krav om evaluering etter øvelser og hendelser likeartet med forskrift om kommunal beredskapsplikt.

Vedlegg 2

Referat fra innspillsmøte med eksterne deltakere

Oppsummering fra innspillsmøte i forbindelse med oppdrag revisjon av helseberedskapsloven og smittevernloven avholdt den 23.8.23 kl. 15 – 16

Kort innledning om hvor vi er i prosessen med revisjon av helseberedskapsloven og smittevernloven

Kort om formålet med møtet; høre deres tanker og behov. Fokus på virkeområdet og forebyggende beredskapsarbeid, planpliktene. Kort orientering om oppdraget og de svar som er overlevert HOD så langt. Har hele tiden hatt veldig korte tidsfrister – så også på denne delen av oppdraget. Opptatt av erfaring fra pandemien, samtidig som vi ikke må avgrense vårt arbeid fremover kun basert på pandemi. Henviste til flere parallelle pågående prosesser med kommisjoner og utvalg, samt en kommende helseberedskapsmelding.

Planen for lovendring er at den skal på høring våren 2024. Dette betyr at vi vil ha mulighet for flere innspillsrunder med (dere) eksterne.

Fire, korte, forberedte innlegg med innspill til arbeidet fra følgende:

1. KS v/Åse Snåre

Takk for invitasjon inn i dette viktige forum. Det pågår for tiden en rekke parallelle pågående prosesser. De fleste prosesser treffer kommunesektoren. Vi, KS, forsøker å gi innspill i alle de nødvendige prosessene. Kommunene er fundamentet i samfunnssikkerhet og beredskap, og er største leverandør av helse- og omsorgstjenester. Kriser skal iflg nærhetsprinsippet håndteres på lavest mulig nivå. Viktig at arbeidet sees i lys av annet arbeid. Blant annet ny kommunelov. Ansvar og plikter for kommunene er endret på enkeltområder – dette må revisjonsarbeid ifm helseberedskapslovgivningen ta hensyn til. Må også se dette arbeidet i sammenheng med annen regulering, som for eksempel sivilberedskapsloven. Kommune har et bredt ansvar, og viser stadig sin evne til å håndtere oppdukkende kriser; pandemi, ekstremvær, flyktningssituasjon, flom, skred med mer. Ekstraordinære innsatser på ett område vil kreve nedprioritering av andre områder.

Vårt viktigste budskap fra KS er at det kommunale handlingsrommet må avklares og befestes, og kommunene må gis myndighet og verktøy som gjør dem i stand til å ivareta sitt ansvar. Det vil også redusere behovet for sentrale føringer i krisesituasjon. Kommunene bør ha fullmakt og rettigheter etter helseberedskapslov tilsvarende sentrale myndigheter – for mindre hendelser der kommunen selv kan håndtere hendelsen. Nærhetsprinsippet. Regelverket må klargjøre kommunedirektørs ansvar opp mot kommunelege, som eksempel. Opptatt av at kommunen selv må beslutte intern organisering. Behov for klargjøring av forholdet mellom kommunens ledelse og kommunelegen. Kommunens ledelse må ha ansvar for krisehåndtering. Smittevernloven går langt i å detaljere oppgavene til kommunelegen.

Begreper: Kommunelege og kommuneoverlege er begreper som benyttes om hverandre i ulike regelverk.

Pandemiplanen forsterker klarhetene i smittevernloven.

Revisjon må ta høyde for at kommune har et bredt ansvarsområde og viktig at alle lov og forskrifter som treffer kommunene sees i sammenheng og opp mot kommunal beredskapsplikt.

Fastlegenes rolle må tydeliggjøres. De er ikke alle næringsdrivende – for eksempel.

Grunnkapasiteten i den kommunale tjenesten vil alltid være avgjørende for tjenester i kriser.

2. Forsvarets Sanitet v/Tomas Jansen

Behov for presisering av plikter og oppgaver i det sivil-militære samarbeidet – ref. det nye totalforsvaret og trusselbildet. Også i forberedende fase. Forsvaret har en bred intern prosess for å gi innspill til lovarbeidet. Går bredt ut for å favne helheten og sammenhenger.

Personellberedskap – Både sivil og militær side kan ha behov for samme personell samtidig

Forsvaret er ikke regulert i helseberedskapsloven. Bør Forsvaret inn, eller kun se på grensesnitt mot Forsvarets eget lovverk. Uansett se dette i sammenheng.

Beredskapsregistre – sikre tilstrekkelig informasjonsdeling mellom sivil og militær side

Lemping av autorisasjonsregler? Rekvisisjoner må kunne samordnes på lavest mulige nivå, de-konflikte ref. beredskapsloven

Medhjelperproblematikken, unntak fra krav om forsvarlighet, ikke planlegge for nødrett

Opptatt av forsyningssikkerhet og logistikk. Håndtering av falne

Roller, ansvar, myndighet, samordning av planverk forsvar/helse, og mellom nivåene i sektorene

Forsvaret har i sin vurdering og tilbakemelding fokus på væpnet konflikt

3. Norges Røde Kors v/Anders Thorheim

Røde Kors er en humanitær beredskapsaktør, og støtteaktør til myndighetene i fred, krise og krig. Ivaretar helse- og folkehelseperspektivet, og er dermed beslektet med helseberedskapsloven generelt. Har om lag 40.000 frivillige, og har i enkelte situasjoner tett kontakt med helse og andre beredskapsaktører. Opptatt av at landets samlede ressurser skal kunne anvendes ved behov. Dette krever tett samarbeid med det offentlige. Lovgivningen må gi tilgang til å anvende frivillige ved behov.

Erfaring tilsier at samarbeid med helsetjenesten er krevende grunnet stor fragmentering og ulik tilnærming til å anvende frivillige ressurser. Selv om ikke frivillige organisasjoner er underlagt helseberedskapsloven bør lovverket bli tydelig på frivillige som relevant ressurs. Frivillige bør være en del av planarbeidet, ros-arbeid, øvelser, osv. osv. Dette vil kreve at frivilligheten omhandles på en tydelig måte i regelverket. Hvilke aktører bør bringes på banen for å sikre et bredere bilde?

Helseberedskapsloven bør samordnes og knyttes tettere til andre beredskapslover, eks. sivilbeskyttelsesloven mv, slik at de ulike aktørene kan se totaliteten, særlig slik at kommunene lettere kan se totaliteten. Se på samordning som et eget element – både samordning av regelverket, men også samordning eks. av ressurser.

4. Statsforvalterembetene v/Haavard Stensvand

Sammenheng i lovverk må fokuseres. SF ser i forbindelse med tilsyn at det er krevende for kommunene å se sammenhengen i sektorlovverk. Krav i sivilbeskyttelseslov og helseberedskapslov må sees i sammenheng. Starte med felles tilnærming i ROS-sammenheng, deretter sammenheng inn i planverk. Vind og vær påvirker også helsetjeneste til alle innbyggere, på samme måte som bortfall strøm og tele. Opprettholde tjeneste må være fokusert. Ved større hendelser opplever vi at nødetater og redningstjenesten tar for sent kontakt med berørt kommune. I revisjon bør det vurderes en plikt for god informasjonsflyt. Krav til kommunene inn mot totalforsvarsarbeidet er

utydelig. Drikkevannsområde kan virke som om har vanntette skott i kommunene. Er ansvar, rolle og samvirke mellom teknisk etat, og helsefaglig miljø, tilstrekkelig, kan det tydeliggjøres? Ta varer på den gode erfaringen fra pandemien når det gjaldt samarbeidet mellom FHI, statsforvalter og kommunene i smittesporingsarbeidet.

Mulighet for supplerende innlegg og kommentarer fra øvrige deltakere – så langt tiden rekker

Ass fylkeslege Trøndelag; Plikt til å ha beredskap for smittevernutstyr i kommunene. Kommunens ansvar for å ha legemiddelberedskap for institusjoner er et stadig tilbakevendende tema – hvor mye, hvordan, hvordan organisere osv. osv. Dette oppleves fremdeles som en utfordring.

Kommentar fra Helsdir i etterkant av møtet; Hdir har levert en utredning om mangelsenter i primærhelsetjenesten og tidligere fått oppdrag om råd og veiledning til statsforvaltere og kommuner vedr legemiddelberedskap som har blitt utsatt i påvente av utvidet forskriftfesting av legemiddelberedskap i primærhelsetjenesten (har vært på høring, men ligger nå hos HOD).

OUS; Legemiddelkomiteen og nasjonalt senter for legemiddelmangel – legemiddelberedskap er et veldig uoversiktlig felt, der det trengs en oppgang mellom nivåene – mellom kommunene og sykehusene med flere. Dette kan skape hull i beredskapen.

Kommentar fra Helsdir i etterkant av møtet; Nasjonalt legemiddelberedskapslager som i dag omfatter rullerende lager av legemidler til bruk i primær- og i spesialisthelsetjenesten ligger under Helse Vest. I denne sammenheng er det opprettet et spesialistutvalg (med aktører fra RHF-ene (inkludert Mangelsenteret), primærhelsetjenesten og forvaltningen og et forvaltningsutvalg.

Det er foreslått at dette utvalget skal erstattes av et Nasjonalt legemiddelberedskapsråd (vil være et viktig bindeledd mellom primær- og spesialisthelsetjenesten) som skal ledes av Hdir.

Helse Nord; Krise vs katastrofe, legal betydning. Hva med når krig truer vs krig. Beordring av personell, hvordan håndtere dette når alle har behov for sammen personell. Muligheten for å rekvirere? Forsvarlige helsetjenester når krig truer eller det er krig. Hvordan tilrettelegges det da for prioriteringer. Hvordan samordne bedre, også mot SBS/og gradert kommunikasjon.

FHI; Takk for SF tilbakemelding om gode møter, kommuner og sentral helseforvaltning. "Uheldig at dept. fjerner FHIs bistandsplikt til kommunene." Oppfordrer til innspill til høringen.

Helsetilsynet; Lovverket helseberedskap opp mot kommunal beredskapsplikt er krevende for kommunene. Forsyningssikkerhet kritiske funksjoner bør prioriteres inn i arbeidet. Viktig med samordning av regelverket, og for kommunene å kunne se totalberedskapen under ett. Viktig å definere kritiske funksjoner, og i helseberedskapsloven hensiktsmessig å innta noe mer om tilsyn og behov for internkontroll. Folkehelseloven har henvisning til helseberedskapsloven men ikke omvendt.

Smittevernlege Tromsø; inndeling helseberedskapslov og kommunal beredskapsplikt skaper utfordringer i kommunen mtp ansvar for håndtering. Kommunene må avklare internt seg imellom hvem som skal gjøre hva, og det skaper ikke en god helhet. Legemiddellager er en utfordring – slutter seg til tidligere kommentarer om dette.

Oppsummering

Takk for innlegg, og takk for innspill under diskusjonen

Helsedirektoratet ga en kort oppsummering med fokus på de viktigste signaler fremkommet under møtet. Viste til at skriftlige innspill i etterkant er viktig for det arbeidet som pågår. Vi setter sammen en oppsummeringer etter møtet som formidles ut i etterkant.

Blir mulighet for innspill også senere i prosessen